



# Boliggjøring av eldreomsorgen?

SVEIN OLAV DAATLAND (RED.)

**RAPPORT**  
NR 16/14

# Boliggjøring av eldreomsorgen?

SVEIN OLAV DAATLAND  
(RED.)

MED BIDRAG FRA:  
KARIN HØYLAND, BERIT OTNES  
CHRISTINE THOKLE MARTENS  
HANNA VANGEN NORDBØ  
BRITT SLAGSVOLD  
SILJE STRØM SOLBERG

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 16/2014

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,  
velferd og aldring (NOVA),  
Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) 2014

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-528-5

ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-529-2

ISSN 0808-5013 (trykt)

ISSN 1893-9503 (online)

Foto (omslag):	© colourbox.no
Illustrasjon:	Gustav Vigeland. Motiver i smijernsport © Vigeland museet/Bono 2014
Desktop:	Torhild Sager
Trykk:	Allkopi

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Nettadresse: [www.hioa.no/nova](http://www.hioa.no/nova)

# Forord

Rapporten tar for seg det vi har kalt en vending av omsorgspolitikken ved inngangen til 1990-årene med omsorgsboliger, og mer generelt: boligging, som sentrale virkemiddel. Hensikten var å utvikle en mer bærekraftig omsorgsmodell for et aldrende samfunn og muligheter for å bo i egen bolig livet ut. Hjemme så lenge det går var riktignok et gammelt ideal, men det ble hentet fram igjen og styrket, primært ved en satsning på omsorgsboliger. Økonomiske hensyn var også vesentlige, for omsorgsboliger var antatt å kunne utsette, kanskje erstatte, den mer kostbare institusjonsomsorgen, og kunne gi familieomsorgen en mer selvfølgelig plass. Men i betraktning av den store utbyggingen av omsorgsboliger i disse årene, vet vi lite presist om dem og hvordan de spiller sammen med andre tilbud og tjenester. Derfor dette prosjektet.

Prosjektet «Omsorgsboliger og brukerstier: risiko og muligheter» (Assisted housing and user pathways: Risks and promises) gjennomføres ved Forskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus, i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) og SINTEF Byggforsk. Prosjektet er finansiert av en bevilgning fra Norges forskningsråd under program for helse- og omsorgstjenester (prosjektnummer 214282/H10). Prosjektleder er Svein Olav Daatland, NOVA. Andre deltakere fra NOVA er Britt Slagsvold, Christine Thokle Martens og Hanna Vangen Nordbø. Eksterne medarbeidere er Berit Otnes (SSB), Karin Høyland og Silje Strøm Solberg (SINTEF). Rapporten er redigert av prosjektlederen med de øvrige som medforfattere. Flere datakilder og metoder har vært brukt. Dels registerdata fra SSBs databaser for kommunene (KOSTRA) og registre for brukerne av omsorgstjenestene (IPLOS), supplert med case-beskrivelser. Dels også surveydata fra NOVAs store alders- og livsløpsundersøkelser, NorLAG og LOGG.

Takk til Forskningsrådet for bevilgningen. Takk også for godt faglig miljø i Seksjonen for alders- og boligforskning på NOVA, ved forskningsleder Marijke Veenstra. En særlig takk til Trude Nergård og Per Erik Solem som har bidratt med kritisk lesning og oppretting av feil og mangler. De skal ikke lastes for det som måtte gjenstå av svakheter. Sist, men langt fra minst, en takk til Åse Ribe som fulgte utbyggingen av omsorgsboligene fra starten av i Husbanken, og raust har delt sine kunnskaper med oss.

*Oslo, november 2014*

Svein Olav Daatland



# Innhold

<b>1 Boliggjøring av eldreomsorgen? Bakgrunnen, prosjektet og begrepene</b>	
<i>Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold</i> .....	7
Bakgrunnen.....	7
Prosjektet .....	11
Begreper og betegnelser .....	14
Rapporten .....	17
<b>2 Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem? Juridiske og økonomiske skillelinjer</b>	
<i>Christine Thokle Martens</i> .....	19
Innledning.....	19
Hvordan avgrenses en institusjon fra en omsorgsbolig? .....	21
Hvilke tjenester plikter kommunene å tilby? .....	22
Institusjon .....	26
Omsorgsboliger.....	29
Sammenlikning av institusjon og omsorgsbolig .....	33
Avslutning.....	37
<b>3 Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene</b>	
<i>Svein Olav Daatland og Berit Otnes</i> .....	39
Innledning.....	39
Dagens mønster .....	41
Utviklingslinjer .....	45
Boliggjort? .....	49
Nordiske kontraster.....	52
<b>4 Boliggjøring av eldreomsorgen? Lokale variasjoner</b>	
<i>Svein Olav Daatland</i> .....	55
Innledning.....	55
Lokale variasjoner.....	57
Høyere dekning i små kommuner .....	58
Hvor vanlig er en boligorientert tjenestemodell? .....	61
Boligorientering som strategi? .....	62
Hva forklarer valg av modell? .....	65
<b>5 Stier i omsorgslandskapet de siste leveårene</b>	
<i>Berit Otnes</i> .....	71
Innledning.....	71
Omsorgsbolig som alternativ til sykehjem? .....	73
Forløp av hjelp de siste fire årene før dødsfallet .....	75
Mer intensive tjenester de siste leveårene .....	76
Strengere kriterier for tildeling av tjenester?.....	79

Hvor lenge bor man i sykehjem? .....	80
Samhandlingsreformen og pleie- og omsorgstjenestene .....	80
Omsorgsboligen – framtidens sykehjem? .....	81
<b>6 Boliggjøring og familieomsorg: Innbyr omsorgsboligene til nærere samspill mellom familien og omsorgstjenestene?</b>	
<i>Hanna Vangen Nordbø</i> .....	83
Innledning.....	83
Omsorgsbegrepet .....	84
Boformens betydning.....	86
Data og metoder .....	87
Resultater .....	88
Konklusjon.....	92
<b>7 De gode forbildene: Om bokkvalitet i bolig- og institusjonsløsninger for eldre</b>	
<i>Karin Høyland og Silje Strøm Solberg</i> .....	95
Innledning.....	95
Hverdagskvaliteter fra et brukerperspektiv .....	96
Avgjørende egenskaper.....	99
Gode forbilder, framtidensrettede eksempler .....	108
Konklusjon.....	123
<b>8 Boliggjøring av eldreomsorgen? Sammenfatning og konklusjon</b>	
<i>Svein Olav Daatland</i> .....	125
Bærekraftige omsorgstjenester? .....	125
Motstand mot endring .....	127
Mangel på tillit? .....	129
<b>Summary</b> .....	131
<b>Litteratur</b> .....	133

# 1 Boliggjøring av eldreomsorgen?

## Bakgrunnen, prosjektet og begrepene

Svein Olav Daatland og Britt Slagsvold

---

*Tidlig på 1990-tallet tok omsorgstjenestene en ny vending, bort fra den tradisjonelle institusjonsomsorgen til større vekt på omsorgsboliger og hjemmetjenester. I betraktning av den store satsningen på omsorgsboliger, vet vi lite presist om dem. Derfor dette prosjektet, som tar sikte på å belyse omfang og profil av omsorgstjenestene, og spesielt eldreomsorgen, ved å plassere omsorgsboligen i sentrum og utforske grenseoppgangen mot familien, sykehjemmet og sykehuset. Er omsorgsboliger et alternativ til institusjon eller snarere en alternativ institusjon? Har familieomsorgen en mer selvfølgelig plass i omsorgsboliger enn i sykehjem?*

### Bakgrunnen

Regjeringen Harlem Brundtland satte den 11. august 1989 ned et utvalg for å utrede de sosiale og økonomisk konsekvensene av den forventede aldringen av befolkningen. Den etablerte omsorgstjenesten ble ikke ansett som «bærekraftig», for å holde oss i det brundtlandske språket. Hun hadde bare to år tidligere knyttet sitt navn til FN-rapporten om en bærekraftig utvikling for kloden, men nå var det altså de hjemlige omsorgstjenestene det gjaldt. På dette tidspunktet tok institusjonsomsorgen brorparten av de offentlige midlene. Nå gjaldt det å styrke mulighetene for å bo i eget hjem så lenge som mulig, og da var det hjemmetjenester og boliger som var løsningen. Utvalgets forslag skulle være økonomisk realistiske, og se på fordelingen mellom privat og offentlig ansvar, og herunder hvilket ansvar individet selv skulle ha. Framtidens pensjonister ville nok ha større krav og forventninger, men de ville også forvalte større verdier. Var det dermed rimelig med større krav på eldre selv, i så fall under hvilke forutsetninger?

Utvalget leverte sin innstilling i 1992 under begrepene «Trygghet, verdighet og omsorg» (NOU 1992:1). Her formuleres den ideologiske begrunnelsen for en vending av omsorgstjenestene, kjennetegnet av «hjemliggjøring» eller «boliggjøring»: «Framtidens omsorgstjenester (bør) i størst mulig grad baseres



på hjemmet. De eldre og funksjonshemmede skal ha sin egen bolig – sitt hjem – som alle andre samfunnsborgere» (s. 28). Når det i kortere eller lengre tid var behov for heldøgns omsorgstjenester, burde en satse på mindre boliger som et alternativ til institusjoner: «I stedet for store institusjoner med sykehuspreg, kan boliger samles i et bofellesskap, der det er mulig å gi omsorgstjenester, om nødvendig på heldøgns basis.» Utvalget gikk videre inn for at beboeren skal disponere sin bolig ved å eie eller leie den, og legger til: «Over tid bør institusjonene erstattes med boliger tilpasset for heldøgns omsorgstjenester. Gjennomføres dette, blir alle omsorgstjenester i hovedsak hjemmebaserte» (s. 29).

Særskilt tilrettelagte «omsorgsboliger» ble antatt å kunne spille en nøkkelrolle i denne sammenheng, ved å redusere behovet for institusjonsomsorg på den ene siden og stimulere familieomsorgen på den andre. Tanken var at familien ville få en mer selvfølgelig plass i omsorgsboliger enn i sykehjem eller andre institusjoner. Til grunn for en satsning på omsorgsboliger lå også økonomiske motiver; at boligen skulle være et individuelt ansvar, mens kommunen skulle stå for de nødvendige tjenestene. En ideologisk orientert institusjonskritikk var del av motivasjonen; et ønske om å normalisere livet for personer med omfattende behov for omsorg.

Innstillingen ble fulgt opp i en Velferdsmelding til Stortinget et par år etter (St.meld. nr. 35, 1994–95). Meldingen varslet en styrking av eldreomsorgen og især en satsning på omsorgsboliger: «Satsningen vil særlig gjelde utbygging av omsorgsboliger kombinert med et godt hjemmetjenestetilbud.» Så la man til: «... men det vil fortsatt være nødvendig å styrke sykehjemstilbudet i mange kommuner» (s. 24). En grad av hjemliggjøring ble varslet også *innenfor* sykehjemmene, mest konkret ved å love enerom til alle og ved mer generelt å gjøre sykehjemmene til noe mer av et eget hjem enn de tradisjonelt hadde vært.

Omsorgsboliger skulle bidra til en mer sammenhengende omsorgskjede. Det het f.eks. i Velferdsmeldingen at omsorgsboliger «... er å regne som en mellomløsning mellom brukerens egen opprinnelige bolig og en institusjonsplass» (s. 155). Tilrettelagte boliger, gjerne i samlokaliserte boligløsninger, kunne være et godt tilbud når behovene økte, og kunne komme til delvis erstatning for institusjonsomsorg forutsatt et godt tilbud av hjemmetjenester.

Regjeringen la til grunn at sykehjemmet fortsatt skulle være en del av den samlede eldreomsorgen og gi pleie og omsorg til eldre med alvorlige funksjonstap og store pleiebehov. Men kommunene burde i større grad rette sykehjemstilbudet inn mot korttidsopphold og i større grad bruke omsorgsboliger for varige opphold. Man ønsket på denne måten å mobilisere til større ansvar i nærmiljøet og å støtte opp om familie- og husholdsomsorgen (s. 19).

Økonomiske motiver kunne også leses ut av Velferdsmeldingen ved at den økende boligformuen tilsa at de offentlige midlene burde kunne vris fra subsidiering av boliger til finansiering av pleie- og omsorgstjenester (s. 19). Her lå en konkretisering av Gjærevoll-utvalgets forslag om at individet bør ha ansvaret for boligen, velferdsstaten (kommunen) for tjenestene. Økt betalings- evne blant framtidige pensjonister kunne også begrunne en noe høyere egenbetaling i årene framover.

I 1994 ble det så bevilget midler til en tilskuddsordning i Husbanken for utbygging av omsorgsboliger etter nærmere bestemte krav. Tilskuddsordningen inkluderte også sykehjem, men gjaldt primært finansiering av *nye* omsorgsboliger og *fornyelse* (modernisering) av etablerte sykehjem. «Omsorgsbolig» ble lansert som en betegnelse for disse boligene. På dette tidspunktet disponerte kommunene et antall «trygdeboliger», som var etablert på 1950- og 1960-tallet for å avhjelpe bolignøden blant pensjonister og trygdede. På 1980-tallet kom et antall «serviceboliger» til, beregnet for omsorgsformål, men i beskjedent antall. Den offentlige statistikken registrerte på det meste ca. 2 500 serviceboliger mot slutten av 1980-åra (Daatland, 1994), men antallet var anslått til ca. 5 000 i en datidig forskningsrapport (Lauvli, 1991). I 1980 disponerte kommunene alt i alt ca. 18 000 boliger for omsorgsformål, i 1990 steget til ca. 22 000 (Borgan, 2012). Tallene var usikre, og hva som lå i dem var uklart.

Tilskuddsordningen ble forlenget og utvidet i flere omganger under den påfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen i 1998–2005 (St.meld. nr. 50, 1996–97). Tilskuddene ble videreført under Omsorgsplan 2015 og Omsorgsplan 2020 (St.meld. nr. 29, 2012–13). Eldreomsorgen fulgte med dette etter i spor som var trukket opp av egne handlingsplaner for funksjonshemmede og psykisk utviklingshemmede noen år tidligere. Seinere fulgte også en opptrappingsplan for psykiatrien, med av-institusjonalisering som et vesentlig premiss. For disse yngre gruppene av omsorgstrengende sto idealene om

normalisering og rett til egen bolig sterkt, nærmest som en absolutt norm. Slik kom det ikke til å bli i eldreomsorgen, der holdningen til boliggingjoring var mer ambivalent og sykehjemmet fortsatt sto sterkt i deler av fagene, befolkningen og politikken. Ned-institusjonalisering, og dens motstykke boliggingjoring, ble derfor et mer kontroversielt tema for eldreomsorgens del. Spørsmålet kom ifølge Romøren og Svorken (2003) til å bli sterkt ideologisert, med tilhengere av sykehjem og omsorgsboliger i hver sine leire.

Tilskuddsordningen innledet en periode med sterk utbygging av omsorgsboliger, anslagsvis 5 000 i årene 1994–1997, før Handlingsplanen for eldreomsorgen tok til, og ytterligere 20 000 *under* selve handlingsplanen. Det ble også anlagt 6 000 nye sykehjemsplasser under handlingsplanen, men lagt ned et tilsvarende antall aldershjemsplasser. Det ble dermed ingen netto økning av institusjonsplasser (sum alders- og sykehjem), men derimot en stortilt rehabilitering av gamle sykehjem, primært for å gi enerom til alle. Nær halvparten av sykehjemmene var dermed nye eller rehabiliterte i løpet av planperioden, mer om denne utviklingen i kapittel 3.

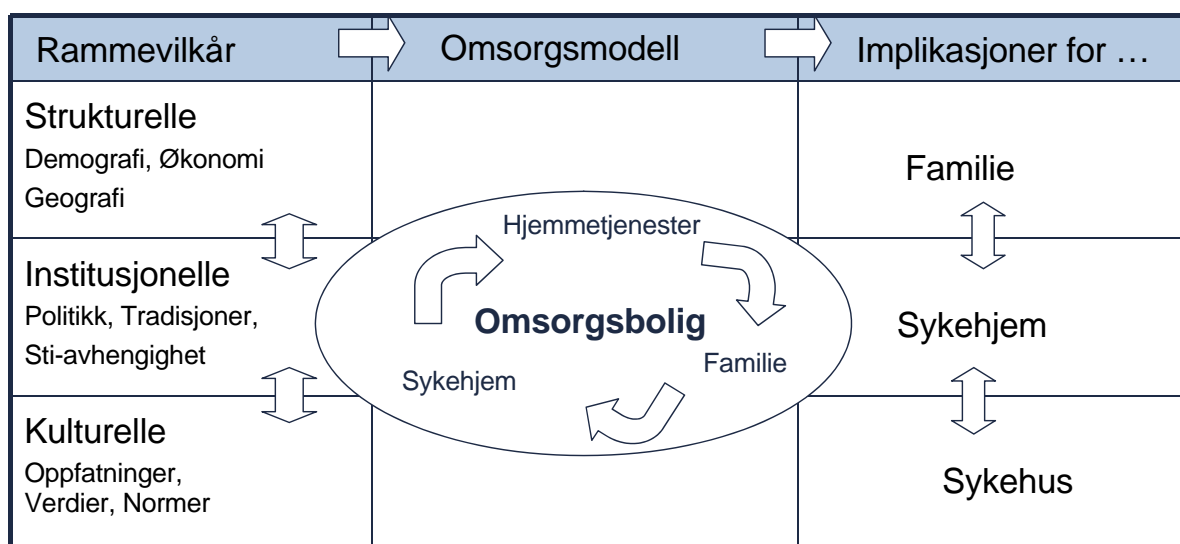
Prioriteringene endret seg under handlingsplanens gang, fra å prioritere såkalt «selvstendige omsorgsboliger» innledningsvis til relativt flere «bofelleskap» og «bokollektiver» seinere. Det ble etter hvert også et stigende innslag av nye og moderniserte sykehjem. Grenseoppgangen mellom institusjoner og boliger ble dermed mer flytende. Var omsorgsboligene et alternativ til institusjon eller snarere en alternativ form for institusjon? Dreiningen fra selvstendige omsorgsboliger tidlig i perioden mot et større innslag av bofelleskap og sykehjem seinere, blir av Romøren og Svorken (2003) tolket som en modifisering av de opprinnelige idealene i møte med virkeligheten, det vil si at det simpelthen var behovene som krevde det. Kanskje lå det også en ideologisk dreining her, der institusjonstilhengerne styrket sin posisjon. Handlingsplanen ble utvidet og forlenget i flere omganger av Stortinget, og da ofte begrunnet nettopp med behovet for sykehjem. Knappheten på hjemmetjenester bidro kanskje ytterligere til å svekke tilliten til omsorgsboligene, som av sykehjemstilhengerne ble kritisert for å være omsorgsboliger uten (tilstrekkelig) omsorg.

Det har i hele perioden vært blandede forventninger til omsorgsboligene; at de på den ene sida skulle være et alternativ til sykehjem, på den andre sida et supplement. Men i betraktning av hvor mye som er satset på omsorgsboliger

de siste tjue årene, vet vi forbausende lite presist om dem og hvordan de spiller sammen med andre tjenester. Omsorgsboligene kom først inn i den offisielle statistikken i 2010, og fra da av ble det tilgang til enkle opplysninger om typer av boliger, nærmere bestemt om de var uten bemanning slik de i utgangspunktet var tenkt eller hadde bemanning i hele eller deler av døgnet og dermed var mer sammenliknbare med sykehjem. Det mangler fortsatt opplysninger om hvor stor den egne bemanningen i omsorgsboligene er, og om man i det hele tatt har noen egen bemanning. Nettopp denne mangelen på informasjon var et vesentlig argument for prosjektet.

## Prosjektet

Hensikten med rapporten er å kartlegge situasjonen i korte trekk så langt statistikken foreløpig rekker, og å identifisere kunnskapshull og problemstillinger for videre utforskning. Vi ønsker altså å vite mer om omsorgsboligene, hvilken rolle de har i lokale omsorgssystemer, og hvordan de påvirker andre aktører og tjenester. For eksempel: Kan omsorgsboliger erstatte sykehjem og i så fall under hvilke betingelser? Er omsorgsboliger billigere eller dyrere enn sykehjem ved sammenliknbare behov og i så fall for hvem – for beboerne, kommunene eller staten? Har familieomsorgen en mer selvfølgelig plass i omsorgsboliger enn i sykehjem som man i utgangspunktet antok, og mer generelt – er beboere i omsorgsboliger bedre integrert i nærmiljøet enn beboere (pasienter) i sykehjem? Spørsmålene lover i realiteten mer enn data og svar foreløpig kan levere. Prosjektet forsøker å belyse omfanget og profilen av omsorgstjenestene ved å plassere omsorgsboligen i sentrum og utforske grenseoppgangen mot andre aktører så som familien, sykehjemmet og sykehuset, slik dette er illustrert i prosjektmodellen (figur 1.1).



**Figur 1.1. Prosjektmodell**

Tidligere forskning har funnet betydelig variasjon i tilbudet av omsorgstjenester i norske kommuner (f.eks. Brevik, 2009, Huseby og Paulsen, 2009, Gautun og Hermansen, 2011, Hagen et al., 2011, Hjelmbrekke et al., 2011, Daatland og Veenstra, 2012). Vi har mindre kunnskaper om omsorgsboligenes rolle i disse tjenestene. Prosjektet skal derfor kartlegge det samlede tilbudet av boliger for omsorgsformål og belyse utviklingen over tid; hvordan den lokale variasjonen er, og hvordan den har framkommet.

Strukturelle rammevilkår som befolkningens sammensetning og kommunens økonomi og geografi spiller en nøkkelrolle for hvor mye som investeres i omsorgssektoren (Figur 1.1). Vi vet mindre om hva denne typen forhold betyr for tjenesteprofilen, det vil si for *hvordan* man satser og herunder hvilken rolle omsorgsboligene har. Det er ikke selvsagt i hvilken retning disse faktorene drar, men under ellers like vilkår burde kommuner med svak økonomi være motivert for å prioritere de antatt rimeligste tjenestene og derfor omsorgsboliger framfor sykehjem. Blant andre faktorer kan en geografi med lange avstander og lange vintre øke behovet for kollektive boformer mer generelt, det være seg i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig. Demografien kan også gjøre en forskjell: Kommuner med svake familienettverk og mange gamle kan være tilbøyelige til å prioritere den mest beskyttede omsorgsformen og derfor sykehjem framfor omsorgsboliger.

Valg og utforming av lokale omsorgsmodeller kan også være preget av institusjonelle og ideologiske faktorer. I tjenestene som allerede er etablert, og

i den ideologien som legitimerer dem, ligger normalt et forsvar for den bestående orden og en motstand mot endring. Denne typen «stivhengighet» kan være vanskelig å identifisere, og framstår ofte som en «rest» som ikke kan forklares av lettere målbare faktorer. Det samme gjelder kulturelle trekk så som verdier og holdninger i befolkningen, i forvaltningen, i politikken og i fagetatene. I noen tilfeller kan lokale ildsjeler gjøre en stor forskjell, men være vanskelig å lese ut av statistikken. Det kan også ligge føringer fra tidligere kommunesammenslåinger i dagens mønstre, så som avtaler om at hver av de tidligere kommunene skal ha sin del av kommunens institusjoner og arbeidsplasser (Romøren, 2006, 2008). Det er ellers nærliggende å anta at små kommuner, som det er mange av i Norge, vil gravitere mot mer tradisjonelle løsninger og dermed mot en institusjonsforankret modell. Små kommuner kan på den andre sida være lettere å snu enn store, slik tilfellet er for små og store skip. For å kunne belyse denne typen problemstillinger kreves en kombinasjon av data og metoder som ikke lar seg gjennomføre fullt ut innenfor rammene av dette prosjektet.

Prosjektet skal også utforske samspillet mellom omsorgsboligen og familien, sykehjemmet og sykehuset (Figur 1.1). Noe av begrunnelsen for å satse på omsorgsboliger var, som nevnt, at det er steder og sammenhenger der familieomsorg, ja uformell omsorg mer generelt, er antatt å ha en mer selvfølgelig plass enn i sykehjem, som langt på vei er personalets domene og hjemmebane. Case-studier antyder at det kan være slik (Bogen et al., 2006). Kan vi få dette bekreftet eller avkreftet på mer generelt grunnlag? Like vesentlig er å belyse om, og under hvilke betingelser, omsorgsboliger er et alternativ eller et supplement til sykehjem. Blir man boende i omsorgsboligen livet ut, eller er den et trinn på veien til sykehjemmet? Vi er også interessert i eventuelle konsekvenser av de ulike tjenesteprofilene, og herunder omsorgsboligen, for bruk av sykehus. Vil en mer boligorientert omsorgstjeneste legge større press på sykehusene enn en mer sykehjemorientert modell? Dette spørsmålet har fått ny aktualitet etter at Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008–09) ble satt i verk.

Forklaringsvariabler for volumet og profilen av lokale omsorgsmodeller er antatt å være av strukturell, institusjonell og kulturell karakter, slik det er antydnet i prosjektmodellen. Strukturelle og institusjonelle data om kommunene er tilgjengelige i KOSTRA, Statistisk sentralbyrås database for kommunene

(kommune–stat–rapporteringen). Kulturelle trekk er mindre tilgjengelige i den offentlige statistikken, men kan et stykke på vei trekkes ut av utvalgs- og case-studier og fra intervju med nøkkelinformanter. Den individbaserte pleie- og omsorgsstatistikken (IPLOS) gir nye muligheter for å studere tjenestene via deres brukere, inklusive i hvilken grad de retter seg mot de samme behov og grupper og dermed er alternative tilbud eller er ulike trinn av omsorgstrappen og dermed supplerende. Nytt er at man et stykke på vei kan følge brukerne fra tjeneste til tjeneste via IPLOS og for eksempel se hvor vanlig eller uvanlig det er å bli boende i en omsorgsbolig livet ut. Noen av disse problemstillingene kan bare belyses, snarere enn å besvares, av denne rapporten.

Prosjektet gjør også bruk av surveydata (intervju) fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG), som er lokalisert ved NOVA og gir muligheter for å vurdere om familierelasjoner og familieomsorg påvirkes av boform. Har familien og nærmiljøet en mer selvfølkelig, og mer aktiv, plass i omsorgsboliger enn i sykehjem, slik noe av begrunnelsen for en boliggjøring av omsorgen la opp til?

Det har i hele perioden vært blandede forventninger til omsorgsboligene; at de på den ene sida skulle være et alternativ til sykehjem, på den andre sida et supplement. Den såkalte Kvaase-rapporten ble i 1999 bestilt av departementet for å rydde opp i begrepene, og foreslo at det moderne sykehjemmet burde bli en institusjon for aktiv medisinsk behandling under kortvarige opphold, mens omsorgsboliger burde brukes for varige opphold (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Noe liknende var foreslått av Strøm-utvalget, den første offentlige innstillingen om eldreomsorgen, nær femti år tidligere! Mer om dette i kapittel 3. Her kan bare konstateres at Kvaases forslag ikke vant fram. Det tradisjonelle sykehjemmet hadde mange tilhengere og fortsatte derfor som et både–og (bolig *og* behandling), noe som av Frogn Sellæg (2008) ble karakterisert som en hybrid som verken tjente sitt ene eller andre formål godt nok. Men her var altså meningene delte.

## Begreper og betegnelser

Norske kommuner disponerer i dag ca. 100 000 boliger for ulike formål, nær halvparten (45 000) er det som i statistikken kalles «boliger for pleie- og omsorgsformål». Av disse er nær 2/3 (28 500) omsorgsboliger i den forstand at de

er oppført med oppstartingsstilskudd fra Husbanken. Betegnelsen «omsorgsbolig» ble innført i 1994 for etableringen av et sett nye, statlige låne- og tilskuddsordninger for slike boliger i regi av Husbanken. Det dreiet seg da om tre typer omsorgsboliger: *selvstendige boliger* (boenheter på over 55m<sup>2</sup> og uten krav til fellesareal), *bofellesskap* (boenheter på 40–55m<sup>2</sup>) og *bokollektiv* (boenheter på under 40m<sup>2</sup> med fellesareal som skal erstatte redusert privatareal). Det forutsattes at kommunene hadde tilbud om hjemmetjenester på døgnbasis og en omsorgsplan som var godkjent av fylkesmannen. I disse forutsetningen skulle ligge en garanti for at omsorgsboligene ville fylles med den nødvendige omsorg.

I et rundskriv om omsorgsboliger fra 1997 presiserte Sosial- og helsedepartementet at: «Fordi omsorgsboliger er ment å være boliger uten fast tilknyttet tjenester eller personell, er det ikke formålstjenlig å lovregulere boligene (...). Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende.» Under Handlingsplanens gang ble det som nevnt en sterkere prioritering av mer kollektive løsninger (bofellesskap og bokollektiver), til dels med noe eget personell, for å kunne være et tilbud også for personer med betydelige omsorgsbehov, herunder personer med demens. Dermed ble det også mer flytende grenser mellom sykehjem og omsorgsboliger. I en fersk stortingsmelding om «Morgendagens omsorg» (St.meld. nr. 29, 2012–13), heter det at «Utviklingen går i retning av at det blir vanskeligere å se annen forskjell på sykehjem og omsorgsboliganlegg enn måten tilbudet finansieres på.»

De siste årene har enkelte kommuner lansert «Omsorg Pluss-bolig» som betegnelse for døgnbemannede omsorgsboliger med tilbud om felles måltider, i noen sammenhenger omtalt som «det nye aldershjemmet». Vi har også fått et innslag av «trygghetsboliger», der behovsterskelen for innflytting er lavere og oppholdstiden vanligvis nokså kort. Det er foreløpig ingen statistikk for disse boligene, men de inngår blant omsorgsboligene i den generelle statistikken. Et stigende innslag av privat finansierte «seniorboliger» eller «50-pluss boliger» er imidlertid ikke dekket av denne statistikken.

Statistikken inneholder for øvrig lite detaljerte opplysninger om kommunenes boliger for omsorgsformål. Det er for eksempel bare summariske opplysninger om boligene er integrert i den ordinære boligmassen eller ikke, men



ikke mer presise tall for hvor vanlig eller uvanlig det er å lokalisere boligene som del av sykehjem eller større helse- og omsorgssentre. Det har vært rapportert om en tendens til slike samlinger, av noen sett som en praktisk løsning, av andre kritisert for å resultere i «omsorgsghettoer» eller «omsorgsreservater» (Sandvin, 2011).

Også ukjent er hvor langt omsorgsboligene som er anlagt under de nevnte tilskuddsordningene skiller seg fra øvrige boliger for omsorgsformål. For denne rapportens hensikt er det ikke vesentlig om boligene er oppført under de nevnte tilskuddsordningene eller er oppført tidligere eller på annet grunnlag. Vi kommer derfor til å bruke betegnelsen «omsorgsboliger» i en bredere betydning som synonymt med «boliger for pleie- og omsorgsformål» når ikke annet er nevnt.

Omsorgsboliger skiller seg fra institusjoner (sykehjem) ved at bare de siste er regulert av helse- og omsorgsloven og er underlagt en del krav om utstyr, bemanning og medisinsk tilsyn. Betalingsordningene er også forskjellige: I boligene betaler man for husleie, kost og tjenester som i en ordinær bolig. I sykehjemmet får man en standardpakke av tjenester og trekkes et samlet vederlag som en prosentandel av inntekten. I praksis trenger ikke forskjellene være så store, men formelle krav og rettigheter er forskjellige. Mer om hva som formelt sett skiller boliger og institusjoner følger i neste kapittel.

Grenseoppgangen mellom omsorgsboliger og sykehjem ser ut til å være flytende hva utforming, bemanning og drift angår. Nye sykehjem har blitt mer hjemlige, og nye omsorgsboliger har blitt mer kollektive, som gjør at de i praksis kan være utformet nokså likt. Men formelt og juridisk har beboeren myndighet i boligene, personalet i institusjonene. Institusjonskarakteren kan også ligge i holdninger og i driftsmåte. I denne forstand kan en bolig gjøres til «institusjon» og en institusjon gjøres til «bolig». Mer om utformingen og karakterforskjeller mellom omsorgsboliger og sykehjem følger i kapittel 7.

Begrepene «sykehjem» og «institusjon» blir brukt vekselvis i teksten, fordi sykehjemmet i dag er praktisk talt den enerådende institusjonsformen. Aldershjemmene er nå langt på vei faset ut og har blitt lagt ned eller er omgjort (omregulert) til omsorgsboliger, noen også til sykehjem. Når det er sykehjemets karakter som «institusjon» det siktes til, vil *den* betegnelsen bli anvendt.

Begrepet «boliggjort» blir av Romøren (2008) definert som karakteristisk for kommuner som har flere omsorgsboliger enn institusjonsplasser. Med «hjemliggjøring» siktes det gjerne til et sett av tiltak som styrker hjemfølelsen innenfor eller utenfor institusjon (Olsen, 1995). Vi skal bruke begrepene «boliggjøring» og «hjemliggjøring» i en rent beskrivende forstand, som karakteristisk for kommuner og tjenestemodeller som har sterk vekt på boligtilbud og hjemmetjenester, uten at vi derved vil stille noe kriterium for hvor mye som skal til for å være «boliggjort» eller ikke. Boliggjøring brukes om balansen mellom boliger og institusjoner i omsorgstjenesten. Hjemliggjøring inkluderer også tiltak innenfor institusjoner, som i innredning og drift bidrar til å gi et hjemlig inntrykk. «Boligorientering» og «institusjonsorientering» brukes for å karakterisere en tjenesteprofil som er profilert i den ene eller andre retningen. Hva som mer konkret ligger i dette, er et empirisk spørsmål som vi kommer tilbake til i de påfølgende kapitlene.

Prosjektet og rapporten forholder seg primært til eldreomsorgen, slik også Gjærevoll-utvalget i sin tid gjorde. Tidligere tiders særomsorger er riktignok for lengst integrert under en felles pleie- og omsorgstjeneste i kommunene, men eldreomsorg er fortsatt en politisk realitet, og «eldreomsorgen» og «andreomsorgen» er, som vi skal se, i praksis ganske forskjellige.

## Rapporten

I neste kapittel (kapittel 2) går vi nærmere inn på hva som skiller «boliger» og «institusjoner» på det formelle plan via lovgivning, forskrifter og betalingsordninger. Kapittel 3 gir en beskrivelse av utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene med hovedvekt på årene etter Gjærevoll-utvalget. Er boliggjøring en rimelig karakteristikk for denne utviklingen? Her trekker vi også linjene tilbake til årene før satsningen på omsorgsboliger tok til, fordi det i denne forhistorien kan ligge føringer for de valg man tok seinere. Det påfølgende kapittel 4 gir en beskrivelse av den lokale variasjonen i omsorgstjenestene, med spesiell vekt på omsorgsboligene. Hva kjennetegner kommuner som har gått langt i retning av boliggjøring?

Kapittel 5 ser nærmere på hva som kjennetegner de siste årene av livet, og dermed hvilke behov som omsorgen og boformene skal imøtekomme. Den offentlige statistikken har inntil nylig bare kunnet tegne øyeblikksbilder. Vi

vet mindre om de forløp og «stier» som behov og tjenester tar, f.eks. hvor mange som en eller annen gang flytter i sykehjem, om man kommer dit direkte fra sin ordinære bolig eller via en omsorgsbolig, og om en blir boende i omsorgsboligen livet ut.

Kapittel 6 tar for seg familiens rolle; hvorvidt familien har en mer aktiv og selvfølgelig plass i omsorgsboliger sammenliknet med sykehjem, slik Gjærevoll-utvalget antok. Kapittel 7 går bak statistikkens tall og ser nærmere på bokkvaliteten i boliger og institusjoner. Hva skiller, og hva er likt? Hva peker framover? Dreier det seg om nye omsorgsformer eller er det samme gamle vin, men på nye flasker? Kapitlet avrundes med en beskrivelse av et antall eksempler som hver på sin måte er forbilder til etterfølgelse.

Rapporten avrundes med et sammendrag og en konklusjon i kapittel 8, som kort diskuterer utviklingen, forutsetningene og dilemmaene i omsorgstjenestene i møte med en aldrende befolkning. Hvor går veien videre: Ytterligere boliggingering eller sykehjemmet i sentrum?

## 2 Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem?

### Juridiske og økonomiske skillelinjer

Christine Thokle Martens

---

*Lovverk og forskrifter er ulike for sykehjem og omsorgsbolig, men forskjellene er mindre enn hva en i utgangspunktet skulle tro. Kommunene er pålagt å tilby «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Disse kan tilbys i begge boformer, innenfor kommunens økonomiske rammer. Sykehjemmet representerer trygghet for mange, men er i realiteten lite regulert; det er for eksempel ingen bemanningsnorm for sykehjem. Omsorgsboligene er enda løsere regulert, og det er nok for mange høyst uklart i hvilken grad og hvorvidt omsorg følger med vedtaket om en omsorgsbolig. Mange kan derfor stole mer på det tradisjonelle sykehjemmet enn på de mer ukjente omsorgsboligene.*

### Innledning

Spørsmålet om Eldres boligsituasjon ble for alvor satt på dagsorden på 1950-tallet. Vår første offentlige utredning om eldreomsorgen koblet nettopp sammen omsorg og boligspørsmål (Sosialdepartementet, 1955). Fra slutten av 1960-tallet vokste et bredere statlig engasjement og ansvar fram, veiledet av den bredt oppnevnte Eldreomsorgskomiteen. Før dette var eldreomsorg nærmest ensbetydende med gamlehjem og var et anliggende for kommuner og humanitære organisasjoner. Komiteens utredninger løftet alle frem behovet for lettstelte boliger for eldre (Sosialdepartementet, 1966, 1969, 1971, 1973). Mangel på innlagt vann, tungvint vedfyring og trapper var argumenter for at mange ikke kunne bli boende i sine opprinnelige boliger. I dag er det først og fremst behovet for omsorg som driver etterspørselen etter omsorgsboliger ettersom standarden i bygningsmassen er hevet betydelig siden den gang. Dette kan også avleses i hvilke typer omsorgsboliger som bygges. Hele veien har hensikten med å tilby tilrettelagte boliger vært å redusere eller utsette institusjonsomsorgen og gi mennesker med omsorgsbehov mulighet for å klare seg hjemme lenger.

Begrepet «omsorgsbolig» ble lansert som betegnelse for tilrettelagte boliger, som etter gitte retningslinjer ble bygget med tilskudd fra Husbanken fra 1994 og framover. I de første årene med investeringstilskudd ble selvstendige omsorgsboliger prioritert. Etter hvert ble det bygget flere bofellesskap og bokollektiv, hovedsakelig fordi de kollektive boformene er ansett som bedre egnet for pleietrengende eldre, herunder for personer med demens. Samtidig har det skjedd en utbygging og modernisering av sykehjem med enkeltrom og egne bad. Slik sett er den fysiske utformingen av omsorgsboliger og sykehjem mye likere nå enn tidligere.

Det var opprinnelig ikke ansett nødvendig å særskilt lovregulere de nye omsorgsboligene. De skulle ikke ha fast bemanning, og beboerne skulle motta hjemmetjenester på samme vilkår som beboerne i den ordinære boligmassen. I praksis har likevel over halvparten av det som i den offentlige statistikken er registrert som «boliger for omsorgsformål» (herunder omsorgsboliger) bemanning hele eller deler av døgnet, uvisst hvor mye, noe som bidrar til en ytterligere utvanning av skillet mellom omsorgsboliger og institusjoner.

I den foreløpig siste stortingsmeldingen om eldreomsorgen, «Morgendagens omsorg», understrekes det at det i morgendagens løsninger skal være et skille mellom boligen og tjenestene. Boligen er et individuelt ansvar, mens tjenestene er velferdsstatens ansvar og fordeles etter behov, ikke etter hvor og hvordan man bor. Fremtiden kan gi oss «sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem» (St.meld. nr. 29, 2012–13). Den økende likheten mellom omsorgsboliger og sykehjem, både i fysisk utforming og i bemanning, har ført til at forslaget om å harmonisere betalingsordningene for de to bo- og omsorgsformene nå er tatt opp igjen. Argumentet er at to ordninger som i praksis skal fylle samme oppgaver, burde betales for på samme måte.

I dette kapitlet skal vi utforske de juridiske og økonomiske sidene ved de to boformene omsorgsboliger og sykehjem (institusjon). Ved hjelp av lovtekster, forskrifter, rundskriv og andre offentlige dokumenter, vil vi beskrive hvordan staten regulerer og foreskriver at pleie- og omsorgstjenestene skal være. Flere av disse dokumentene begynner å bli gamle og praksis i kommunene kan være noe annerledes enn hva som fortsatt er foreskrevet. Som vi skal se er det et betraktelig rom for manøvrering innenfor det gjeldende regelverket, noe som bidrar til en betydelig lokal variasjon i både volum og

profil av tjenestetilbudet. Likevel, praksis må under alle omstendigheter være i samsvar med gjeldende regelverk det – være seg nytt eller gammelt.

Vi fortsetter kapitlet med å lage et skille mellom institusjon og omsorgsbolig slik de to boformene er definert i regelverket. Deretter ser vi på hvilke tjenester kommunen er forpliktet å tilby sine innbyggere. I fjerde del tar vi for oss institusjonene og ser på bemanningen, betalingsordninger, koordinering av tjenestene og institusjonen som et sted å bo før vi i den påfølgende del fem gjør det samme for omsorgsboligene. Dette fører oss over til en sammenlikning av tjenestene i del seks, både spørsmålet om omsorgsboliger og sykehjem er likeverdige tjenester, kort om fordeling av utgifter mellom kommunen og staten og status i forhold til samordning av betalingsordningene. I den siste del syv vil vi samle noen av trådene.

## Hvordan avgrenses en institusjon fra en omsorgsbolig?

Hva som formelt sett er å anse som en institusjon følger av «Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011b). Det står der at «Som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c regnes:

- a) institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester (barnebolig), herunder avlastningsboliger,
- b) institusjon med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige,
- c) aldershjem,
- d) sykehjem og
- e) døgnplasser som kommunen oppretter for å sørge for tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.»

Listen er uttømmende og rommer ikke ulike service- og omsorgsboliger eller andre tilsvarende boliger som er tilrettelagt for heldøgns pleie og omsorg. Innenfor eldreomsorgen er det dermed bare aldershjem og sykehjem som er å anse som institusjoner og som følgelig er omfattet av forskriften. Det fremkommer imidlertid ikke hva det i praksis betyr at noe er en institusjon.

Omsorgsboliger er ikke definert eller omtalt i selve loven eller i forskriftene. I rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet står det at: «En omsorgsbolig er en bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. En omsorgsbolig er beboerens eget hjem. (...) Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende» (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Det fremkommer her indirekte at omsorgsboliger skiller seg fra en ordinær bolig. Det som ikke står, er at en omsorgsbolig er kommunalt eid<sup>1</sup> og tildeles den enkelte basert på hans eller hennes pleie- og omsorgsbehov. Tilrettelagte boliger som selges i det ordinære boligmarkedet er ikke å betrakte som omsorgsboliger. Til tross for navnet «omsorgsbolig» følger det ikke automatisk omsorgstjenester med vedtaket om tildeling av en slik bolig.

I flere offentlige dokumenter, blant annet i «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie», er uttrykket «boform med heldøgns omsorgstjenester» og «boform for heldøgns omsorg og pleie» benyttet. Dette forstås av og til som at omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester er omfattet av de samme bestemmelsene som sykehjem. I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven er det poengtert at uttrykket «sykehjem eller boform med heldøgns omsorgstjenester» *ikke* inkluderer omsorgsboliger. «Boform med heldøgns omsorgstjenester» omfatter aldershjem, barneboliger og privat forpleining, det vil si andre institusjonsformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Disse er underlagt både sykehjemsforskriften og vederlagsforskriften og er følgelig juridisk (og økonomisk) å anse som institusjoner. Omsorgsboliger er *ikke* underlagt det samme lovverket.

## Hvilke tjenester plikter kommunene å tilby?

Kommunene har et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Kommunenes forpliktelse til å tilby tjenester reguleres av «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.», også kalt Helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenesteproduksjonen finansieres via statlige overføringer til kommunene og

---

<sup>1</sup> I teorien kan omsorgsboligene være privat eid, men for å få investeringstilskudd fra Husbanken må det være kommunal tildelingsrett av boligene.

kommunale skatteinntekter. Kun en liten andel stammer fra brukerbetaling og vederlag. Storparten av de statlige overføringene til omsorgstjenestene gis i form av rammeoverføringer, i motsetning til såkalte øremerkede tilskudd. Det er dermed kommunenes eget ansvar å organisere tilbudet innenfor lovens rammer, noe som fører til betydelig kommunalt mangfold både i nivået av tjenester og hvor og hva som tilbys.

#### NØDVENDIGE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Alle landets helse- og omsorgstjenester reguleres av Helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Ansvaret for å tilby tjenestene er gitt kommunene og privatpraktiserende som har avtaler med kommunene slik som fastleger, fysioterapeuter og psykologer. Lovens formål (§1-1) er å forebygge og behandle sykdom, skade og nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet og selvstendighet, sikre et tilgjengelig, likeverdig tjenestetilbud preget av høy kvalitet og respekt for den enkelte, samt å bidra til at ressursene utnyttes best mulig. Lovens formål impliserer at kommunene må tilby en rekke tjenester fra habilitering og rehabilitering, via sosiale møteplasser, til egnede bopeler og tilstrekkelig omsorg og pleie. Det kan argumenteres for at de første punktene i lovens formål omhandler brukernes rettigheter til best mulige tjenester landet over, mens det siste punktet kan sies å være et forbehold; at ressursene er et knapt gode som må fordeles hensiktsmessig.

Ifølge kapittel 3 i samme lov skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, alle pasient- og brukergrupper, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det gis ingen ytterligere presisering av ordet «nødvendig», noe som åpner for kommunal variasjon. Etter lovens § 3-2 har kommunene ansvar for å tilby en rekke tjenester av forebyggende og akutt art. Tjenestene som i større grad er rettet mot eldres hverdagsliv er nevnt under punktet «andre helse- og omsorgstjenester». Disse er helsetjenester i hjemmet, personlig assistanse, plass i institusjon, herunder i sykehjem, og avlastnings tiltak. Hvorvidt plassene i sykehjem skal være korttids- eller langtidsplasser eller begge deler, og om kommunen må ha egne sykehjemsplasser eller for eksempel kan leie i nabokommunen, er ikke angitt. Det er et krav at kommunen i tillegg til sykehjem skal tilby hjemmetjenester slik at hjemmeboende får



nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det er derimot ikke et krav at kommunen skal tilby plasser i omsorgsbolig, likevel har dette tilbudet vokst frem i mange kommuner som et alternativ eller supplement til sykehjemmene.

I den tidligere kommunehelsetjenesteloven var formuleringen at «Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982). I den nye lovteksten har ordlyden blitt endret fra at det er enhvers *rett å få* nødvendig helsehjelp til at kommunen *skal sørge for* at helse- og omsorgstjenester blir tilbudt. I pasientrettighetsloven er imidlertid retten til nødvendig helsehjelp opprettholdt: «Pasient og bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999 § 2-1a). I samme lov, § 1-3, blir helsehjelp definert som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». Det er med andre ord retten til omsorg og pleie som er regulert i loven, ikke boligen eller hvor pleie- og omsorgstjenestene blir utført.

Ingen av lovene inneholder en konkretisering av hvilke tjenester som skal tilbys, men at de i praksis «blir tolket slik at de gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig vurdering av behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Dette overlater med andre ord ansvaret for å definere behovet til de kommunale tjenesteyterne. Brukerne på sin side har ikke mulighet til å kreve en bestemt type tjeneste så lenge den tilbudte tjenesten er ansett å være forsvarlig og fyller de nødvendige helsemessige, kommunalt definerte, behovene. Kommunene, riktignok i samråd med bruker, har siste ordet hva gjelder hvilke tjenester som skal tilbys: «I vurderingen må behovet til den enkelte veies opp mot fellesskapets behov, og det kan legges vekt på kommunens økonomiske ressurser» (Ibid.). Der er likevel et «minstekrav» som kommunene ikke kan gå under, uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Det kan altså se ut til at samme lovverk kan benyttes for å legitimere forskjeller i tjenestetilbudet kommunene i mellom, der noen satser på sykehjem og andre på hjemmetjenester og omsorgsboliger. På den andre siden kan samme behov bli dekket på ulike måter. Lovverket krever under alle omstendigheter at det ikke skal være kvalitative forskjeller i tjenestene mottatt i eller utenfor institusjon, gitt samme behov.

For samtlige mottakere av pleie- og omsorgstjenester, både i og utenfor institusjon, er kvaliteten regulert i en egen forskrift: «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Forskriftens § 1 fremsetter formålet slik: «Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven<sup>2</sup> får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel». For å oppnå dette skal kommunen etablere et system av prosedyrer for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Kvalitetsforskriftens § 3 lister opp de grunnleggende behovene som skal dekkes av pleie- og omsorgstjenestene, uavhengig av boform<sup>3</sup>. Det er flere måter å fylle disse behovene, noe som legger grunnlag for kommunenes valgfrihet.

#### ET EGNET STED Å BO

I tillegg til ansvaret for helse- og omsorgstjenester er kommunen pliktig til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser på boligmarkedet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c § 3-7). Kommunen skal hjelpe dem som på grunn av alder, funksjonshemning eller av andre årsaker trenger bolig med *særlig* tilpasning. For pleietrengende eldre vil dette i praksis ofte innebære tildeling av en sykehjemsplass eller en omsorgsbolig. Kommunen

---

<sup>2</sup> Kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven ble slått sammen og harmonisert i Helse- og omsorgstjenesteloven med virkning fra 01.01.2012.

<sup>3</sup> Brukerne skal: i) oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, ii) ha selvstendighet og styring av eget liv, iii) få dekket fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), iv) ha variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat, v) få dekket sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, vi) følge en normal livs- og døgnrytme og unngå uønsket og unødig sengeopphold, vii) ha mulighet for ro og skjermet privatliv, viii) få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett), ix) få muligheter til selv å ivareta egenomsorg, x) få en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser, xi) få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, xii) få rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand, xiii) få nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene, xiv) få tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov, xv) få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise, xvi) få tilpasset hjelp ved av- og påkledning, xvii) få tilbud om eget rom ved langtidsopphold, xviii) få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter.

foretar en individuell helhetsvurdering av hvor mye pleie og omsorg vedkommende trenger, behovet for en egnet bolig og tilgjengeligheten i kommunen. Det er behovet for nødvendige helsetjenester og et egnet bosted som er det utløsende overfor rettighetene i lovverket, det være seg sykehjem eller omsorgsbolig. Likevel kan utfallet av vurderingen også være tuftet på praktiske og økonomiske hensyn i kommunen. Hvilken boform som blir benyttet har imidlertid ulike konsekvenser for beboerne.

Dette innebærer ikke at den enkelte fratras ansvaret for å flytte til en bedre egnet bolig dersom det er mest hensiktsmessig. Det er ønskelig at den enkelte selv finner et egnet bosted i forhold til livssituasjon og fremtidig aldring, og dagens eldre har generelt sett stort spillerom for mobilitet på eiendomsmarkedet. I «Morgendagens omsorg» påpekes det at det er ønskelig å legge ansvaret for å gjøre boligen aldersvennlig på den enkelte (St.meld. nr. 29, 2012–13). Tilgangen på boliger med universell utforming er økende, det fins et stort utvalg av såkalte seniorboliger, noen med tilgang på kjøp at tjenester, og det finns støtteordninger for tilpasning av boliger. Det er ikke nødvendigvis slik at det offentlige skal tilby tilpassede boliger dersom den enkelte kan finne gode løsninger på egen hånd.

## Institusjon

Institusjoner slik som sykehjem er regulert av en rekke lover og forskrifter. I denne delen av kapittelet vil vi se på de mest sentrale av disse.

### BEMANNING

Kravene til bemanning i sykehjem og andre institusjoner slik som aldershjem, reguleres av «Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988a). Boformene som omhandles av denne forskriften skal gi heldøgns opphold. Forskriftens § 3-2 omhandler kravene til bemanning. Boformen skal ha tilknyttet:

- a) en administrativ leder,
- b) en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling,
- c) en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien og
- d) det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand.

Det følger av dette at det ikke er spesifikke krav til bemanning av sykehjemmene ut over en administrativ leder og medisinsk personell. Også i denne forskriften er kravene til tjenestene formulert som «nødvendig omsorg og bistand», det er ingen minstestandard for bemanningen. Sykehjemsetaten i Oslo kommune opplyser at de har utarbeidet en «veiledende pleiefaktor». Den er ikke statisk, men avhengig av etatens årlige rammebetingelser (Sykehjemsetaten Oslo Kommune). Dette kan innebære at antall årsverk varierer, ikke på grunn av endret behov blant beboerne på sykehjemmet, men på grunn av hensyn til kommunens økonomi.

#### BETALING FOR OPPHOLDET

Det følger av Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunen kan kreve egenandel for opphold i institusjon når kommunen helt eller delvis dekker utgiftene til oppholdet eller har stilt garanti for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Det kan ikke kreves tilsvarende egenandel for korttidsopphold som primært ytes for å avlaste pårørende i deres omsorgsoppgaver og for døgnplasser for øyeblikkelig hjelp. Egenandelen skal omfatte kost, losji, medisiner, samt helse- og omsorgstjenester som kommunen yter under oppholdet. Det skilles i forskriften mellom korttids- og langtidsopphold. Disse defineres henholdsvis slik: «Korttidsopphold er tidsavgrenset opphold i institusjon gitt som døgnopphold, dagopphold eller nattopphold. Langtidsopphold er opphold i institusjon på ubestemt tid eller tidsavgrenset opphold når vedkommende har vært på institusjon i minst 60 døgn pr. kalenderår. Det er ulike betalingsformer for de to typene opphold.

Ved *korttidsopphold* kan kommunen ta betaling med inntil kroner 142 pr. døgn og med inntil kroner 74 for det enkelte dag- eller nattopphold (i 2013). Satsene er satt med hensyn til at den enkelte skal tilbake til sin bolig, og at høye kostnader ikke skal være en hindring for korttids- eller avlastningsoppholdet.

Ved *langtidsopphold* betales det vederlag. Denne egenandelen skal ikke overstige de faktiske oppholdsutgiftene som fastsettes ved hver enkelt

institusjon. Vederlaget fastsettes på bakgrunn av pasientens inntekt<sup>4</sup>. Betalingen skal begrenses slik at enhver har minst 25 prosent av folketrygdens grunnbeløp i tillegg til fordelten av fribeløpet (kr 28 311 fra 01.05.2013) til eget forbruk. Det er dermed lagt til grunn at den enkelte ikke lenger har økonomiske forpliktelser til husvære eller husholdningskostnader utenfor institusjonen. Det er imidlertid mulig å ta hensyn til hjemmeboende barn og ektefelle etter bestemte regler.

#### KOORDINERING AV TJENESTENE

I sykehjemmet skal tjenestene være koordinerte og det skal føres en samlet journal. Dette følger av «Forskrift om pasientjournal» § 5: «Det skal opprettes en journal for hver pasient. Det skal som hovedregel anvendes en samlet journal for den enkelte pasient selv om helsehjelp ytes av flere innen virksomheten. Hovedregelen om en samlet journal for den enkelte pasient kan fravikes dersom virksomhetens enheter både faglig og organisatorisk klart fremstår som separate deltjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Samordning og kontinuitet i behandlingen skal ivaretas av ansvarlig sykepleier, og sikres ved at alle medisinske opplysninger samles i ett dokument.

Det finnes også en egen «Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988b). Forskriften gjelder for sykehjem og andre institusjoner, men ikke omsorgsboliger. I følge forskriften vil inntekten til pasienter i sykehjem bli håndtert av administrativ leder dersom pasienten selv ikke er i stand til å ivareta sin økonomi. For beboere utenfor sykehjem finnes ingen slike ordninger, her vil overformynderiet oppnevne en verge.

#### FYSISK UTFORMING

Kapittel IV i «Forskrift for sykehjem» omhandler sykehjemsbeboernes rettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988a). Hva angår den fysiske utformingen skal sykehjemmet være universelt utformet, sengerommene skal i

---

<sup>4</sup> Som inntekt regnes årets inntekter på grunnlag av pensjon, andre løpende trygdeytelser, arbeidsinntekt, næringsinntekt, leieinntekt, renter og annen avkastning av formue etter fradrag av skatt og gjeldsrenter. Av inntekter inntil folketrygdens grunnbeløp, fratrukket et fribeløp på kroner 7 000 pr. år, kan det kreves betalt 75 prosent årlig. Av inntekter utover folketrygdens grunnbeløp betales inntil 85 prosent.

hovedsak være enkeltrom og ha et tilknyttet wc. Selv om beboerne bor på en institusjon skal de «kunne medbringe egne møbler og private gjenstander ved permanent opphold, ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere, og skal fritt kunne motta besøk og ha frihet til å leve i samsvar med sitt livssyn» (§§ 4-3, 4-4, 4-5 og 4-6). Rettighetene sikrer den enkeltes mulighet til å leve et så normalt liv som mulig. Reglene er nok ikke svært ulike de en vil finne for en utleiebolig slik som blant annet omsorgsboliger.

#### FLYTTING

I sykehjemmene er en ikke automatisk skjermet mot å bytte rom, avdeling eller sykehjem. Det følger av regelverket at en som hovedregel ikke kan bli utskrevet fra sykehjem mot sin vilje. «Utflytting mot beboerens ønske kan bare finne sted når faglige grunner taler for det og det er ordnet med annet opphold» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1988a §4-11). En beboer kan dermed vanskelig motsette seg å bli flyttet til et annet sykehjem. Kommunen kan flytte den enkelte for å gi tilsvarende omsorg i et annet rom eller i et annet sykehjem. Det innebærer at sykehjemmene er ansett som en pleie- og omsorgstjeneste, mottakeren av tjenesten kan flyttes dit institusjonen anser at tjenestene kan tilbys mest hensiktsmessig.

### Omsorgsboliger

Omsorgsboligene er ikke lovregulerte på samme måte som institusjonene. Der gjelder samme lover og forskrifter som for hjemmeboende for øvrig. Dette understrekes av at vedtak om omsorgsbolig og vedtak om pleie- og omsorgstjenester fattes separat.

#### BEMANNING

I omsorgsboligene er det meningen at den enkelte beboers behov skal styre tildeling av tjenester. Pleie- og omsorgstjenestene ytes på bakgrunn av individuelt fattede vedtak i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Beboerne i omsorgsboliger kan derfor søke om «nødvendig helsehjelp» og velge fastlege og behandlere slik som fysioterapeut og tannlege på samme grunnlag og premisser som beboere i den ordinære boligmassen. Noen

kommuner har likevel valgt å ansette personale i alle eller noen av omsorgsboligene sine. Noen boliger har fast ansatt personal, noen er bemannet hele døgnet, noen har bemanning deler av døgnet, noen har en fast nattevakt. Disse ordningene er et resultat av kommunenes praktiske tilnærming til beboernes behov og kommunenes valgfrihet med hensyn til hvordan nødvendige helse-tjenester tilbys, ikke en følge av lovverket. Det kan være billigere og mer hensiktsmessig å oppfylle flere beboeres behov for døgnkontinuerlig tilsyn for eksempel ved en nattevakt i omsorgsboligen, enn om hver enkelt skulle hatt separate hjelpere.

#### BETALING FOR PLEIE- OG OMSORGTJENESTER

Pleie- og omsorgstjenestene ytt av hjemmetjenesten omfattes av kapittel 2 i forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Det følger av denne at kommunen selv kan fastsette regler for betaling av egenandel og betalingssatser for praktisk bistand og opplæring som ikke er til personlig stell og egenomsorg, innen statlige rammer. Med personlig stell og egenomsorg menes hjelp til å stå opp og legge seg, personlig hygiene, toalettbesøk, hjelp til å kle av og på seg, til å spise, nødvendig tilsyn og tilsvarende grunnleggende behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a). Bistand til slike grunnleggende behov skal være gratis.

Egenandelen for praktisk bistand og opplæring skal ikke overstige kommunens egne utgifter til angjeldende tjeneste (selvkost), og kan ikke settes høyere enn at vedkommende beholder tilstrekkelig til å dekke personlige behov og bære sitt ansvar som forsørger<sup>5</sup>. Tjenestene det kan kreves egenbetaling for er typiske hjemmehjelpstjenester, som for eksempel rengjøring, klesvask, matlaging og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Medisinsk behandling, hjelpemidler, tannbehandling og så videre, dekkes av folketrygden og andre statlige tilskuddsordninger som for befolkningen for øvrig.

---

<sup>5</sup> Når kommunen bestemmer den maksimale egenandelen per år for disse tjenestene, skal betalingen beregnes på grunnlag av husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag. Dersom husstandens samlede skattbare nettoinntekt før særfradrag er under 2 G, skal den samlede egenandelen for tjenestene ikke overstige et utgiftstak på kroner 175 pr. måned (i 2011) (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a).

Bokostnaden i omsorgsboligen er ment dekket av den enkelte. Enten ved løpende pensjon eller også ved å benytte tidligere oppsparte midler slik som boligformue. Dersom beboeren har lav pensjon og få egne midler, kan deler av boligkostnadene søkes dekket via Husbanken. Bostøtten skal bidra til å redusere bostøttene for husstander med lav inntekt<sup>6</sup>

#### KOORDINERING AV TJENESTENE

Der sykehjemsbeboeren har en samlet journal, må hjemmeboende i omsorgsboliger og i ordinære boliger forholde seg til kommunen som virksomhet, der lege, hjemmetjenesten og eventuelle andre behandlere er separate deltjenester med separate journaler. I en rapport fra Helsedirektoratet blir det påpekt at fastlegene mange steder ikke har gode kommunikasjonslinjer og rutiner for samhandling med hjemmetjenesten, og at det kun er i et fåtall av kommunene at omsorgsboligene har egne tilsynsleger (Helsedirektoratet, 2007b). I følge gjeldende lovverk skal beboere i omsorgsboliger fritt kunne velge fastlege; en egen tilsynslege vil kunne stride imot dette. På den andre siden kan det forenkle samhandlingsrutinene. Fraværet av en helhetlig journal kan, men trenger ikke, være problematisk. I forbindelse med blant annet samhandlingsreformen er det nødvendig å forenkle journalsystemene. I Stortingsmelding nr. 9 (2012–2013), er det uttrykt at regjeringen ønsker å modernisere og arbeide for en felles IKT løsning for hele helse- og omsorgssektoren, noe som vil kunne bedre samhandlingen på tvers av virksomhetene.

Selv om det ikke er krav om en helhetlig journal, er ikke kommunen fritatt for koordineringsoppgaver for mottakerne av hjemmetjenester. Kommunen skal legge til rette for, og samarbeide med andre instanser slik at tjenestetilbudet er helhetlig og koordinert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c). Utstrakt samarbeid på tvers av deltjenestene sikrer nødvendig informasjonsflyt.

Måten kommunene skal ivareta forsvarlighet og helhet i helse- og omsorgstilbudet er ved å tilby en koordinator og ved å utarbeide en individuell plan (Ibid. hhv §§ 7-2 og 7-1). Disse tjenestene skal tilbys pasienter og brukere med

---

<sup>6</sup> Med få unntak kan alle over 18 år søke bostøtte. Generelt sett er det et krav at boligen det søkes støtte for må være en selvstendig bolig beregnet på helårsbruk. Kommunalt disponerte utleieboliger slik som omsorgsboliger er imidlertid fritatt fra disse kravene. Det er derfor mulig å søke om bostøtte også for beboere i omsorgsboliger utformet som kollektiv (Husbanken.no).



behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Koordinatoren, plassert i kommunens koordinerende enhet, skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

En omsorgsplan er: «en skriftlig plan for hvordan praktisk hjelp, pleie og omsorg skal ytes. Planen kan utarbeides i et samarbeid mellom kommunale pleie- og omsorgsytere og den/de som mottar hjelp, for eksempel den enkelte beboer i en omsorgsbolig. Omsorgsplanen beskriver ansvars- og oppgavefordelingen mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og den omsorgstrequende selv» (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Lovgiver har med andre ord tatt høyde for et manglende samarbeidsledd i hjemmetjenestene, et ledd som finnes i sykehjemmene i form av samlet journal og administrativt personale.

#### FLYTTING

Omsorgsboligene er omfattet av Husleieloven (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 1999). Det innebærer at man ikke kan flyttes fra omsorgsboligen uten vektige årsaker slik som for eksempel mislighold av husleiebetalingen. På den andre siden kan det være nødvendig å flytte til en annen omsorgsbolig eller et sykehjem dersom pleiebehovet øker.

I høringsuttalelsene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven ble det påpekt fra flere kommuner at de ønsket en avklaring på om kommunen kan nekte den enkelte heldøgns omsorg i eget hjem eller om den kan sette krav til at den enkelte flytter til et sted der kommunene finner det mer egnet å yte slik omsorg; i sykehjem eller bemannet omsorgsbolig. Det er beregnet at døgnkontinuerlig en-til-en-omsorg over lenger tid koster det samme som fire ordinære sykehjems plasser. Kommunene ønsket tydelige signaler på om det skal være mulig for den enkelte å motta omsorg av et slikt omfang i eget hjem. Departementets svar var at «det vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering om heldøgns tjenester i det enkelte tilfellet bør ytes i hjemmet eller i institusjon» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Man kan derfor ha en trygghet i forhold til at man ikke kan bli flyttet fra omsorgsboligen, men dersom kommunen anser det mest hensiktsmessig å tilby omsorgstjenester i en annen boform, kan man likevel ende opp med å måtte flytte for å kunne få nødvendig omsorg.

## Sammenlikning av institusjon og omsorgsbolig

Aldringen av befolkningen har aktualisert debatten om hva som er en forsvarlig omsorgsform. I forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven står det at: «Regjeringen vil sikre full sykehjemsdekning innen 2015 ved at alle som trenger sykehjems plass eller omsorgsbolig skal få dette. Regjeringen vil gi tilskudd til 12 000 sykehjemsplasser og heldøgns omsorgsplasser innen utgangen av 2015 for å sikre nok kapasitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Dette viser at det fra nasjonalt politisk hold er ansett at både sykehjem og omsorgsboliger er adekvate botilbud til pleietrengende eldre. Det er imidlertid ikke klart hva den daværende regjeringen la i begrepet «heldøgns omsorgsplasser». Er det heldøgns bemannede omsorgsboliger, ordinære omsorgsboliger bemannet fra hjemmetjenesten eller er det noe nytt de har i tankene? Mest sannsynlig er det ordinære omsorgsboliger bemannet av hjemmetjenesten ettersom det samtidig ikke ble fremmet forslag om å bemanne omsorgsboligene på linje med sykehjemmene, ei heller behov for helt nye ordninger.

Sykehjem og omsorgsboliger er med andre ord ansett å kunne fylle mange av de samme behovene, likevel er de underlagt ulike regelverk som får ulike implikasjoner for beboerne i de to boformene.

### PLEIE OG OMSORG

Lov om helse- og omsorgstjenester påpeker at det ikke skal være slik at tilgangen til omsorgstjenester skal være avhengig av om man bor i sykehjem, omsorgsbolig eller i boligmassen for øvrig, gitt like behov. Tjenestene er riktignok ulikt organisert og betalingsordningene er ulike. I praksis kan nok tjenestene derfor oppleves noe forskjellige. I sykehjemmene har man garanti for at det er noen til stede døgnet rundt, noe man ikke har i et flertall av omsorgsboligene. På sykehjemmet får man oppfølging fra en tilsynslege og sykepleier; tjenester som nok ikke i like stor grad er oppsøkende for personer utenfor institusjonen. I tillegg kan man anta at samarbeidet mellom personalet er nærere i sykehjemmet enn blant fastleger, hjemmetjenesten og andre behandlere når man bor i eget hjem. Dette selv om koordinatorene, omsorgsplaner og individuelle planer er på plass. Dette kan gi større grad av kontinuitet i tjenestene og sikre at endringer i pleiebehovet lettere kan bli oppdaget i sykehjem fremfor i omsorgsboliger, spesielt de som er uten fast bemanning.

Hensikten er i denne sammenhengen å påpeke likheter og forskjeller i de ulike boformene, ikke å vurdere hva som er best. Det er store forskjeller kommuner imellom, men også mellom tjenestesteder innenfor den enkelte kommune. Noen sykehjem har et godt rykte, andre har ikke. Noen kommuner har en godt fungerende hjemmetjeneste med utstrakt samarbeid med fastleger og behandlere, andre har ikke. Lovgivers intensjon er at pleie- og omsorgstjenestene skal tilpasses den enkelte, uavhengig av bosted. Det er derfor juridisk sett ingen ting i veien for at en person med store pleie- og omsorgsbehov i en frittstående omsorgsbolig mottar flere tjenester enn en ikke fullt så pleietrengende person bosatt i et sykehjem. Det er den enkeltes behov som skal styre hvilke tjenester som blir gitt. I praksis blir nok eldre med omfattende bistandsbehov i de fleste tilfeller gitt omsorg i sykehjem, mens omsorg for yngre med tilsvarende behov blir gitt i omsorgsbolig eller ordinært hjem.

#### TRYGGHET

Omsorgsboligene er ansett som «tryggere» ved at de er regulert av husleieloven, mens sykehjemsplassen kan flyttes. På den andre siden kan sykehjemmene være «tryggere» ved betydelige pleiebehov. Utviklingen går nå mot at omsorgsboliger med heldøgns bemanning kan representere en tilsvarende trygghet. Ved at bemanningen i omsorgsboligene trappes opp heller enn at en må flytte til et sted der tilstrekkelig pleie kan ytes, er vi kommet nærmere det uttalte målet at man skal kunne bli boende i egen bolig, inkludert i en omsorgsbolig, så lenge som mulig og gjerne livet ut.

#### FORDELINGEN STAT–KOMMUNE

Boliggjøringen av eldreomsorgen har ført til en ny fordeling av det økonomiske ansvaret mellom kommune og stat. Så lenge eldreomsorgen i hovedsak besto av sykehjem og aldershjem, var det kommunene som overtok det økonomiske ansvaret når innbyggerne ikke lenger kunne bo hjemme og flyttet inn i aldersinstitusjonen. Staten utbetalte pensjonen via folketrygden, denne ble så overført til kommunene som vederlag for institusjonstjenestene. Differansen mellom institusjonskostnaden og vederlaget ble dekket av kommunen.

I omsorgsboligene er det ikke lenger slik. Kommunen leier ut omsorgsboligen til selvkost. Det er dermed snakk om rimelige leiligheter i forhold til det ordinære boligmarkedet, og kommunen har små, hvis noen, utgifter på

selve boenheten. Den enkelte betaler sine daglige utgifter, subsidiert av staten – folketrygden og statlig bostøtte innebærer at utgiftene ikke overtas av kommunen slik de gjør i institusjonene, men er et spleiselag mellom staten og den enkelte. Det er dermed flere faktorer som bidrar til at omsorgsboligene kan være en hensiktsmessig investering sett fra et kommunaløkonomisk ståsted. På den andre siden er pleie- og omsorgstjenestene kommunale. Både praktisk bistand og hjemmesykepleie og hjemmetjenester til daglige behov er henholdsvis sterkt subsidiert og betalt av kommunen.

#### SAMORDNING AV BETALINGSORDNINGENE?

Som tidligere beskrevet blir både boligen og pleie- og omsorgstjenestene betalt for på ulike måter i og utenfor institusjon. Beboere med langtidsopphold i sykehjem betaler en viss prosentandel av inntekten sin og mottar bolig og omsorgstjenester i en pakke som vel kan kalles «all inclusive». De beholder en andel som kan benyttes til eget forbruk. Dette systemet likebehandler alle i den forstand at enhver yter etter evne og får etter behov. Kommunen betaler mellomlegget. En kan også si at et slikt system begunstiger arvingene da det ikke er noen forventning om at en eventuell boligformue, bankinnskudd eller liknende skal bidra til å betale for oppholdet, med unntak av eventuelle renter og avkastning på formue.

Beboere i omsorgsboliger er ansvarlige for sine egne utgifter. De betaler kost og losji, egenandeler for praktisk hjelp, lege og fysioterapi og andre utgifter som følger med en husholdning. Staten bidrar til helserelevante utgifter, hjelpemidler og en eventuell bostøtte, mens kommunen betaler for pleie- og omsorgstjenester. Dersom pensjonen og eventuelle andre inntekter ikke strekker til, kan det bli aktuelt å realisere boligen og formuen for de som har dette. I et generasjonsperspektiv kan det føre til et system som i mindre grad begunstiger arvingene. Man kan fra et økonomisk ståsted argumentere for at dette systemet i mindre grad likebehandler beboerne; den enkeltes ansvar for å betale egne utgifter overtas og utjevnes i mindre grad av det offentlige, samtidig som økonomiske skiller mellom de med høy og lav pensjon, boligformue og oppsparte midler, opprettholdes.

Taket på helseutgifter representert ved frikortene på helsetjenester, reguleringen av kommunenes anledning til å ta egenandeler for praktiske tjenester

og muligheten for å søke om bostøtte, utgjør til sammen et system som begrenser den enkeltes utgifter i forbindelse med økende hjelpebehov. Hjemmesykepleie og hjelp til personlig stell og egenomsorg er som sagt gratis. I boligene er nødvendige kostnader begrenset av utgiftstaket, mens i sykehjemmet er det regler for hvor mye man skal sitte igjen med til eget forbruk.

I Stortingsmelding nr. 45 (2002–2003) «Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene» drøfter regjeringen hvorvidt det er hensiktsmessig å samordne betalings- og finansieringsordningene for sykehjem og omsorgsboliger. Det blir påpekt at gjeldende finansieringsordninger er kompliserte og lite samkjørte, og at de har utilsiktede vridningseffekter som kan føre til samfunnsøkonomisk uheldig ressursbruk. Det fins insentiv, spesielt for kommunene, til å tilpasse seg ordningene uten hensyn til om det gir en samfunnsmessig god effekt.

I en analyse gjort av Hagen m.fl. (2011 kap 3), er det funnet at systemet kan være kostnadsvridende i den forstand at kommunene kan tilpasse tjenestetilbudet til hva som reduserer kommunens egne kostnader. Deres beregninger viser at det til en person med et hjelpebehov på 23 timer hjemmetjenester eller mer i uken, vil være kostnadmessig lønnsomt for kommunen å tilby institusjonsplass dersom brukeren har en disponibel inntekt over 5G, og plass i omsorgsbolig dersom brukeren har en inntekt under dette beløpet. Årsaken til dette er at noen av kostandene vil vris over på staten for personer med lav inntekt, gitt et visst hjelpebehov. For personer med mindre hjelpebehov vil omsorgsboliger lønne seg. Deres anbefaling er at finansieringssystemet for heldøgns omsorg harmoniseres slik at kommunenes valg og prioritering av tjenester evalueres opp mot faktiske kostnader og individuell og samfunnsøkonomisk nytte, ikke kommunal lønnsomhet.

Det er påpekt at to parallelle, men svært ulike systemer for finansiering og brukerbetaling i og utenfor institusjon, er problematisk. Systemene er dessuten lite tilpasset tjenesteutviklingen i kommunene de siste årene. Foruten å skape større oversiktighet er det viktig «å sikre at brukerne som tar imot de samme tjenestene, ikke skal måtte betale svært ulike beløp fordi de tar imot tjenestene i ulike boformer» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010–11). Forslaget ble sendt på høring, men våren 2005 ble det besluttet ikke å foreslå

en likestilling av finansieringen i sykehjem og omsorgsboliger. Problemstillingen er igjen aktualisert i stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg». Ifølge denne vil regjeringen på ny sette i gang en utredning om finansierings- og egenbetalingsordninger for ulike boformer (St.meld. nr. 29, 2012–13).

## Avslutning

Denne gjennomgangen viser at det i lovverket og de offentlige dokumentene er forskjeller mellom sykehjem og omsorgsbolig, men at disse forskjellene er mindre enn hva en i utgangspunktet skulle tro. Om vi i tillegg ser på ordningene slik de finnes ute i kommunene, er det liten tvil om at vi har fått «sykehjem i egen bolig, og egen bolig i sykehjem» (St.meld. nr. 29, 2012–13). Lovtekstene og forskriftene legger opp til at den enkeltes behov skal tillegges vekt, men innenfor kommunens økonomiske rammer. Det er ikke definert hvilke tjenester vi som borgere har krav på, kun hvilke behov de offentlige tjenestene skal dekke. Det nåværende systemet legger opp til at kommunene selv kan vurdere om de vil investere i sykehjem, i omsorgsboliger eller i begge deler. Dette kan få uheldige konsekvenser for likebehandlingen, da tilsvarende tjenester kan betales og reguleres på svært ulike måter. Det kan også få uheldige vridningseffekter der kommunene kan velge løsninger som ikke er fordelaktige fra et samfunnsøkonomisk ståsted, men rasjonelt for kommunens økonomi, isolert sett.

Beboere i sykehjem, omsorgsboliger og i egne, ordinære boliger skal motta «nødvendige helse- og omsorgstjenester». Det er ikke bestemte krav til bemanning hverken i eller utenfor institusjon, og pleie- og omsorgstjenestene ved omfattende behov er under alle omstendigheter gratis. I realiteten står kommunene temmelig fritt til å forme sine sykehjem og omsorgsboliger, og den omsorg som skal ytes innenfor disse rammene, slik de selv ønsker det. Forskning har vist at tilfredsheten blant brukerne og deres pårørende i liten grad påvirkes av kommunes tjenesteprofil, det vil si om kommunen har valgt å satse på sykehjem eller omsorgsboliger (Hjelmbrekke et al., 2011). Det er først og fremst *volumet* på tjenestene som påvirker hvor fornøyde brukerne er.



## 3 Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene

Svein Olav Daatland og Berit Otnes

---

*Er boliggjøring en rimelig karakteristikk for utviklingen av eldreomsorgen de siste tjue årene? Kapitlet beskriver utviklingen av eldreomsorgen siden 1960-tallet med særlig vekt på de siste tjue årene, etter det vi har kalt en vending av omsorgspolitikken kjennetegnet ved framveksten av omsorgsboligene. Statistikken viser at det har vært en viss bevegelse i retning av en mer boligorientert omsorg, men institusjonsomsorgen står fortsatt sterkt i Norge, og sykehjemmet tar brorparten av ressursene i eldreomsorgen. Eldreomsorgen skiller seg i så måte fra «yngreomsorgen», som er av-institusjonalisert, og Norge skiller seg fra Danmark og Sverige, som har av-institusjonalisert også eldreomsorgen. Hvorfor disse forskjellene? Og hva betyr de i praksis?*

### Innledning

Utviklingen av eldreomsorgen kom i hovedtrekk til å følge i de spor som var trukket opp av Gjærevoll-utvalget og Velferdsmeldingen tidlig på 1990-tallet og kort skissert i kapittel 1. Rammene ble utvidet i flere omganger under den påfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen. Det ble dermed bygget og modernisert langt flere omsorgsboliger og sykehjem enn opprinnelig planlagt, men prioriteringene endret seg fra å dreie seg primært om såkalte selvstendige omsorgsboliger innledningsvis, til et større innslag av bofellesskap og sykehjem etterhvert. Anbefalinger om å prioritere de mer kollektive boformene kom allerede etter to–tre års erfaringer med den statlige tilskuddsordningen til omsorgsboliger og sykehjem som ble opprettet i 1994. I Sosial- og helsedepartementets veileder fra 1997 het det for eksempel at «pleien og omsorgen for personer med alvorlig demens bør foregå i lovregulerte boformer, fortrinnsvis i form av bokollektiv eller skjermede enheter i sykehjem».

Rent økonomiske hensyn kunne ellers tale for å prioritere omsorgsboliger, som var mindre regulert hva gjelder bemanning og drift enn sykehjem. En satsning på omsorgsboliger burde være økonomisk gunstig også fordi kommunene dermed fikk større overføringer indirekte fra staten i form av



bostøtte, medisiner og hjelpemidler til beboerne. Men store deler av opinionen og fagmiljøet var bekymret for at den mindre strenge reguleringen av omsorgsboligene kunne utnyttes av kommunen og resultere i at man fikk omsorgsboliger uten tilstrekkelig omsorg.

Med tanke på de store midlene som ble satset, er det overraskende lite presise opplysninger om hva som ble resultatet: Summariske tall viser at anslagsvis 19 000 nye omsorgsboliger og 5–6 000 nye sykehjemsplasser ble bygget i løpet av selve handlingsplanen (1998–2005). Ytterligere ca. 5 000 omsorgsboliger og 1–2 000 sykehjemsplasser var anlagt i årene umiddelbart *før* handlingsplanen (1994–1997). Til gjengjeld forsvant 5–6 000 aldershjemsplasser i disse årene. Det ble dermed ingen tilvekst av institusjonsplasser alt i alt, men en omprofilering ved at aldershjemmene ble lagt ned eller omgjort til sykehjem eller omsorgsboliger. Sykehjemmene ble på sin side «hjemliggjort» ved å opprustes boligmessig, primært ved å tilby enerom til alle, eller mer presist, til de aller fleste.

Tallene varierer noe fra kilde til kilde, og det er ikke alltid klart om det telles lånetilsagn, planer eller ferdigstilte plasser. Risikoen er stor for at noen prosjekter er talt flere ganger. Statistisk sentralbyrås brukerstatistikk for omsorgstjenestene burde derfor være den tryggeste datakilden, fordi den teller hvor mange som er rapportert å bo i de aktuelle boformene. Vi holder oss derfor til denne statistikken og innleder med å oppsummere dagens mønster, før vi i korte trekk oppsummerer utviklingen som har brakt oss hit. Hovedvekten legges på de siste tjue årene, men med et blikk bakover for å trekke opp de lengre linjene. Dagens mønster er nedfelt i bygninger og tenkemåter som legger føringer for seinere valg. Det er dette som gjerne kalles sti-avhengighet (path dependence), og som kan hjelpe oss å forklare stabiliteten i etablerte ordninger og motstanden mot endring. Erfaringene viser imidlertid at lengre perioder av konsolidering og stabilitet fra tid til annen blir brutt av perioder med reform og avvik fra tradisjonen (path departure) (Esping-Andersen, 2002). Var vi nå ved et slikt veiskille?

Pleie- og omsorgstjenester ytes i hovedsak som kortvarige eller langvarige opphold i sykehjem (institusjon), som opphold i omsorgsbolig med mer eller mindre integrerte tjenester, og som hjemmesykepleie og praktisk hjelp i ordinære boliger og omsorgsboliger. Det fins også et varierende mangfold av andre

tjenester og kontantytelser så som trygghetsalarm, matombringing, tekniske hjelpemidler og omsorgslønn, som hver for seg kan være vesentlige detaljer i det samspillet som må til i et omsorgssystem (Daatland, 1983, Sundström et al., 2011, Mørk et al., 2013). Noen ordninger blir overveiende brukt av yngre (f.eks. omsorgslønn), andre overveiende av eldre (f.eks. sykehjem). Denne rapporten konsentrerer seg som nevnt om eldreomsorgen. Hovedspørsmålet i dette kapitlet er om boliggingjoring er en rimelig karakteristikk for utviklingen av eldreomsorgen de siste tjue årene?

## Dagens mønster

I 2012 bodde 44 800 i boliger som kommunene disponerer for pleie- og omsorgsformål, nær to tredeler (28 400) av disse i «omsorgsboliger» (som er oppført med tilskudd fra Husbanken etter 1994) og 16 400 i «andre boliger» (som trolig er anlagt tidligere). Nær like mange (43 400) er i institusjon, stort sett i sykehjem, og av disse er nær 80 prosent (34 200) på varig opphold, de øvrige på korttidsopphold (tabell 3.1). Korttidsopphold kan være for ulike formål, som avlastning, rehabilitering eller av andre grunner, herunder at man rutinemessig blir registrert for korttidsopphold først, og deretter overført til varig opphold.

Det er altså omtrent like mange bosatte i boliger for omsorgsformål som i institusjoner, men *varig opphold* i institusjon er praktisk talt bare for eldre (98 prosent er over 67 år), og det dreier seg i dag overveiende om sykehjem (tabell 3.1). Yngre mennesker får sine varige omsorgstilbud i en omsorgsbolig eller en ordinær bolig, men kan ha kortvarige opphold i institusjon. Nær 30 prosent av brukerne på korttidsopphold er under 67 år, og da dreier det seg som regel om avlastningsopphold.

Nær 40 prosent av boligene for omsorgsformål har heldøgns bemanning, uvisst hvor mye, 15 prosent har bemanning deler av døgnet og de resterende 45 prosentene er uten egen bemanning. Det siste er vanligere for eldre enn for yngre. Eldreomsorgen ser ut til å følge en omsorgstrapp, med sykehjemmet som øverste og siste trinn. Heldøgnsbemannede omsorgsboliger er relativt vanligere for yngre, og illustrerer at omsorgstjenestene om nødvendig investerer svært store ressurser for at yngre med omfattende hjelpebehov skal kunne bo utenfor institusjon, i noen tilfeller langt mer enn hva en sykehjemsplass koster.

Det er mindre vanlig med omsorgsbolig for eldre med store bistandsbehov. Over 60 prosent (62) av eldre med «omfattende bistandsbehov», slik dette er definert i IPLOS, får sitt omsorgstilbud i sykehjem, mens dette gjelder under 10 prosent (8) av yngre med omfattende bistandsbehov (Kilde: Upubliserte tall fra SSB).

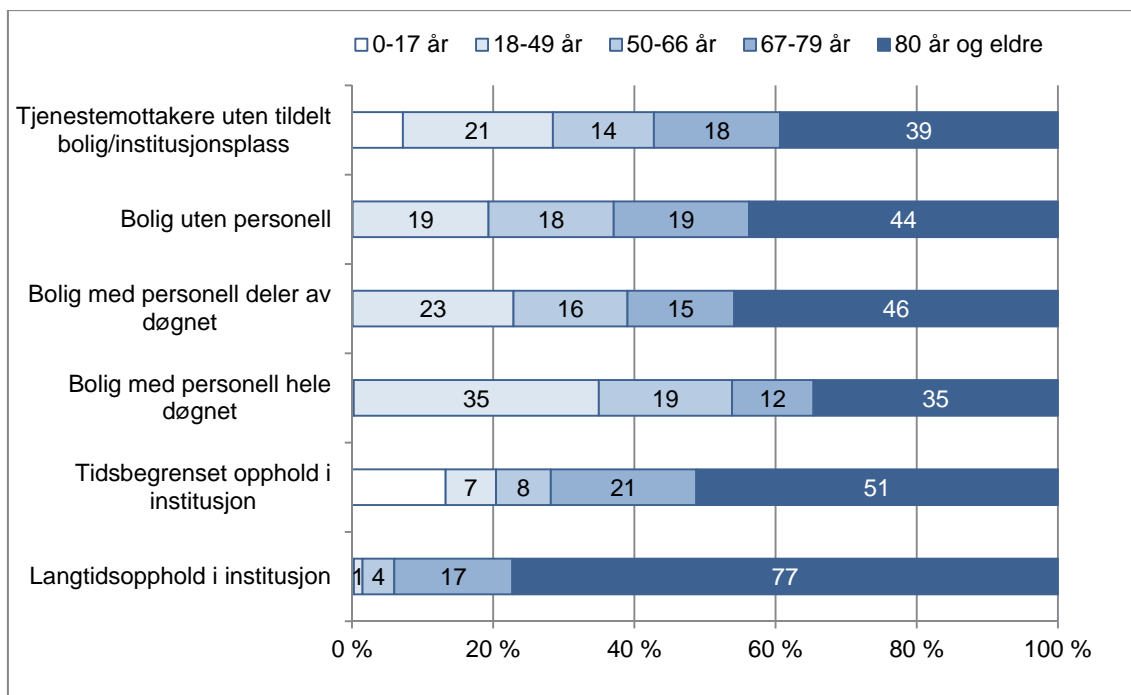
**Tabell 3.1: Antall brukere etter tjeneste og alder, 2012.**

	Alle	Under 67 år	67 år+
<b>Aldersinstitusjoner</b>	<b>43 400</b>	<b>4 700</b>	<b>38 700</b>
korttidsplass	9 200	2 700	6 500
langtidsplass	34 200	2 000	32 200
<b>Boliger</b>	<b>44 800</b>	<b>19 200</b>	<b>25 600</b>
bemannet hele døgnet	16 400	8 800	7 700
bemannet deler av døgnet	6 600	2 500	4 100
uten bemanning	19 300	6 600	12 700
ubesvart om bemanning	2 500	1 300	1 200
<b>Hjemmetjenester i ordinær bolig</b>	<b>182 600</b>	<b>78 300</b>	<b>104 300</b>
<b>Sum alle brukere</b>	<b>270 800</b>	<b>102 200</b>	<b>168 600</b>

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

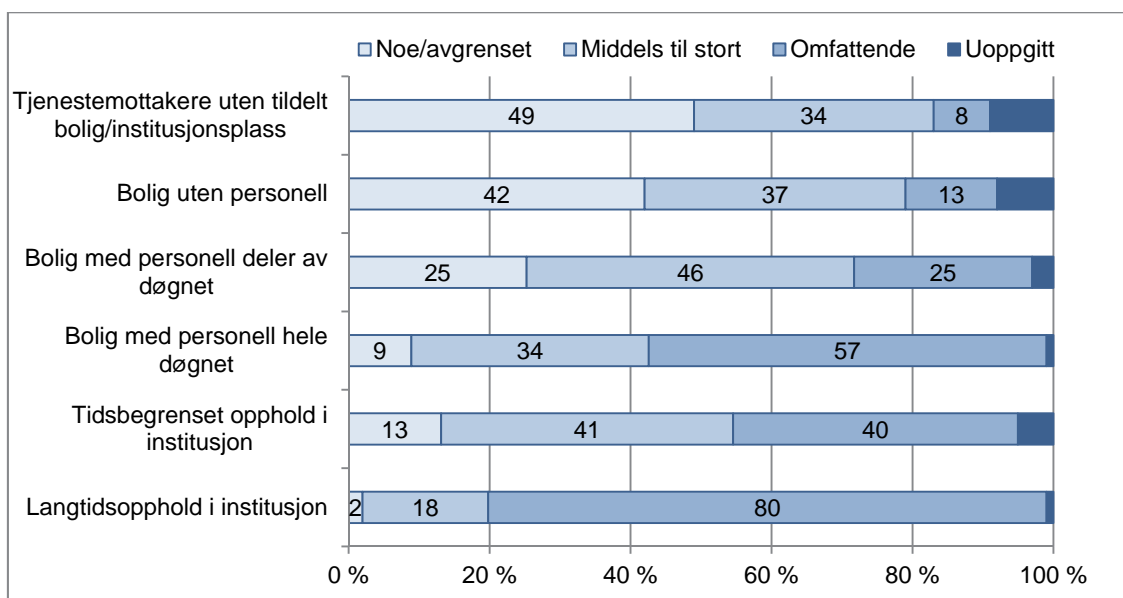
Det store flertallet av tjenestebrukerne har nokså moderate behov. De fleste eldre brukerne får hjemmetjenester i sin ordinære bolig (67 prosent) eller i en omsorgsbolig (17 prosent), men oftest med ganske lite hjelp hver og en (Borgan, 2012, Mørk et al., 2013, Ramm, 2013). Bare 16 prosent av de eldre brukerne er i sykehjem, men til gjengjeld går nær tre av fire kroner (72 prosent) av den kommunale eldreomsorgen til disse (Kjelvik, 2012). Hvorvidt dette er en rimelig fordeling som svar på behovene, eller denne fordelingen er forklart av andre hensyn – økonomiske eller ideologiske – er vanskeligere å avgjøre.

Fordelingen av alder og bistandsbehov for brukere i ulike boformer er vist i figur 3.1 og 3.2. Her ser vi at sykehjem, og især langtidsopphold i sykehjem, har den eldste og tyngste brukerprofilen. Her er 77 prosent 80 år og over (figur 3.1), og 80 prosent har omfattende bistandsbehov, slik IPLOS definerer det (figur 3.2). Vi ser også at boliger med heldøgns bemanning benyttes oftere av yngre enn eldre (figur 3.1). Begge mønstre er uttrykk for at eldre med omfattende behov normalt gis et tilbud i sykehjem, men at yngre med omfattende bistandsbehov får sitt tilbud i en omsorgsbolig, og gjerne i en bolig med heldøgns bemanning.



Kilde: Mørk et al, 2013

**Figur 3.1. Aldersfordeling blant tjenestemottakere med ulike bosituasjoner, 2012.**



Kilde: Mørk et al, 2013

**Figur 3.2. Fordeling etter bistandsbehov blant tjenestemottakere med ulike bosituasjoner, 2012.**

Det store flertallet (80 prosent) av beboerne på langtidsopphold i sykehjem har altså omfattende bistandsbehov, slik dette blir vurdert i IPLOS. Boliger med heldøgns bemanning har også et flertall av beboere med omfattende

behov, men færre (57 prosent) enn i sykehjem (80 prosent) (figur 3.2). Dernest følger trinnvis færre med omfattende behov i de øvrige boformene. Beboere i omsorgsboliger uten bemanning skiller seg ikke vesentlig fra brukere med hjemmetjenester i den ordinære boligmassen. Det er ellers tydelig at de ulike typer av omsorgsboliger (med og uten bemanning) brukes for nokså ulike grupper og formål.

Bolig- og tjenestetilbudet for eldre er tilsynelatende ordnet langs en trapp fra lavere til høyere behov, men neppe fordi hver bruker følger denne trappen, der de etter en periode med hjemmetjenester i eget hjem dernest flytter i ubemannet omsorgsbolig og så trinn for trinn videre til mer bemannede omsorgsboliger og til slutt i sykehjem. Noen følger nok en slik «sti», men vi vet foreløpig ikke hvor vanlige eller uvanlige de ulike forløpene er. Romørens (2001) forløpsstudie fra Larvik på 1990-tallet var kanskje den første som kartla dette forløpet, men Romørens resultater er nok ikke like gyldige for andre kommuner og for seinere år. Resultatene viste under alle omstendigheter at behovs- og tjenesteforløpene er nokså mangfoldige, og at et ikke ubetydelig mindretall, spesielt blant menn, dør så og si «med støvlene på», etter et kort sykeleie i sykehus.

Brukerne følger altså ulike forløp inn og ut av tjenester som til sammen danner det observerte mønsteret, fordi behovene utvikler seg ulikt fra person til person, og fordi tilbud og typer av tjenester er forskjellige fra kommune til kommune. Noen får behov for hjelp tidlig, andre seint. Noen følger en bratt, andre en slakere kurve. Det er først de aller siste årene, og via IPLOS, at statistikken gir muligheter for å følge slike behovs- og brukerstier i flere kommuner, og herunder kunne se hvor vanlig eller uvanlig det er å bo i omsorgsbolig livet ut, og hvor (u)vanlig det er å ha omsorgsboligen som en mellomstasjon på veien til sykehjemmet. Mer om dette følger i kapittel 5.

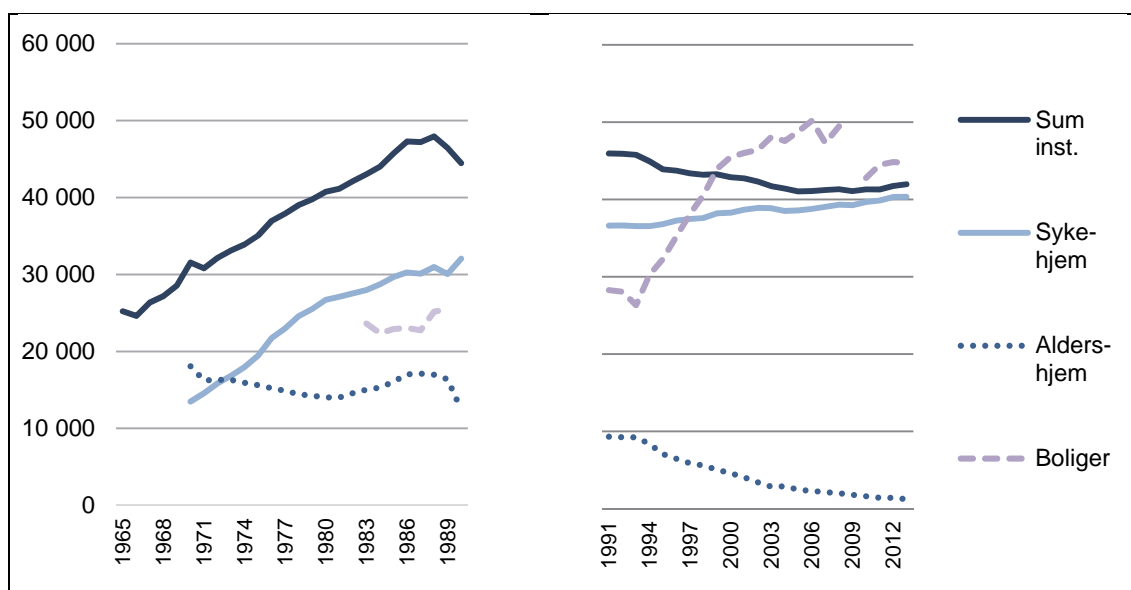
Figur 3.2 illustrerer også at selv om det er betydelige forskjeller i alder og bistandsbehov for de ulike bo- og omsorgsformene i gjennomsnitt, er det også et betydelig overlapp *mellom* dem, som viser at de i noen tilfeller brukes for samme grupper og formål. Dette blir også illustrert ved at det er betydelig lokal variasjon i volumet og profilen av tjenester, fra kommuner som prioriterer sykehjem til de som prioriterer omsorgsboliger og åpen omsorg. Mer om den lokale variasjonen følger i neste kapittel (kapittel 4). Vi kan foreløpig bare

konstatere at hver fjerde tjenestemottaker med «omfattende omsorgsbehov» bor i en vanlig bolig, nær like mange bor i en omsorgsbolig, de øvrige – alt i alt 53 prosent – bor i sykehjem (Mørk et al., 2013).

«Eldreomsorgen» er gjennomgående ganske forskjellig fra «andreomsorgen» ved at den fortsatt er i overveiende grad en institusjonsbasert omsorg i den forstand at brorparten av ressursene, nær tre av fire kroner, går til sykehjemmene. Omsorgen for andre og yngre grupper er praktisk talt fullt ut boliggjort i den forstand at nær alle – uansett hvor omfattende bistandsbehov de har – gis et tilbud i en omsorgsbolig eller en ordinær bolig.

## Utviklingslinjer

Figur 3.3 og 3.4 oppsummerer utviklingen av «omsorgsplasser» (i institusjon og omsorgsbolig) de siste ca. femti årene, i figur 3.3 for den tidlige perioden (1965–1990) og i figur 3.4 for den seinere (1991–2012). Statistikken har varierende kvalitet. Den har blitt mer detaljert og mer pålitelig over tid, men tallene bør uansett ses som omtrentlige og tolkes med forsiktighet.



**Figur 3.3: Omsorgsplasser per boform 1965–90**

**Figur 3.4: Omsorgsplasser per boform 1991–2012.**

Kilde: Statistisk sentralbyrå.

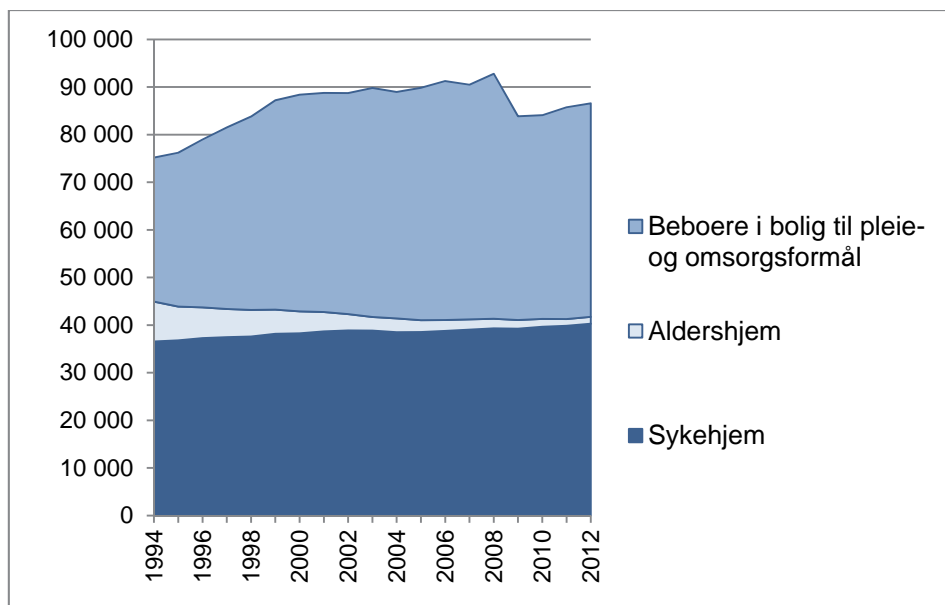
Figur 3.3 viser hvordan aldershjemmet var det vanligste omsorgstilbudet for eldre inntil tidlig på 1970-tallet. Deretter var det sykehjemmet som ble prioritert. Sykehjemmene ble lagt inn under sykehusloven i 1970, som fylkets

ansvar, og utbyggingen ble stimulert av store statlige overføringer. Inntil da hadde aldershjemmene vært et kommunalt ansvar, mens sykehjemmene ofte var private og drevet av humanitære organisasjoner, men med offentlig finansiering. Fra nå av ble nye institusjoner anlagt som sykehjem og i offentlig regi. Antall sykehjems plasser ble fordoblet det påfølgende tiåret, fra ca. 13 000 i 1970 til ca. 26 000 i 1980, en utbygging som i volum bare kan sammenliknes med utbyggingen av omsorgsboligene under handlingsplanen for eldreomsorgen tjue år seinere.

Aldershjemmene holdt lenge stand, men ble etterhvert faset ut i forbindelse med utbyggingen av omsorgsboligene på 1990-tallet. Da var ansvaret for sykehjemmene nettopp tilbakeført til kommunene (i 1988), og tidligere års særomsorger ble integrert og desentralisert. Et nytt inntektssystem for kommunene ble samtidig innført, som innbød til å prioritere de mest kostnadseffektive løsningene. Utfasingen av aldershjemmene må ses i denne sammenhengen. Aldershjemmene ble erstattet av sykehjem og især av omsorgsboliger, eller som noen kanskje ville si, at omsorgsboligene ble det nye aldershjemmet.

For sykehjemmet er det derimot de lange linjer som gjelder. Den store veksten kom med 1970-årene, men volumet holdt seg deretter, ja det har vært en viss økning av antall sykehjems plasser i alle årene siden (figur 3.4). Det samlede tilbudet av institusjons plasser (alders- og sykehjem) gikk derimot ned på grunn av nedbyggingen av aldershjemmene, som ble erstattet av de nye omsorgsboligene.

Det samlede tilbudet av omsorgs plasser er vist i figur 3.5 som kumulative tall, ved at sykehjems plassene er lagt i bunnen av figuren, med plasser i aldershjem og dernest omsorgsboliger lagt til ovenfor. Vi ser da at det samlede antallet omsorgs plasser har økt fra ca. 75 000 tidlig på 1990-tallet til ca. 88 000 i dag (2012), hvorav 64 000 er tildelt eldre (se også tabell 3.1). Storparten av økningen har kommet i form av omsorgsboliger, men blant disse er inkludert både boliger med og uten fellesskaps løsninger og egen bemanning, som gjør det vanskelig å vurdere hvorvidt og hvor langt de nye boligene representerer like beskyttede tilbud som de utfasede aldershjemmene.



**Figur 3.5. Kumulativt antall omsorgsplasser etter boform**

Statistisk sentralbyrås statistikk viste lenge for høye tall for boliger for omsorgsformål, fordi de summariske tallene fra kommunene inkluderte også boliger for andre formål. Først fra 2010 ble slike boliger registrert som en individuelt tildelt tjeneste på linje med øvrige tjenester, som resulterte i en korrigering av statistikken nedad i størrelsesorden 10 000 plasser. Dette er illustrert ved et fall i kurvene for boliger i figur 3.4 og 3.5 for det aktuelle året. Antallet har deretter øket noe til dagens ca. 45 000 plasser. Figur 3.5 viser ellers at det samlede antall institusjonsplasser (alders- og sykehjem) har blitt noe mindre, men at det samlede antall plasser i institusjoner og boliger for omsorgsformål har øket noe.

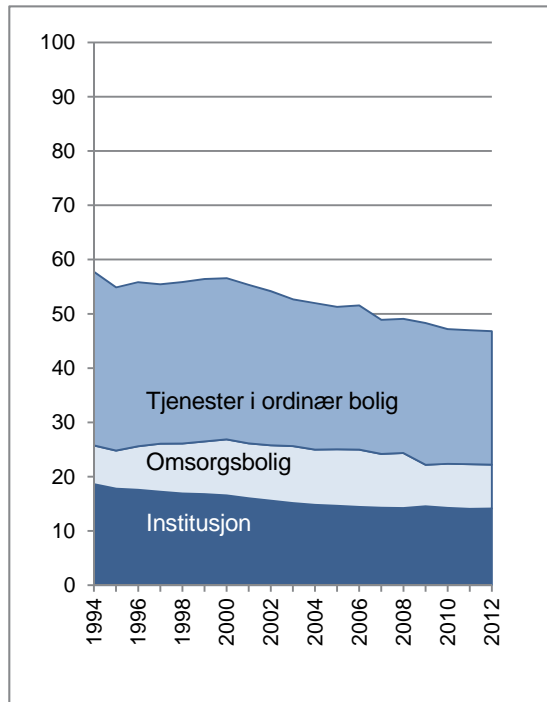
Fordi det også har blitt flere eldre i disse årene, så har «dekningen» (antall plasser og tjenester i forhold til eldrebefolkningen) blitt lavere. Målt på denne måten er institusjonsdekningen betydelig redusert de siste tjue årene, fra å omfatte 19 prosent av befolkningen over 80 år i 1994 til å omfatte ca. 14 prosent i 2006 med et stabilt nivå deretter. Nedgangen er langt på vei forklart ved nedbyggingen av aldershjemmene. Sykehjemsdekningen har bare blitt beskjedent lavere. Utbyggingen av omsorgsboliger har omtrent kompensert for nedbyggingen av aldershjemmene, noe som ga Departement og Regjering grunnlag for å konkludere at de hadde oppnådd det måltall på 25 prosent av såkalt «heldøgns omsorgsplasser» for befolkningen 80 år og over som de satte for Handlingsplanen.



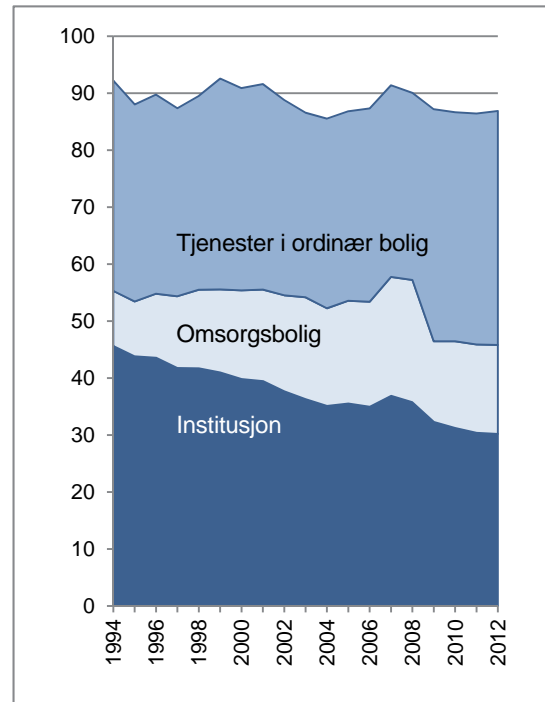
Figur 3.6 og 3.7 viser *dekningen* av tjenester siden 1994, i figur 3.6 som andel av befolkningen 80 år og over og i figur 3.7 med tilsvarende tall for de eldste, de som er over 90 år. I disse to figurene er også inkludert de hjemmebaserte tjenestene for å gi et mer helhetlig bilde. Vi har her lagt til grunn at beboerne i omsorgsboliger også har hjemmetjenester. Andel med hjemmetjenester i den ordinære boligmassen, som er vist ved det øverste feltet, framtrer dermed som differansen mellom alle hjemmetjenestebrukere og beboere i omsorgsboliger. I realiteten har et mindre antall av disse beboerne ikke hjemmetjenester (ca. ti prosent). Figuren undervurderer dermed det faktiske antall tjenestebrukere i den ordinære boligmassen, men denne feilen er ganske liten, og berører ikke den samlede andel brukere.

Figur 3.6 viser da at i underkant av 50 prosent av de over-åtti-årige er i dag (2012) brukere av omsorgstjenester, en andel som er redusert fra nær 60 prosent i 1994. Nær 90 prosent av befolkningen over 90 er mottakere av omsorgstjenester (figur 3.7). Noe over halvparten av de over-åtti-årige, og tifemten prosent av de over-nitti-årige, bruker altså ingen tjenester og klarer seg selv uten hjelp eller med hjelp bare fra familie eller naboer. Hvorvidt denne nedgangen av bruksrater (dekning) skal tolkes som en svekkelse av omsorgstilbudet, eller snarere er et svar på en bedret folkehelse, er vanskeligere å si. En viss grad av utsatt sykkelighet har nok skjedd i disse årene, slik at den gjengse 85-åringen av i dag har noe bedre funksjonsevne enn hans og hennes jevn gamle for tjue år siden.

Merk ellers at figuren bare teller antall hjelpemottakere, ikke hvor mye hjelp den enkelte får. Når ressursene er knappe, er man tilbøyelig til å prioritere de svakeste, men vi ser at institusjonsratene har falt også for de eldste, fra ca. 45 prosent til noe over 30 prosent for de over-nitti-årige i perioden 1994–2012. De fleste bor altså hjemme i storparten av sine gamle år, og klarer seg med egen og andres hjelp i eget hjem, og for noen av dem er dette egne hjemmet en omsorgsbolig.



**Figur 3.6. Bruksrater etter tjeneste for befolkningen 80 år og over 1994–2012.**  
Kilde: Borgan 2013.



**Figur 3.7. Bruksrater etter tjeneste for befolkningen 90 år og over 1994–2012.**  
Kilde: Borgan 2013.

Tilgangen til tjenester har altså gått noe ned de siste 10–20 årene, også for de aller eldste, og for dem primært ved at relativt færre er i sykehjem. De flytter trolig seinere i sykehjem, og blir der i kortere tid før de dør. Dette mønsteret er nok ikke bare forklart av større selvhjulpenhet blant nye årskull av gamle, men også av endringer i tilbudet og profilen av omsorgstjenester, og herunder i tilbudet av omsorgsboliger.

Men hvor vanlig eller uvanlig er en boligorientert omsorgsmodell for norske kommuner? Hva kjennetegner kommuner som har utviklet en slik modell, og dreier det seg da om en samlet strategi for en åpen og boligorientert omsorg eller om mer tilfeldige tilpasninger? Dette er temaet for neste kapittel, men la oss først oppsummere utviklingen for landet som helhet, og sammenlikne med utviklingen hos våre to nærmeste naboer, Sverige og Danmark.

## Boliggjort?

Utviklingen viser at den norske eldreomsorgen langt fra er boliggjort, men at det har vært en bevegelse i boliggjørende retning. Omsorgsboliger har overtatt for aldershjem, men sykehjemmet har langt på vei holdt stand. Den samlede dekkningen av omsorgsplasser har blitt noe lavere, som kan tas som uttrykk for

at det samlede tilbudet for eldre med omfattende bistandsbehov er blitt lavere, en nedgang som kanskje er delvis kompensert av en strammere prioritering til «de som trenger det mest». Nedgangen i institusjonsdekning startet for øvrig i forkant av 1994 og dermed i forkant av satsningen på omsorgsboliger. Kommunene visste nok hva som skulle komme og stilte trolig institusjonsbyggingen i bero i påvente av tilskuddene som var varslet for omsorgsboliger.

Figurene og tallseriene gir ellers inntrykk av at den norske eldreomsorgen er preget av stabilitet og lange linjer, men med enkelte episoder som tar utviklingen i den ene eller andre retningen, så som utbyggingen av sykehjemmene i 1970-årene og satsningen på omsorgsboligene under Handlingsplanen ved overgangen til 2000-tallet.

Skulle vi karakterisere utviklingen i faser tiår for tiår, kunne vi si at med 1950-tallet kom et statlig ansvar for eldreomsorgen. Før den tid var eldreomsorgen et rent kommunalt anliggende og ensbetydende med gamlehjem, og før dette fattigforsorgen. Midt på 1950-tallet fikk vi den første offentlige meldingen om eldreomsorgen, Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle (Strømkomiteen), som varslet høyere statlige ambisjoner også for denne delen av velferdsstaten. Et statstilskudd til hjemmesykepleie fulgte i 1959 og til hjemmehjelp i 1969, som forteller om en institusjonalisering av den hjemmebaserte omsorgen i disse årene. Antall mottakere av hjemmebaserte tjenester ble femdoblet fra 1965 til 1975, og materialiserte prinsippet fra den nye lov om sosial omsorg i 1964, der det formelle ansvaret mellom voksne generasjoner ble avvirket og ansvaret overtatt av velferdsstaten, i det minste formelt sett. Familieomsorgen var naturligvis ikke over i og med dette, men fortsatte, men fra nå av bare forpliktet av uformelle normer.

1970-tallet var sykehjemmets tiår, som i bredere forstand også representerte en profesjonalisering og medikalisering av eldreomsorgen. Sykehjemmene ble lagt inn under fylket og sykehusloven i 1970, og utbyggingen ble stimulert av store statlige overføringer, som resulterte i en dobling av antall sykehjems plasser mellom 1970 og 1980.

Med 1980-årene fulgte administrative reformer. Omsorgstjenestene ble integrert og desentralisert til kommunene, mens øremerkede statlige bevilgninger ble erstattet av generelle rammetilskudd, der staten styrte i stort, og

kommunene i smått. Hensikten var å kontrollere de samlede utgiftene og å gi insentiver for mer kostnads-effektive prioriteringer, og herunder ulike former og grader av privatisering.

Så fulgte boligjøringen på 1990-tallet, en fase vi fortsatt er i, der grenseoppgangen mellom sykehjem og omsorgsboliger flyter, der boligjøring har blitt gjennomført for yngre, men institusjonsomsorgen – sykehjemmene – langt på vei holder stand i eldreomsorgen.

Desentraliseringen på 1980-tallet har ikke forhindre at staten har spilt en aktiv rolle i styringen av omsorgspolitikken også etter den tid, både via lovgivning, politiske føringer og øremerkede tilskudd. Eldreomsorgen er riktig nok et kommunalt ansvar, men er samtidig et nasjonalt anliggende som står høyt på den politiske dagsorden og frister politikere til å markere seg og sitt parti med detaljerte anvisninger og retningslinjer for hva som bør prioriteres og hvordan. Den private sektor har foreløpig lite omfang, og mindre enn i Sverige og Danmark, men ulike former for privatisering er i vekst, især i store byer, der det er marked for flere aktører.

Hva utviklingen har betydd i praksis for eldre mennesker og deres pårørende, er et sammensatt spørsmål som kanskje best kan besvares «innenfra». Sykehjemmene har, som nevnt, blitt opprustet boligmessig, men vi vet mindre om det indre livet i sykehjem og omsorgsboliger og hvordan de balanserer hensynet til «hjem» og «behandling». Sett utenfra preges eldreomsorgen fortsatt av to regimer, av åpen omsorg og omsorgsboliger på den ene sida, og av sykehjem og institusjonsomsorg på den andre, der den sistnevnte fortsatt står sterkest i Norge.

Den typen data som vi foreløpig har holdt oss til er ikke tilstrekkelige for å kunne vurdere graden av boligjøring og hva utviklingen betyr i praksis. Dreier det seg om gammel vin på nye flasker eller om vesensforskjellige omsorgsformer? Er det først og fremst et spørsmål om penger og frihetsgrader; at en de-regulering fra institusjon til bolig gir større fleksibilitet i bruk av ressurser fra kommunens side, men også større risiko for beboerne? Lar den typen behov vi snakker om her forvaltes trygt også utenfor sykehjem, og i så fall like godt, ja bedre, om det gis tilstrekkelig omsorg og fellesskap til omsorgsboligene? Eller er behovenes karakter av en slik art at de er best forstått som medisinske problemer, og best beskyttet i en helseinstitusjon som et sykehjem?

Hva er det da ved sykehjemmet som er avgjørende, og hva er det ved omsorgsboligen som ikke er godt nok, eller trygt nok?

Ifølge Kane og Kane (2005) er det et internasjonalt fenomen at institusjonsomsorgen står sterkt nettopp i eldreomsorgen. Eldreomsorg gis oftere i institusjon, den er mer paternalistisk, og den har trangere rammer for hjemmebaserte tjenester enn omsorg for andre grupper. Kane og Kane ser dette som en form for strukturell alderisme, ved at ordninger som er forkastet for andre fortsatt regnes som egnet for eldre mennesker. En tilsvarende kritikk kom fra britiske Peter Townsend (1962, 1981, 1986) på 1980-tallet, som så institusjonsomsorg som uttrykk for en strukturelt skapt avhengighet av eldre i og av det moderne samfunnet. Townsends kritikk er mindre treffende for moderne norske sykehjem enn for de tradisjonelle aldershjemmene i England på 1960-tallet, som hans bok «The last refuge» (Det siste tilfluktsted) tok for seg. Det er under alle omstendigheter et tankekors at institusjonsomsorgen har så ulik status i omsorgen for eldre sammenliknet med andre grupper, en forskjell som «ber om» en forklaring. Det samme gjelder de nordiske kontrastene på området.

## Nordiske kontraster

Institusjonsdekningen var på sitt høyeste midt på 1970-tallet i Sverige og Danmark. En de facto ned-institusjonalisering startet altså i disse landene i god tid før den tiltakende boligorienteringen vi kjenner fra 1990-årene. Nedgangen i institusjonsdekning ble særlig stor i Sverige (fra et særdeles høyt nivå), dernest i Danmark, men kom seinere og ble mer moderat i Norge. Norge hadde den laveste institusjonsdekningen av de tre under institusjonsomsorgens storhetstid omkring 1975, men hadde den høyeste dekningen av de tre ved inngangen til 1990-årene (Daatland, 1997, 1999).

Til gjengjeld var det en tidligere og sterkere utbygging av eldreboliger av ulike slag i våre to naboland, som langt på vei, men ikke fullt ut, kompenserte for reduksjonen i institusjonsdekning (Szebehely, 2005). Danmark avvirket så å si sin institusjonsomsorg i og med innføringen av en egen eldreboliglov i 1987. Fra da av var det ikke lenger adgang til å bygge «plejehjem», som de danske aldersinstitusjonene ble kalt. Nå var det «eldreboliger» som gjaldt. Seinere kom også «plejeboliger» til, som en mellomform mellom ordinære

eldreboliger og de tidligere pleiehjemmene, men også disse regulert som boliger, der beboeren betaler husleie og disponerer sin bolig som i den ordinære boligmassen. Allerede etablerte «pleiehjem» og et mindre antall «beskyttede boliger» og «lette kollektivboliger» kunne fortsette som før, men ingen nye institusjoner av disse typer kom til, og det gamle regimet ble dermed gradvis faset ut. Det generøse omfanget av hjemmetjenester i nettopp Danmark kan ha sammenheng med dette, for boligene betjenes normalt nettopp av hjemmetjenester (Lewinter, 2004).

Sverige fulgte etter i danske spor i og med Ädel-reformen i 1992, da ansvaret for tidligere særomsorger ble integrert og desentralisert til kommunene (Paulsson, 2002). Institusjonsomsorgen ble da avsluttet så å si med et pennestrøk ved at tidligere «alderdomshem» og «sjukhem» ble slått sammen med tidligere «servicehus» og «bokollektiver» under betegnelsen «särskilt boende» og fra da av regulert som boliger. Norge ble dermed det eneste av de tre landene som fortsatte å drive sin eldreomsorg under to «regimer», et institusjonsregime og et bolig- og hjemmetjenesteregime. (Det samme gjelder for øvrig Finland og Island.)

Hva som mer konkret ligger i disse forskjellene vet vi mindre om. Hvorvidt og hvor langt det dreier det seg om nye modeller, eller snarere er gammel vin på nye flasker er fortsatt et åpent spørsmål. En evaluering av den svenske Ädel-reformen etter de første ti årene konkluderte at svenske kommuner stort sett drev videre som før reformen, til dels under de gamle betegnelsene (Socialstyrelsen, 2001). De norske sykehjemmenes forankring i sykehusloven i årene mellom 1970 og 1988, som en spesialisthelsetjeneste, kan for Norges del ha gitt langsiktige ringvirkninger og kan ha gitt eldreomsorgen en mer medisinsk innretning i Norge enn i Danmark og Sverige.

Vi har til nå beskrevet utviklingen av den norske eldreomsorgen som et slags nasjonalt gjennomsnitt, men eldreomsorgen er et kommunalt ansvar med mange lokale varianter. At boliggingjøring ikke kan sies å karakterisere norsk eldreomsorg generelt, forhindrer ikke at noen kommuner kan ha gått langt i retning av boliggingjøring. Hvor vanlig eller uvanlig er i så fall dette? Hva kjenner tegner kommuner som har prioritert det ene eller andre, og hvilke erfaringer har de gjort seg? Dette er spørsmålene som tas opp i neste kapittel.



## 4 Boliggjøring av eldreomsorgen?

### Lokale variasjoner

Svein Olav Daatland

---

*Sykehjemmet står fortsatt sentralt i norsk eldreomsorg. På landsbasis har det bare vært en moderat dreining i retning av en mer boligorientert omsorgstjeneste, men enkelte kommuner har valgt en boligorientert modell. Hva kjennetegner disse kommunene? Hvilke faktorer har vært drivende? Dreier det seg om en samlet strategi for en mer åpen omsorgsmodell, eller om mer tilfeldige tilpasninger? Kapitlet tar for seg den lokale variasjonen i dekning av sykehjem, omsorgsboliger og i balansen mellom de to.*

### Innledning

Det har altså funnet sted en viss grad av boliggjøring av den norske eldreomsorgen de siste årene, dels via utbyggingen av omsorgsboliger og dels ved en grad av hjemliggjøring innenfor sykehjemmene. Enerom har blitt standard, utformingen har blitt mer bolignær. Den norske *eldreomsorgen* er imidlertid langt fra boliggjort i den forstand som *andreomsorgen* er det. Det er bred enighet om at yngre mennesker ikke skal forpleies i institusjon, men sikres et omsorgstilbud i en egen bolig. Slik har det også blitt, selv om nye omsorgsboliganlegg har blitt kritisert for å ha blitt omsorgsreservater og institusjoner forkledd som boliger.

Varige opphold i sykehjem er nå et tilbud praktisk talt bare for eldre (98 prosent av langtidsplassene). Korttidsopphold er derimot fortsatt et tilbud for yngre (ca. 30 prosent av plassene), til bruk for avlastning eller rehabilitering. Hva som mer konkret ligger i disse tilbudene er ikke lett å lese ut av statistikken, for eksempel hvor «egne» de egne boligene er, og hvor forskjellige omsorgsboliger og sykehjem er med hensyn til holdninger og drift. Er omsorgsboliger selvstendige boformer slik tanken var, eller dreier det seg om nye merkelapper på gammel praksis? Kanskje litt av begge deler?

Boliger for omsorgsformål har til nå vært dårlig dekket i den offentlige statistikken og er det fortsatt. Antall boliger for omsorgsformål måtte for



eksempel korrigeres nedad med ca. 10 000 da man gikk over til å registrere disse boligene som en individuell tjeneste i 2009. Fra da av fikk man også inn noen enkle opplysninger om bemanning (hele døgnet, deler av døgnet eller ikke), men ikke hvilken type og omfang av bemanning det dreiet seg om.

I 2011 bodde ca. 15 prosent av befolkningen i alderen 80 år og over i aldersinstitusjon, stort sett i sykehjem, og ytterligere ca. 12 prosent bodde i det som i statistikken går under betegnelsen boliger for pleie- og omsorgsformål, alt i alt ca. 27 prosent i sykehjem og boliger til sammen. Nær to tredeler av disse boligene er «omsorgsboliger» i den forstand at de er bygget under tilskuddsordningene fra Husbanken fra 1994 og deretter, og nær halvparten har fast bemanning, flertallet av disse hele døgnet, noen bare deler av døgnet.

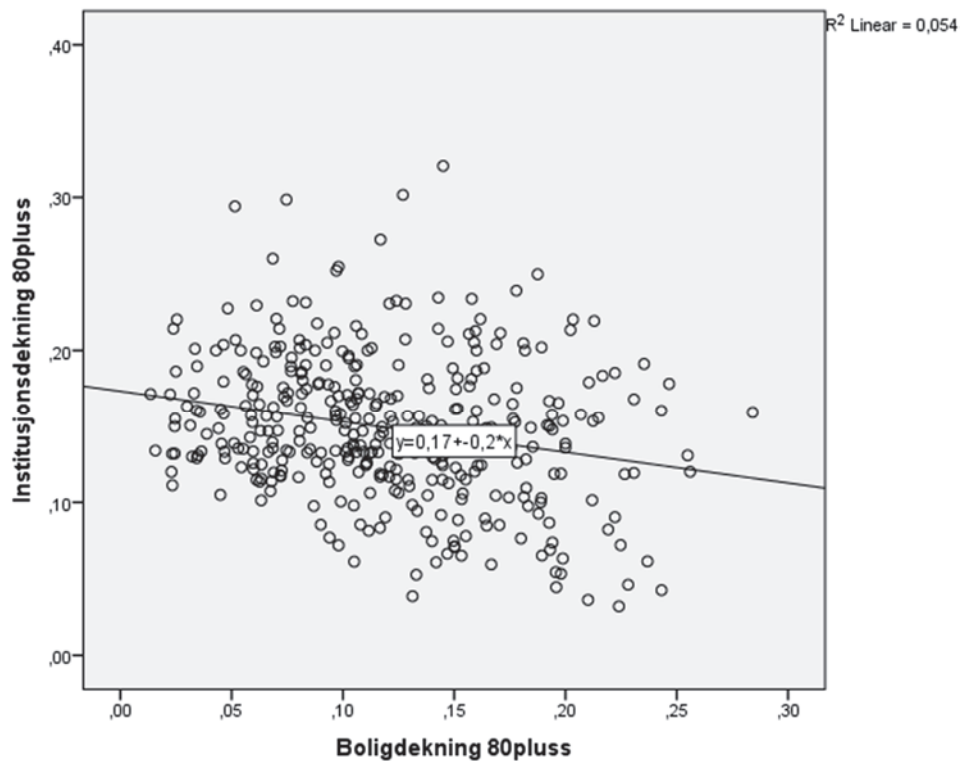
Dersom bare «bemannede omsorgsboliger» medregnes, som nok er mer sammenliknbare med sykehjem enn ubemannede er, dreier det seg om en samlet dekning av «bemannede omsorgsplasser» (i sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning) på ca. 21 prosent for befolkningen over 80 år, som er klart lavere enn de 25 prosent som regjeringen i sin tid satte som norm og målsetting for Handlingsplanen for eldreomsorgen.

Når vi understreker at det dreier seg om omtrentlige tall, er det av flere grunner. For det første at det her dreier seg om gjennomsnittstall for kommunene. Små og store kommuner veier da like tungt. De faktiske tall for landet som helhet vil ligge noe nærmere de store kommunene og dermed være noe lavere, fordi dekningstallene for sykehjem og omsorgsboliger er høyest i små kommuner, som vi skal vise nedenfor. En annen grunn til at tallene bør betraktes som omtrentlige, er at det ikke er kjent hva som ligger i bemanning utover at den er på heldøgns- eller deldøgns basis. Det kan dreie seg om alt fra en nattevakt på deltid til full bemanning og såkalt sykehjemstandard. Vi vet heller ikke nok om hvor vanlig eller uvanlig det er å yte hjelp fra hjemmebaserte tjenester i et format og omfang som tilsvarer sykehjem, slik at omsorgsboligen dermed framstår som et reelt alternativ til sykehjem ved omfattende omsorgsbehov. Foreløpige analyser har vist at et stort volum av hjemmetjenester som hovedregel bare tilbys yngre mennesker med omfattende omsorgsbehov, mens eldre med tilsvarende behov oftest får tilbud om sykehjemsplass.

## Lokale variasjoner

Hva kjennetegner så de mer boligjorte kommunene, og hvilke faktorer ser ut til å ha vært drivende for utviklingen av en boligorientert tjenestemodell? Vi bygger her på data fra den såkalte kommune-stat rapporteringen til Statistisk sentralbyrå (KOSTRA) for 2011, dels også fra den individbaserte statistikken for brukere av omsorgstjenester (IPLoS). Som mål på omfanget av institusjonsomsorg og omsorgsboliger bruker vi dekningsstall for hver av disse, nærmere bestemt hvor stor prosentandel av befolkningen på 80 år og over som bor i henholdsvis institusjon (stort sett sykehjem) og omsorgsbolig (boliger som kommunen disponerer for pleie- og omsorgsformål). Med grad av *boligorientering* sikter vi til forholdstallet mellom de to: hvor høy dekningsstall av omsorgsboliger er i forhold til dekningsstall av sykehjem. Kommuner som har like mange av det ene som det andre vil da skåre 1 på en skala for boligorientering. En skåre på 2 tilsier at man har dobbelt så mange omsorgsboliger som sykehjemsplasser (for personer over 80), mens en skåre på 0,5 betyr at det er omvendt, det vil si at man har dobbelt så mange bosatte i sykehjem som i omsorgsboliger.

Vi kan for det første konstatere at det er en negativ samvariasjon ( $r=-.23$ ) mellom sykehjemsdekning og boligdekning i kommunene. Det indikerer at de to tjenestene til en viss grad erstatter hverandre. Har man mye av det ene, er man tilbøyelig til å ha lite av det andre. Kommunene er i figur 4.1 og påfølgende figurer representert ved små sirkler i rommet mellom de to dimensjonene, og den negative korrelasjonen er illustrert ved den inntegnede regresjonslinja.

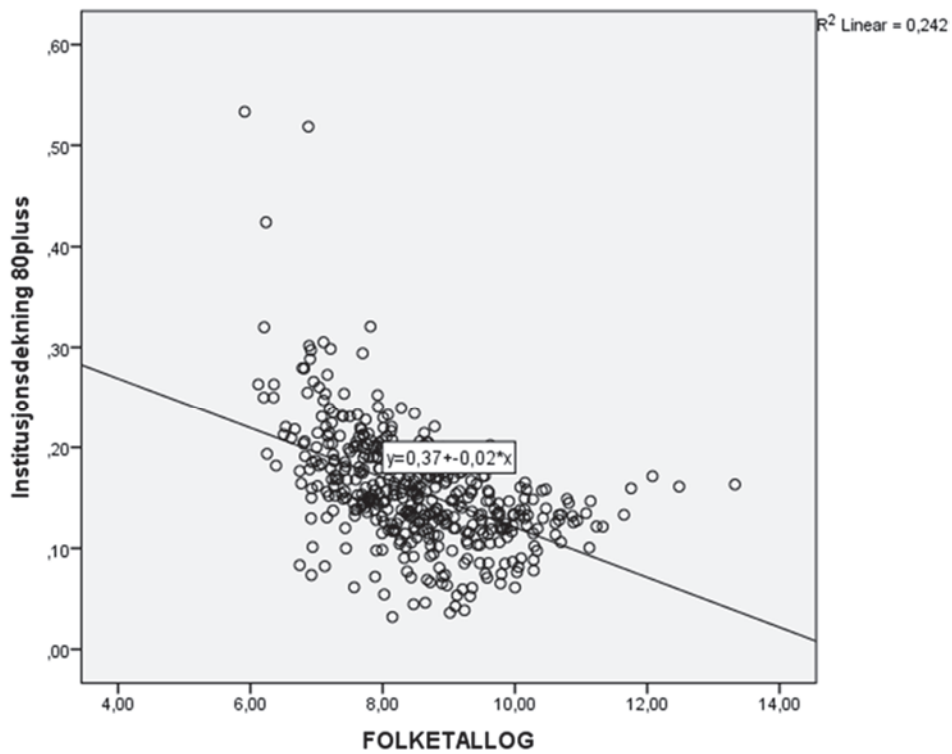


**Figur 4.1. Samvariasjon mellom sykehjemsdekning og boligdekning for norske kommuner, 2011. (Pearsons  $r=-.23$ ).**

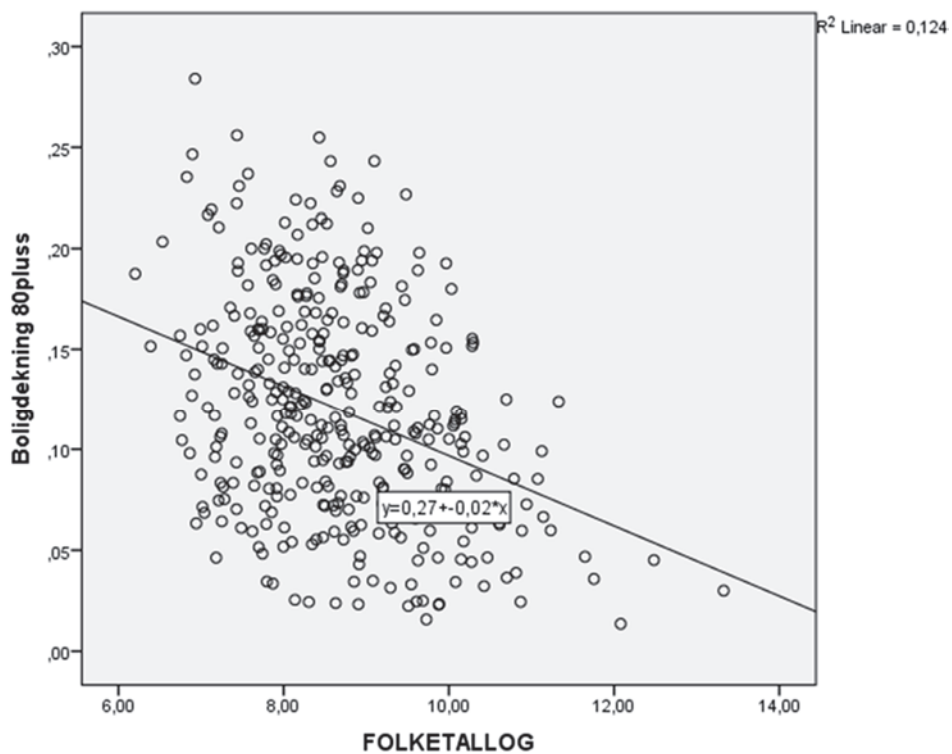
Vi ser av figur 4.1 at kommuner med (forholdsvise) høy boligdekning er tilbøyelige til å ha (forholdsvise) lav institusjonsdekning og omvendt. De fleste kommunene satser likevel på begge deler; bare få har svært lav dekning langs en eller begge dimensjonene. Vi ser også at *nivået* varierer. Noen kommuner ligger høyt, andre ligger lavt langs begge aksene. Forholdsvise få har valgt en skarpere profil, der de har mange omsorgsboliger og få sykehjems plasser. Disse finner vi henimot det nedre, høyre hjørne av figur 4.1. Vi kan også notere oss at enkelte kommuner har svært få omsorgsboliger.

### Høyere dekning i små kommuner

Dekningen av så vel sykehjem som omsorgsboliger er høyest i små kommuner og faller med stigende folketall (figur 4.2 og 4.3). Folketallet er her representert i logaritmisk form. Det absolutte folketallet lar seg dermed ikke lese ut av figuren, men varierer mellom 218 i Utsira og 613 300 i Oslo. Den samlede dekningen av sykehjem og omsorgsboliger (residential care) er dermed enda sterkere korrelert til kommunestørrelse enn dekningen for hver av de to er, nærmere bestemt en samvariasjon (korrelasjon) på  $r=-.61$  (Figur 4.4).



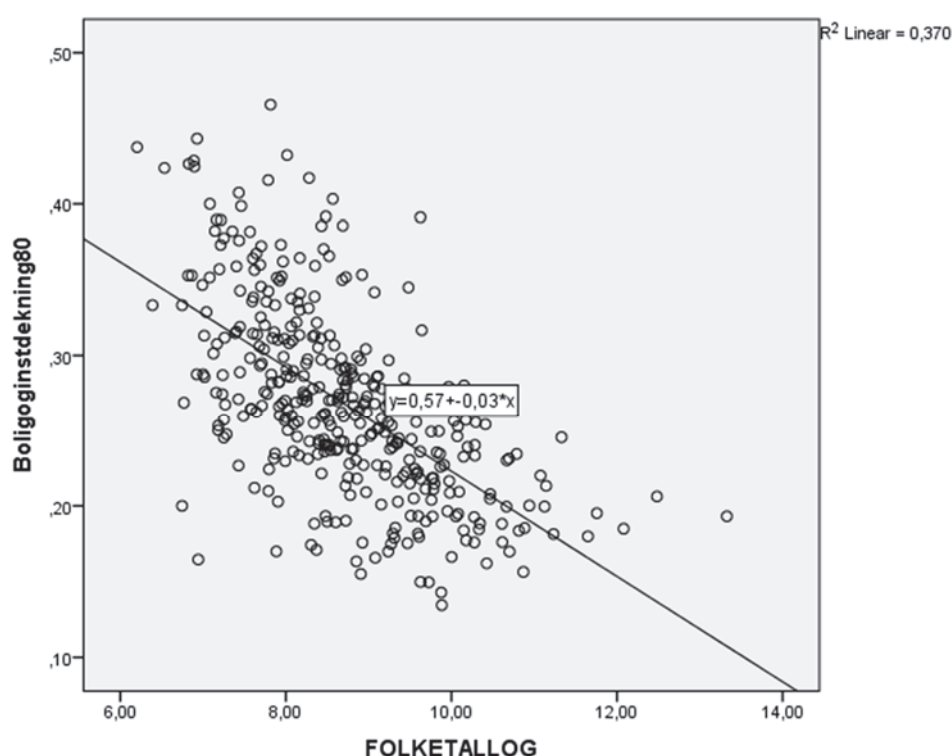
Figur 4.2. Samvariasjon mellom sykehjemsdekning og kommunestørrelse (log folketall). (Pearsons  $r = -.50$ ).



Figur 4.3. Samvariasjon mellom boligdekning og kommunestørrelse (log folketall). (Pearsons  $r = -.35$ ).

Hvorfor denne sterke samvariasjonen mellom omsorgsplasser og folketall? Noe skyldes nok kommunens økonomi; at de mindre kommunene gjennomgående har bedre økonomi. Men her kan også ligge ideologiske forskjeller, for eksempel at små, og ofte lite sentrale, kommuner kan være preget av mer tradisjonelle idealer. Skalaforskjeller kan også slå ut, for eksempel at små kommuner, som det er mange av i Norge, kan være tilbøyelige til å bygge for stort når de først bygger. En kommune med 400 innbyggere kan for eksempel ha bare 20 personer over 80 og det skal ikke mer enn 10 plasser før man har nådd en dekning på 50 prosent.

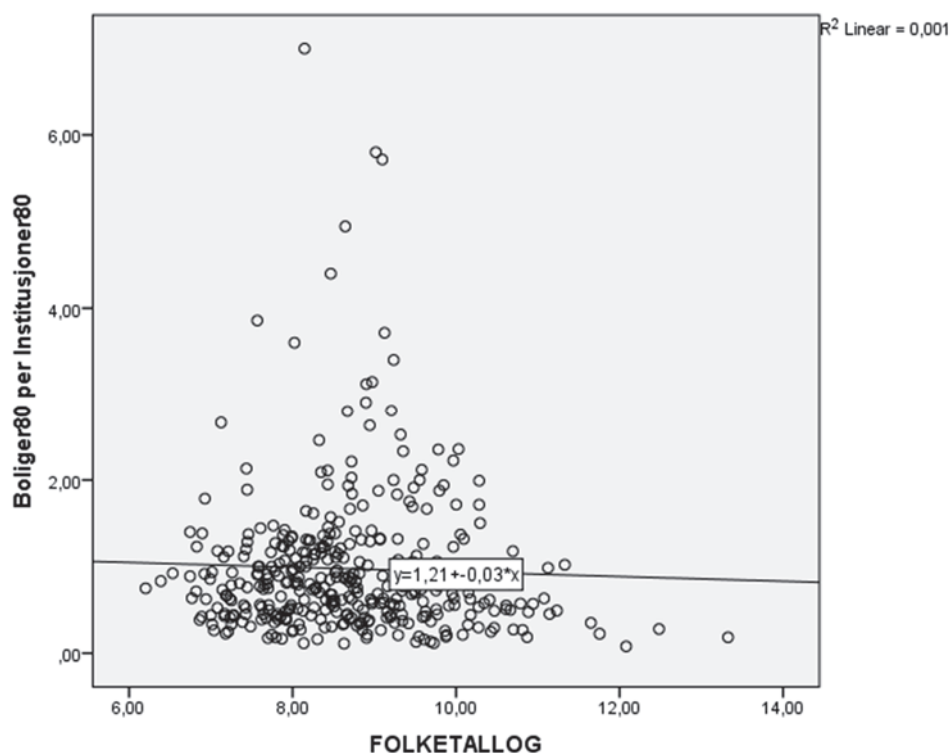
Skal man imøtekomme behov og ønsker i flere deler av en grissgrendt kommune, er man kanskje også tilbøyelig til å bygge i overkant av hva folketallet som sådan skulle tilsi, især om det dreier seg om en sammenslått kommune, der tidligere kommunesentre konkurrerer om tjenester og arbeidsplasser. Vi kommer nærmere tilbake til hva som forklarer variasjonen i institusjons- og boligdekning, men skal foreløpig bare antyde at den neppe lar seg forklare av kommunestørrelsen som sådan.



**Figur 4.4. Samvariasjon mellom «omsorgsplasser» (sum sykehjems- og boligdekning) og folketall. (Pearsons  $r = -.61$ ).**

## Hvor vanlig er en boligorientert tjenestemodell?

Samvariasjonen med folketall er altså noe høyere for sykehjem ( $r = -0.50$ ) enn for omsorgsboliger ( $r = -0.35$ ), men siden de to er negativt korrelert innbyrdes, utligner de hverandre, som resulterer i at graden av boligorientering (forholdstallet mellom boliger og sykehjem) øyensynlig ikke varierer med kommune-størrelse (folketall). Korrelasjonen mellom boligorientering og folketall er praktisk talt null (figur 4.5).



**Figur 4.5. Samvariasjon mellom boligorientering og kommunestørrelse (log folketall). (Pearsons  $r = -0.04$ ). Boligorientering = boligdekning/sykehjemsdekning.**

Ser vi nærmere på hvordan kommunene fordeler seg etter folketall og boligorientering ser vi at sammenhengen i realiteten er kurvi-lineær, der det især er mindre kommuner som har en boligorientert modell. Tretti kommuner (8 prosent) har minst dobbelt så mange omsorgsboliger som sykehjem, det vil si de plasserer seg med en skåre på 2 eller høyere langs y-aksen i figur 4.5. Ytterligere 22 kommuner (6 prosent) har 50 prosent flere i omsorgsboliger og skårer mellom 1,5 og 2. Atten av de 30 kommunene med en boligorientering

på 2 eller høyere har mellom 2 000 og 10 000 innbyggere, og 25 av 30 (83 prosent) har mellom 2 000 og 20 000 innbyggere.

Målt på denne måten er en boligorientert eldreomsorg lite vanlig for norske kommuner. Det store flertallet av kommunene satser noenlunde likt på begge deler, på både sykehjem og omsorgsboliger. Men én av sju kommuner (14 prosent) har klart flere omsorgsboliger enn sykehjem (boligorientering >1,5), og det store flertallet av disse er mellomstore, eller snarere mellomsmå, kommuner.

Sammenhengen mellom folketall og boligorientering går også fram av tabell 4.1, der dekningen av sykehjem, omsorgsboliger og balansen mellom de to (boligorientering) er vist for kommuner av ulik størrelse. Den høyeste skåren for boligorientering finner vi for kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere. Vi merker oss at de minste kommunene (under 2 000 innbyggere) har særlig høy sykehjemsdekning, og at boligdekningen er bemerkelsesverdig lav i store – især de største – kommunene. Kommuner med over 100 000 innbyggere, det vil si de fem største kommunene, har en boligdekning på bare 3,4 prosent, som er 28 prosent av gjennomsnittet for kommunene. De store kommunene har mer enn åtte av ti omsorgsplasser i sykehjem. Mellomstore kommuner har en nokså lik fordeling mellom sykehjem og omsorgsboliger.

**Tabell 4.1. Institusjonsdekning, boligdekning og boligorientering (n) etter kommunestørrelse (folketall).**

	Institusjonsdekning 80+	Boligdekning 80+	Sum bolig og inst. dekning 80+	Boligorientering
<2 000	20,5 (93)	14,2 (57)	32,5	0,89
2–4 999	16,2 (131)	13,0 (120)	29,1	0,96
5–9 999	13,9 (90)	12,5 (85)	26,3	1,18
10–19 999	12,4 (58)	10,0 (57)	22,4	0,98
20–49 999	12,4 (39)	9,3 (39)	21,7	0,84
50–99 999	12,6 (8)	7,4 (8)	20,0	0,60
100 000+	15,8 (5)	3,4 (5)	19,2	0,22
I alt	15,7 (424)	12,0 (371)	26,9	0,98

## Boligorientering som strategi?

Dersom boligorientering var del av en samlet strategi for åpen omsorg, burde kommuner med høy grad av boligorientering samtidig ha høy bruk av sykehjem for korttidsopphold, et høyt nivå av hjemmebaserte tjenester og en stor andel

brukere med omfattende bistandsbehov *utenfor* sykehjem, det vil si i hjemmetjenester og i omsorgsboliger. Dette var i så fall uttrykk for at sykehjemmet oftere ble brukt for korttidsopphold og omsorgsboliger oftere for varige opphold, slik Kvaase-rapporten (Sosial- og helsedepartementet, 1999) i sin tid foreslo (jf. kapittel 3). Da burde man også ha et stort volum av hjemmetjenester, etter som det nettopp er hjemmetjenestene som betjener omsorgsboligene. Resultatet av dette burde være at relativt flere med omfattende bistandsbehov fikk sin omsorg i omsorgsboliger eller i sin opprinnelige (ordinære) bolig enn i kommuner med lav grad av boliggingjøring. De siste ville i større grad bruke sykehjemmet for varige opphold for personer med omfattende behov.

Tabell 4.3 bekrefter at det nettopp er et slikt mønster som framtrer, det vil si at boliggingjorte kommuner ikke bare har lav sykehjemsdekning, men samtidig høy bruk av (de færre) sykehjems plassene for korttidsopphold, og høy satsning på hjemmebaserte tjenester, især for personer med omfattende bistandsbehov. Tabell 4.2 gir beskrivende statistikk for de aktuelle variablene, og tabell 4.3 viser samvariasjonen mellom de aktuelle målvariablene og grad av boligorientering. Samvariasjonen med sykehjemsdekning og omsorgsboligdekning er også vist for sammenlikningens skyld.

**Tabell 4.2. Beskrivende statistikk for aktuelle kjennetegn ved en boligorientert omsorgsmodell.**

	N	Gjennomsnitt	Min	Max	SD
Andel korttidspl. i sykehjem	279	24,0	5	78	12,6
Andel 80+ med hjemmetj	418	36,6	11	57	6,2
- derav m omfat behov	192	13,5	2	39	7,1
Andel av bolig m omfat behov	316	31,4	3	68	11,9
Andel av inst m omfat behov	417	70,3	24	100	13,2

**Tabell 4.3. Samvariasjon mellom sykehjemsdekning, omsorgsboligdekning og boligorientering og relevante kjennetegn for en boligorientert omsorgsmodell (Pearson's r).**

	Inst.dekning80	Boligdekning80	Boligorientering
Korttidsplasser i s-hjem	-.225	.280	.530
Andel 80+ med hj tjen	-.202	.482	.407
Andel med omfat behov av			
-hjemmetjenestebrukere	-.598	.423	.606
-boligboere	-.328	-.114	.241
-sykehjemsboere	-.225	-.009	-.036



Tabell 4.2 viser at i gjennomsnitt er 24 prosent av sykehjemsplassene disponert for korttidsopphold, med betydelig variasjon kommunene imellom. De fleste kommuner varierer nær gjennomsnittet, men enkelte bruker flertallet av plassene, 78 prosent på det meste, til korttidsopphold. Tabell 4.2 viser videre at nær 37 prosent av befolkningen på 80 år pluss har hjemmetjenester, og av disse har 13,5 prosent omfattende bistandsbehov (ifølge IPLOS). Vi ser at relativt flere beboere i omsorgsboliger (31 prosent) har omfattende bistandsbehov, og enda flere – 70 prosent – av bosatte i sykehjem. Tallene for sykehjem er her et gjennomsnitt for langtids- og korttidsopphold. Andel med omfattende behov blant personer på varige opphold ligger noe høyere (anslagsvis 80 prosent, Otnes 2011).

I denne sammenhengen er det tabell 4.3 som har størst interesse. Her får vi en bekreftelse på at boligorientering ser ut til å inngå som ledd i en samlet omsorgsstrategi, i den forstand at høy grad av boligorientering nettopp korrelerer med de andre kjennetegnene ved omsorgstjenestene som antatt. Boligorientering korrelerer positivt med (høy) bruk av korttidsplasser, med (høyt) nivå av hjemmetjenester og med (høy) bruk av hjemmetjenester og omsorgsboliger for personer med omfattende bistandsbehov. Mønsteret er det motsatte (komplementære) for kommuner med høy sykehjemsdekning, som har relativt få korttidsplasser og liten satsning på hjemmebaserte tjenester.

Etter som vi bare observerer et mønster på et bestemt tidspunkt, kan vi ikke avgjøre hva som her er årsak og virkning. Er det prioriteringen av omsorgsboliger som har gjort det mulig for kommunen å satse på korttidsopphold og hjemmetjenester, eller er det snarere motsatt, det vil si at det er lav sykehjemsdekning som har tvunget fram en slik tilpasning. Den første forklaringen var i så fall i tråd med Kvaase-utvalgets forslag, der sykehjemmet skulle reserveres for aktiv behandling og korttidsopphold, og kombinasjoner av omsorgsboliger og hjemmetjenester skulle anvendes ved behov for varige omsorgsopphold. En slik modell var i så fall også i bedre harmoni med Samhandlingsreformens behov.

## Hva forklarer valg av modell?

Vi avrunder kapitlet med en foreløpig analyse av hvilke faktorer som bidrar til å forklare variasjonen i henholdsvis boligdekning, sykehjemsdekning og boligorientering, det vil si i balansen mellom de to. Tidligere studier har tatt for seg den lokale variasjonen i hvor mye kommunene satser på eldreomsorg, men sjeldnere *hvordan* man gjør det og hvilken rolle omsorgsboligene har. Vi bruker de vanligste forklaringsvariablene for slike analyser, men tilpasset vårt spesielle formål. For tidligere analyser av den kommunale variasjonen i eldreomsorgen, se f.eks. Huseby & Paulsen 2009, Hjelmbrække et al. 2011, Hagen et al. 2011, Gautun & Hermansen 2011, Daatland & Veenstra 2012.

Blant aktuelle forklaringsvariabler er kommunens ressurser (økonomi), driftsbetingelser (folketall, avstander), befolkningens behov (aldersprofil, helse, levekår) og konkurrerende behov som krever kommunens oppmerksomhet. En rekke andre faktorer kan ha hatt betydning for den profil som kommunens eldreomsorg har fått, men er ikke tilgjengelig i KOSTRA-basen. Det gjelder ikke minst mer ideologiske faktorer og den tradisjonen som alt er etablert og preger bygninger og holdninger (sti-avhengighet).

Som mål på kommunens økonomiske ressurser bruker vi brutto driftsutgifter per capita. Noen forskere bruker i stedet kommunens frie inntekter, utfra tanken om at kommunen ikke har samme innflytelse over øremerkede bevilgninger. Korrelasjonen mellom de to er imidlertid høy ( $r=0,8$ ) og bruk av den ene eller andre indikatoren gjør derfor liten forskjell for resultatene.

Kommunen kan prioritere i den ene eller andre retningen innenfor sine samlede ressurser. Denne typen prioriteringer er her lagt inn i modellen og indikert via hvor høyt kommunen prioriterer pleie- og omsorgstjenester (PLO), og innenfor PLO – hvor høyt man prioriterer yngre (vs. eldre). Det første indikeres ved PLO-tjenestenes andel av kommunens samlede økonomi, det andre ved andelen PLO-brukere under 67 år.

Kommunale driftsbetingelser er indikert ved folketallet, der de minste og største kommunene er antatt å ha særlige (men forskjellige) driftsutfordringer. Andel i tettsteder legges også inn i modellen, fordi det kan være særlig stort behov for (eller etterspørsel etter) ulike typer av bofellesskap i grissgrendte strøk. Her kan man være mer tilbøyelig til å oppsøke tryggheten i en bolig i et av kommunens sentrale strøk, der både service og andre mennesker er lettere

tilgjengelige. Det er ellers velkjent at små kommuner jevnt over har bedre økonomi enn store. Ved at både størrelse (folketall) og økonomi legges inn i modellen, blir det mulig å se hvilken egenskap som er mest utslagsgivende.

Andelen av befolkningen som er under 18 år legges også inn i forklaringsmodellen, fordi unge konkurrerer med eldre om knappe ressurser: En stor barnebefolkning kan gi mindre til overs for eldre og omvendt. Så legges også inn et antall indikatorer for behov i befolkningen, så som andelen gamle (over 80 og 90 år) og dødelighet, som her er indikatorer for folkehelse. Antall enslige gamle tas også med som en indikator for tilgangen til familieomsorg, og dermed som et alternativ til offentlige tjenester, og til slutt – husholdets inntekt inkluderes i forklaringsmodellen som en indikator for befolkningens ressurser mer generelt. Det er imidlertid ikke selvsagt at høy inntekt (store ressurser) gir tilsvarende store personlige ressurser for omsorg. Høye inntekter kan for eksempel ha sammenheng med en mer moderne livsstil, og gi mindre, snarere enn større, oppslutning om den kommunale eldreomsorgen.

Beskrivende statistikk for avhengige og uavhengige variabler er vist i tabell 4.4, og resultatet av de multivariate regresjonsanalysene for de tre utfallsvariablene er gitt i tabell 4.5.

**Tabell 4.4. Beskrivende statistikk for avhengige og uavhengige variabler**

	N	Gjennomsnitt	Min	Max	SD
Institusjonsdekning 80+	424	15,7	3	53	5,8
Boligdekning 80+	371	12,0	1	28	5,5
Boligorientering (B/I)	370	0,98	0,08	7,0	0,84
Brutto driftutg per capita	429	76 400	49 800	214 500	21 600
Andel PLO av Brutto driftutg	429	27,7	13	47	4,3
Andel PLO-brukere <67	420	33	7	69	9,9
Folketall	429	11 600	218	613 300	35 500
Andel <18	429	22,2	16	29	2,4
Andel 80+	429	5,5	2	10	1,5
Andel 90+	429	2,3	0	4,6	3,1
Andel enslige 80+	429	68	47	97	6,7
Døde per 1000	429	10,3	3	29	3,5
Median husholdsinntekt	423	413 100	311 000	546 000	44 600
Andel i tettsteder	429	51	0	98	27,7

Vi ser av tabell 4.4 at institusjonsdekningen er 15,7 prosent og boligdekningen 12 prosent, slik vi tidligere har vist, og minner om at dette er gjennomsnitt for kommunene, ikke for landet. De er dermed noe høyere enn tallene for landet ville vært, fordi små kommuner (med høyere dekning) her teller likt som store kommuner (med lavere dekning). Etersom det er sammenhengen mellom variablene som er av interesse, ikke nivået på dem, gjør dette liten forskjell for analysene.

Tabell 4.4 viser dernest at driftsutgiftene per capita for 2011 var 76 400 kroner, at ca. 28 prosent av kommunens driftsutgifter gikk til pleie og omsorg og at 33 prosent av brukerne av omsorgstjenestene var under 67 år.

Hva er det så som bidrar til å forklare variasjonen i sykehjemsdekning, i boligdekning og i boligorientering, som har særlig interesse her. Resultatene er gitt i tabell 4.5.

**Tabell 4.5. OLS regresjon, standardiserte koeffisienter.**

	Institusjons- dekning 80+	Bolig- dekning 80+	Bolig- orientering 80+
Br driftutg per capita	.482***	-.053	-.181*
Andel PLO av Br driftutg	.050	.032	.005
Andel PLO-brukere <67	-.091	.176***	.160*
Folketall (kategorisk)	-.058	-.446***	-.356***
Andel <18	-.054	.336***	.274**
Andel 80+	-.256***	.167	.244*
Andel 90+	.021	.116*	.055
Andel enslige 80+	.149***	-.064	-.097
Døde per 1000	.055	-.081	-.135
Median husholdsinntekt	.076	-.311**	-.249**
Andel i tettsteder	-.096	.071	.214**
R2	.374***	.192***	.105***
(N)	(413)	(371)	(362)

Analysen viser at sykehjemsdekningen er primært forklart av kommunens økonomi. Jo bedre økonomi, desto høyere sykehjemsdekning. Folketallet slår ikke ut i den multivariate analysen. Kontrollert for økonomi, er det med andre ord ingen selvstendig virkning av folketall, eller sagt på en annen måte: Når små kommuner har høy sykehjemsdekning, er det fordi de har god økonomi, ikke fordi de har lavt folketall. Er det ganske enkelt slik at kommuner med god

økonomi «kan unne seg» en høy sykehjemsdekning, eller snarere at god økonomi blir en sovepute; at man ikke trenger å prioritere?

Det er nærliggende å spekulere omkring det siste, etter som kommuner med en høy andel eldre i befolkningen ser ut til å satse mer på omsorgsboliger og mindre på sykehjem. Når kommuner med mange *enslige* gamle er tilbøyelig til å ha noe høyere sykehjemsdekning, kan det være en reaksjon på at de har lavere tilgang til familieomsorg?

Kommunens økonomi gir ikke utslag for *nivået* av boligdekning, men en god økonomi resulterer i relativt færre omsorgsboliger (dvs. en lavere boligorientering). Kanskje den gode økonomien gjør at man ser seg råd til flere sykehjems plasser. Eller motsatt, at dårligere økonomi gjør at man satser relativt mer på den antatt billigere tjenesteformen, omsorgsboliger. Det er kanskje også ressursknapphet som forklarer at behov i eldrebefolkningen (andel 80 år+), og ikke minst konkurrerende behov blant barn og unge (andel <18 år), bidrar til en høyere prioritering av omsorgsboliger.

Selv etter kontroll for økonomi står folketallet fram som den viktigste forklaringsfaktoren for både boligvolum og boligorientering, men hvorfor er ikke innlysende. Hvorfor har store kommuner så lavt tilbud av omsorgsboliger, og hvorfor har de største kommunene en så sykehjemsorientert omsorgsmodell? Her kan muligens behov og preferanser som ikke er fanget opp av vår modell være relevante, for eksempel at boligstandarden kan være bedre i store byer og gi mindre etterspørsel etter omsorgsboliger. Økonomiske og politiske forklaringer kan ha mer for seg, men hvorfor skulle i så fall politikerne i store kommuner være så tilbakeholdne med å satse på omsorgsboliger og åpen omsorg?

Forklaringskraften til den samlede modellen er forholdsvis høy hva sykehjem angår ( $R^2=.37$ ), men er klart lavere for boligdekning (.19) og boligorientering (.11). Den beskjedne forklaringskraften kan skyldes at grenseoppgangen mellom sykehjem og omsorgsboliger er vag, eller at modellen mangler viktige forklaringsfaktorer. Hvorfor høye inntekter i befolkningen skulle slå ut i form av lav boligdekning og lav boligorientering i kommunen, er ikke innlysende. Det var mer nærliggende å tenke seg det motsatte. På den annen side, fra kommunens side er det økonomisk gunstig med velstående eldre i sykehjem og mindre velstående i omsorgsbolig, ettersom de siste utløser større statlige

subsidier (bostøtte), mens det første resulterer i høyere vederlag for sykehjemsopphold. At kommunen skulle være tjent med det ene eller andre er likevel noe drøyt som en forklaring av hvilken omsorgsprofil man velger. Mer realistisk er nok at en befolkning med god økonomi samtidig er en befolkning med høy boligstandard og lavere behov for tilrettelagte boligtilbud. De klarer seg lenger i sin egen bolig, inntil de eventuelt må flytte derfra og rett til en bemannet omsorgsplass.

Når modellene for boliger og boligorientering har såpass lav forklaringskraft, gjenstår å søke forklaringen i andre forhold, og da kanskje i mer ideologiske og politiske faktorer. Prioritering mellom sykehjem og omsorgsbolig er kontroversielt og ideologisert i følge Romøren og Svorken (2003). Omsorgsboliger har gjerne hatt støtte i ledelsen og i forvaltningen i kommunene, til dels av økonomiske grunner, mens grunnplanet har holdt fast ved sykehjemmet, fordi man da vet hva man har. Sykehjemmet har tradisjonelt også betydelig oppslutning i den eldre befolkningen og deres organisasjoner, med støtte fra viktige faggrupper som sykepleiere, som har investert seg selv og sitt fag nettopp i sykehjemmet. Den norske debatten er også preget av en forhistorie der sykehjemmet står sterkt og de hjemmebaserte tjenestene svakt sammenliknet med Danmark og Sverige. Tilliten til den åpne omsorgen, og herunder omsorgsboligene, kan derfor være tilsvarende lav, og til dels med god grunn, fordi mange kommuner ikke tilbyr tilstrekkelig med tjenester og omsorg til hjemmeboende og beboere i omsorgsboliger.



## 5 Stier i omsorgslandskapet de siste leveårene

Berit Otnes

---

*De fleste vil før eller senere få behov for pleie- og omsorgstjenester. Vi vet mindre om «stiene» fram dit, og hvor lenge man lever som pleietrengende. Følger man en omsorgstrapp trinn for trinn fra eget hjem via omsorgsbolig og til slutt til sykehjem? Erfaringene til nå er at omsorgsboliger oftest blir brukt som et supplement snarere enn et alternativ til sykehjem. Bare få blir boende livet ut i omsorgsboligen, men noen gjør det, og illustrerer at omsorgsboligen også kan fungere som et alternativ til sykehjem.*

### Innledning

De fleste av oss vil før eller senere få behov for pleie- og omsorgstjenester. I gjennomsnitt hadde tre av fire som døde i 2011 mottatt kommunale pleie- og omsorgstjenester i løpet av sitt siste leveår. Jo høyere dødsalder, desto flere er det som har fått pleie- og omsorgstjenester det siste leveåret. Dette var tilfellet for så å si alle som var over 90 år da de døde i 2011, men for bare 60 prosent av dem som døde i alderen 67–74 år, og for godt og vel 40 prosent blant døde under 67 år (Gabrielsen, 2013b). Detaljene går fram av tabell 5.1 nedenfor.

**Tabell 5.1. Døde tjenestemottakere fordelt på alder og kjønn. 2011. Absolutte tall og prosent**

	Døde i løpet av 2011	Døde brukere i prosent av totalt antall døde	Herav andel som også hadde tjeneste i:			
			2010	2009	2008	2007
I alt	31 463	76	85	73	64	56
Menn	13 527	67	78	63	51	43
Kvinner	17 936	84	89	81	74	67
0–66 år	3 387	43	63	42	34	29
67–74 år	2 930	61	66	47	36	30
75–79 år	3 123	69	75	60	48	39
80–84 år	5 423	80	84	70	58	49
85–89 år	7 454	88	91	81	72	63
90 år og over	9 146	100	97	92	87	81

Kilde: IPLOS og Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.



Vi vet mindre om «stiene» fram til døden; ved hvilken alder det er vanlig å bli i behov av hjelp, og hvor lenge man så lever som omsorgstrengende. Romørens studie av «den fjerde alderen» var den første som for alvor utforsket denne typen helse- og omsorgsforløp i Norge (Romøren, 2001), men det er uvisst hvor gyldige resultatene er for andre tider og steder. Romøren fulgte alle over 80 år i Larvik til de døde, og konstaterte at kvinner i gjennomsnitt hadde 3,8 år i institusjon før døden, menn bare 1,9 år. Nær ni av ti kvinner, og seks av ti menn bodde på alders- eller sykehjem før de døde. Hvordan er dagens mønstre? Følger man en omsorgstrapp trinn for trinn fra eget hjem, først med hjemmehjelp og hjemmesykepleie, dernest med flytting til omsorgsbolig og til slutt til sykehjem, eller er det vanligere med store sprang hjemmefra til sykehjemmet, med et sykehusopphold imellom? I realiteten finner vi nok mange og ulike forløp, men vi vet ennå ikke nok om hvor vanlige de er, hva som leder til den ene eller andre stien, og hvordan vi bør tilrettelegge tjenestene slik at de passer til de ulike forløpene av behov. I dette kapitlet er vi særlig interessert i balansen mellom omsorgsbolig og sykehjem. Er omsorgsboligen et trinn på veien til sykehjemmet og dermed et supplement, er den oftere et livet-ut tilbud og dermed et alternativ til sykehjemmet, eller er den begge deler og kan utsette og forkorte den siste perioden i sykehjemmet?

Det er foreløpig ikke gjennomført analyser som lar oss følge slike forløp fullt ut for norske kommuner mer generelt. Denne typen data er først nylig blitt tilgjengelige via IPLOS-registeret. Kapitlet kan bare belyse problemstillingene et stykke på vei, og følger opp Gabrielsens analyse av omsorgstjenester mot livets slutt (Gabrielsen, 2013b), men her altså med særlig vekt på omsorgsboligens plass i forløpet. Mønsteret som tegner seg er nok et produkt både av behovene i eldrebefolkningen og av den lokale tjenestemodellen. Behovene kan være nokså like fra den ene kommunen til den andre, men er tjenestetilbudet forskjellig, vil også omsorgsstiene være det. Noen kommuner tilbyr mange sykehjems plasser, andre tilbyr mange omsorgsboliger, andre igjen kan ha mye eller lite av begge deler, slik vi illustrerte i kapittel 4. De forløpene som tegner seg, er dermed også uttrykk for hvilken omsorgspolitik som føres.

## Omsorgsbolig som alternativ til sykehjem?

Omsorgsbolig kan ses som et alternativ til sykehjem dersom man blir boende i omsorgsboligen livet ut. Hvor vanlig er i så fall dette? For andre kan en periode i omsorgsbolig være et nest-siste trinn i en omsorgstrapp; et sted å bo og motta hjelp før hjelpebehovet blir så omfattende at flytting i sykehjem blir sett som nødvendig eller ønskelig.

Statistikken viser at flertallet av de eldre tjenestemottakerne befinner seg på øverste trinn av omsorgstrappen når de dør – i underkant av 70 prosent av eldre (67+) tjenestemottakere som døde i 2012, hadde plass i institusjon (stort sett sykehjem) da de døde, noe færre enn de 78 prosent som Romøren (2001) fant i sin Larvik-studie ca. tjue år tidligere. Til sammenlikning bodde åtte prosent i omsorgsbolig da de døde (tabell 5.2). For disse åtte prosent var dermed omsorgsboligen det øverste og siste trinn i omsorgskjeden.

Tabell 5.2 viser at relativt færre yngre eldre (67–79 år) bodde i omsorgsbolig da de døde (fem prosent) sammenliknet med dem som var 80 eller eldre (åtte prosent). De som var over 80 da de døde, var oftere i institusjon enn de noe yngre eldre, som på sin side oftere klarte seg i eget hjem med hjemme-sykepleie og eventuelle andre tjenester til det siste.

De siste årene har om lag 15 prosent av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester vært bosatt i en omsorgsbolig (registrert ved utgangen av året). Vi kan ikke dermed konkludere at sju prosent (15 minus 8) har bodd i omsorgsbolig før de flyttet til sykehjem. Det kan være betydelig flere som har vært innom en omsorgsbolig på veien til sykehjemmet; hvor mange får vi først vite når det gjennomføres forløpsanalyser av tjenestemottakernes vei gjennom ulike tjenestetyper.

**Tabell 5.2. Tjenester ved død for tjenestemottakere som døde i 2012. Eldre 67 år og over. Prosent**

	Døde i IPLOS-registeret	I alt	Døde uten tjenester	Alle brukere	Institusjon, langtid	Institusjon, tidsbegrenset*	Beboer i bolig	Andre tjenester til hjemmeboende
I alt	29824	100	2	98	45	23	8	23
67–79 år	6525	100	4	96	25	32	5	34
80 år og over	23299	100	2	98	51	20	8	19

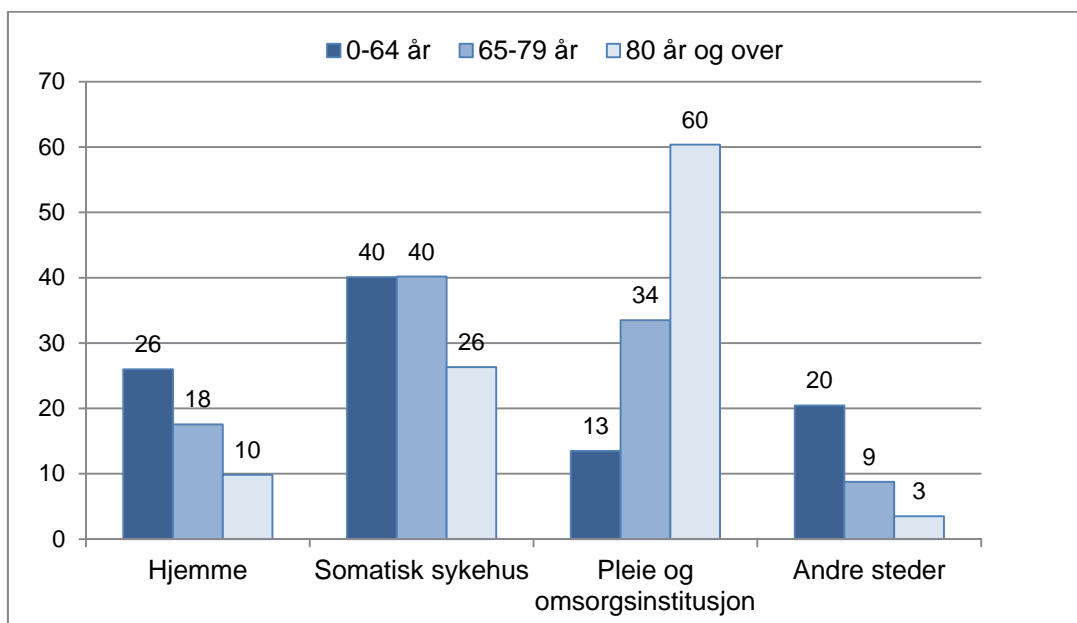
Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

\* Noen av disse (769) bodde i kommunal bolig, men var på korttidsopphold i institusjon da de døde

Sett i forhold til *alle* over 67 år som døde i 2011, var det 60 prosent som døde i institusjon (i all hovedsak sykehjem), enten på langtids- eller tidsbegrenset opphold, og sju prosent som døde i en omsorgsbolig<sup>7</sup>. En av tre eldre som dør gjør det som bosatt i en ordinær bolig, med eller uten kommunale tjenester.

Av alle som var 80 år eller eldre da de døde, var det 68 prosent som døde i sykehjem og åtte prosent som døde i en omsorgsbolig. Tjue prosent av alle over 80 som døde i 2011 mottok en eller flere «andre tjenester». Alt i alt var det dermed 96 prosent som mottok pleie- og omsorgstjenester i løpet av sitt siste leveår.

Statistikken over brukerne av pleie- og omsorgstjenester registrerer ikke sykehusopphold; derfor vet vi ikke hvor mange av brukerne som dør på sykehus. Den alminnelige dødsårsaksstatistikken viser at det hvert år er om lag 42 000 som dør. Av alle som er 65 år og eldre når de dør (36 000), dør vel 30 prosent på sykehus. Tilsvarende tall for personer under 65 år er 40 prosent. Vel halvparten av alle som dør i alderen 65 år og over, dør i pleie- og omsorgsinstitusjon (stort sett sykehjem). Det samme er tilfellet for bare en av ti som er under 65 år når de dør (Figur 5.1).



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB.

**Figur 5.1. Døde etter dødssted og alder i 2012. Prosent**

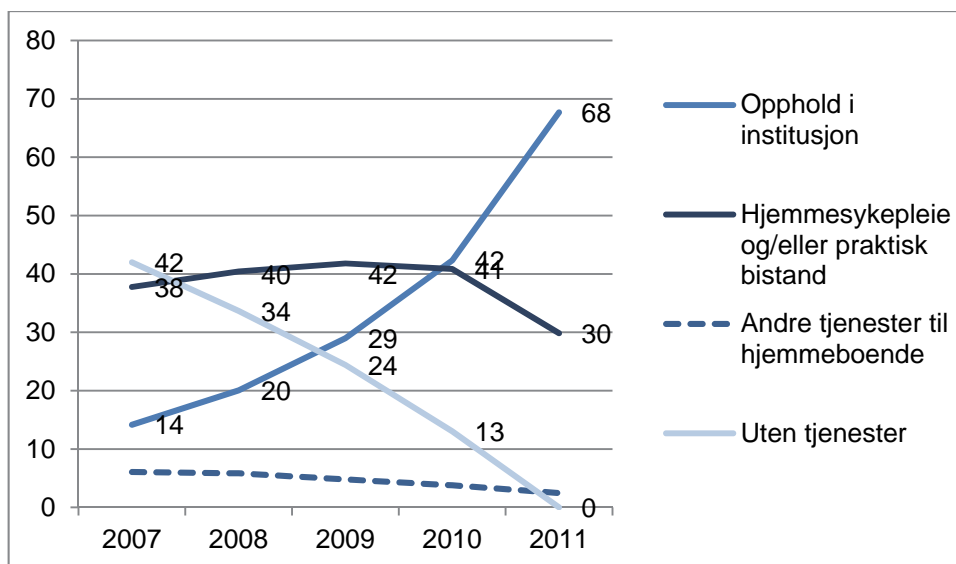
<sup>7</sup> I IPLOS kan en tjenestemottaker være registrert med tidsbegrenset opphold i institusjon og samtidig være registrert med omsorgsbolig som tjeneste. Dette gjaldt 769 mottakere i 2012, som her er inkludert blant institusjonsbeboerne med tidsbegrenset opphold. Om vi hadde inkludert dem blant mottakere registrert med omsorgsbolig, ville andelen av tjenestemottakere som døde i omsorgsbolig økt fra 8 til 10 prosent.

De siste 20–30 årene er andelen som dør på sykehus blitt lavere, mens andelen som dør på «andre pleie- og helseinstitusjoner», stort sett sykehjem, har økt fra 29 prosent i 1987 til 48 prosent i 2012. Andelen som dør hjemme har gått litt ned, fra om lag 18 til om lag 14 prosent.

## Forløp av hjelp de siste fire årene før dødsfallet

Det er foreløpig ikke gjort analyser for landet som helhet som lar oss følge tjenestebrukerne over tid og kan vise hvilke stier de følger gjennom pleie- og omsorgssystemet og hvilke forløp som er mer typiske enn andre. Men i en analyse av eldre tjenestemottakere som døde i 2011, er det vist at ni av ti mottok pleie- og omsorgstjenester også året før de døde, og seks av ti hadde mottatt tjenester så tidlig som i 2007, altså i minst fire år før de døde (Gabrielsen, 2013b).

Samme analyse viste at mens nær 70 prosent hadde plass i institusjon da de døde, var det om lag 15 prosent som hadde institusjonsplass også fire år tidligere. Over 40 prosent av tjenestemottakerne som døde i 2011, mottok pleie- og omsorgstjenester i eget hjem (inkludert de som fikk hjelp i omsorgsbolig) i årene 2007 til 2010, men andelen falt til 30 prosent fram mot dødsdatoen i 2011. Til gjengjeld økte andelen med plass i institusjon sterkt, fra 40 prosent i 2010 til nær 70 prosent i 2011, det siste året de levde (figur 5.2 og 5.3).

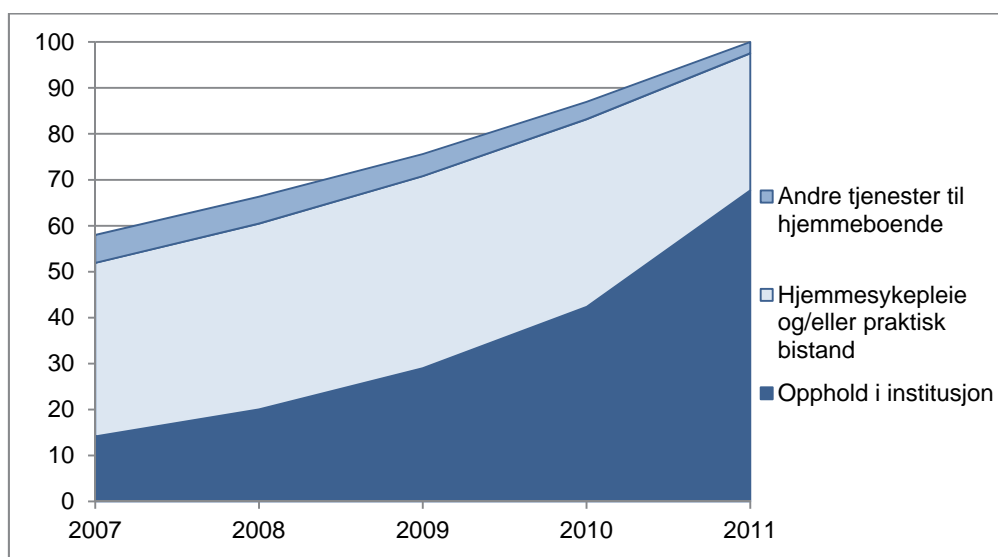


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

\* Brukere som var 67 år og over pr 31.12.2011.

**Figur 5.2. Brukere som var 67 år og eldre da de døde i 2011, og andelen av disse som hadde ulike tjenester per 31.12 i årene 2007-2011. Prosent.**

Et arealdiagram (figur 5.3) gir kanskje et enda tydeligere bilde av den samlede virkningen av trinnene i omsorgstrappen som den enkelte brukeren har fulgt de siste fire årene av livet: Noen er i sykehjem i hele perioden, andre kommer til etter år og alder, enten fra eget hjem med og uten hjemmetjeneste, eller fra omsorgsbolig. Siden vi her tar utgangspunkt i alle som hadde et tjenestetilbud da de døde i 2011, er samtlige registrert etter type tjeneste i det året de døde.

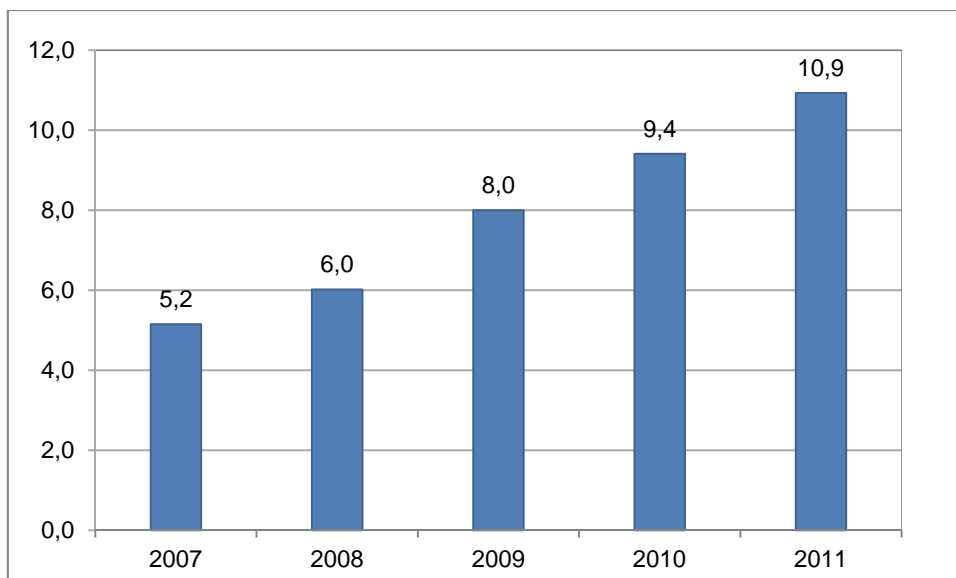


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 5.3. Brukere som var 67 år og eldre da de døde i 2011, og andelen av disse som hadde ulike tjenester per 31.12 i årene 2007–2011. Kumulative prosenter (arealdiagram).**

### Mer intensive tjenester de siste leveårene

Andelen som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester øker altså de siste årene før døden. Sykehjem blir etter hvert vurdert som ønskelig og nødvendig for en økende andel brukere, og især det siste leveåret ser sykehjemmet ut til å erstatte omsorg i hjemmet (inklusive omsorgsbolig). Figur 5.2 viste at om lag 40 prosent mottok hjemmesykepleie eller praktisk bistand de siste fire årene før dødsåret, mens andelen gikk ned til 30 prosent det siste leveåret. *Innsatsen* i hjemmetjenestene, i form av timer per uke, øker imidlertid gradvis, fra vel fem timer per uke i gjennomsnitt fire år før dødsåret til nesten 11 timer per uke det siste leveåret, se figur 5.4.

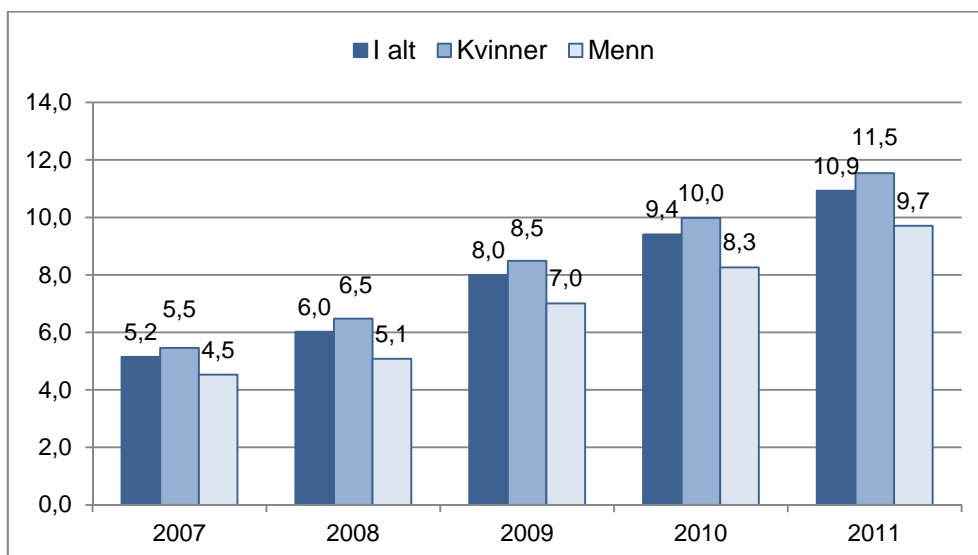


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

\* Brukere som var 67 år og over pr 31.12.2011.

**Figur 5.4. Gjennomsnittlig timer per uke med hjemmetjenester i årene 2007 til 2011 for brukere\* som døde i 2011.**

Kvinner fikk i gjennomsnitt flere timer hjelp per uke enn menn, og denne forskjellen økte med nærheten til dødsåret. I 2007 fikk de kvinnelige brukerne om lag en time mer per uke enn de mannlige; i det siste leveåret fikk kvinnene nesten to timer mer hjelp per uke enn menn, se figur 5.5.

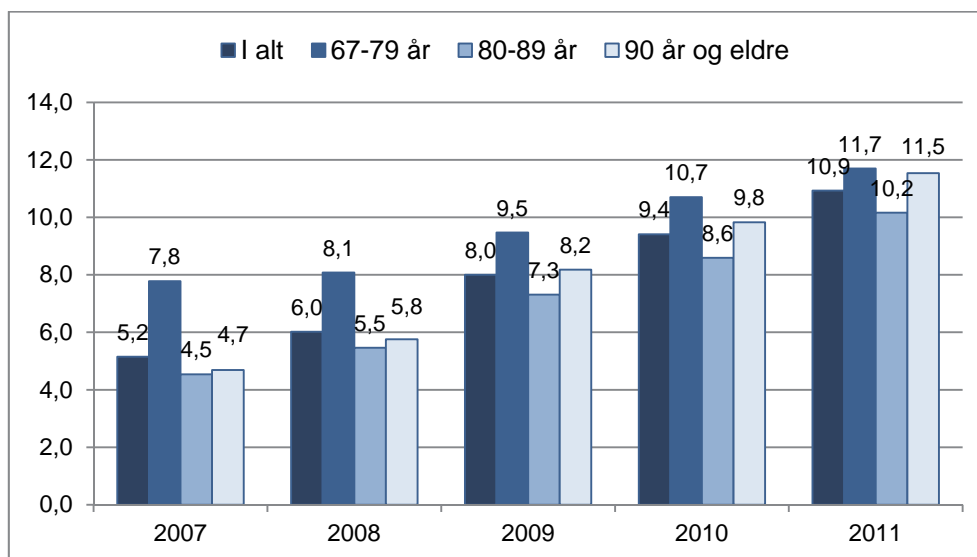


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

\* Brukere som var 67 år og over pr 31.12.2011.

**Figur 5.5. Gjennomsnittlig timer per uke med hjemmetjenester i årene 2007 til 2011 for mannlige og kvinnelige brukere\* som døde i 2011.**

De yngste (67–79 år) og eldste brukerne (90 år og eldre) fikk i gjennomsnitt noen flere timer hjelp per uke enn brukerne mellom 80 og 89 år. Her var forskjellen størst ved periodens begynnelse – brukere i alderen 67–79 år fikk i gjennomsnitt vel tre timer mer hjemmetjenester per uke enn brukere i alderen 80–89 år. I 2011 var forskjellen halvert til en og en halv time per uke (figur 5.6).

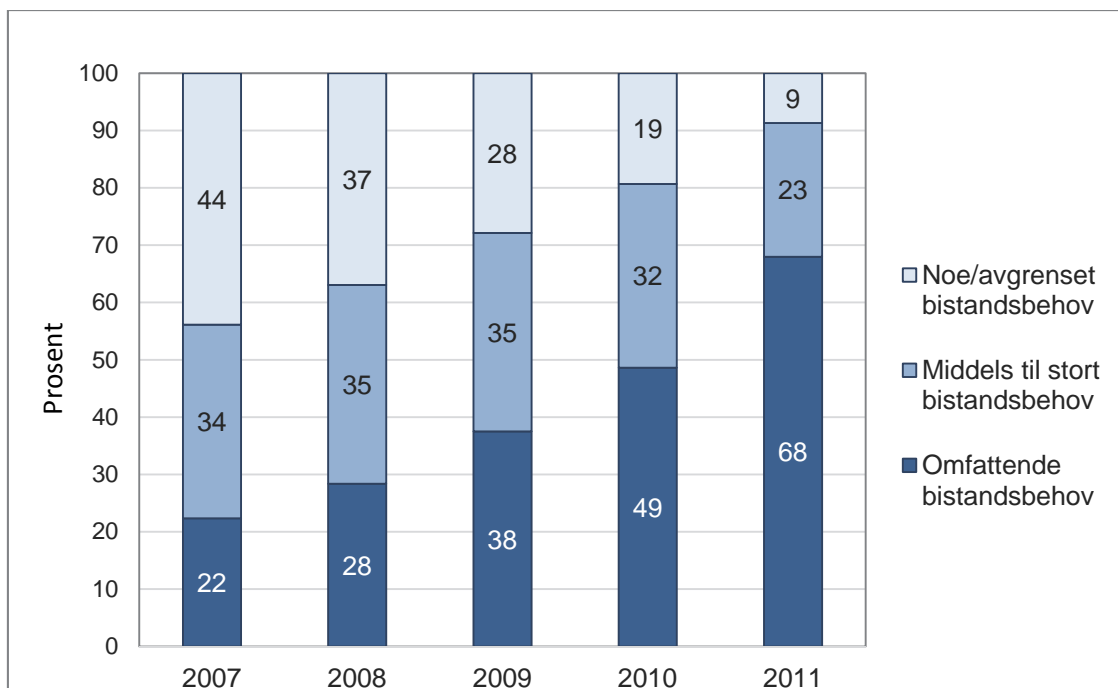


Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

\* Brukere som var 67 år og over pr 31.12.2011.

**Figur 5.6. Gjennomsnittlig timer per uke med hjemmetjenester i årene 2007 til 2011 for brukere\* i ulike aldersgrupper som døde i 2011.**

Tallene i figur 5.4, 5.5 og 5.6 gjelder hjelp til brukere som *ikke* bor i sykehjem. Hvor mye hjelp som gis til institusjonsbeboere blir ikke registrert. Men siden det er en nær sammenheng mellom bistandsbehov og omfanget av hjelp, er det grunn til å tro at det er en tiltakende intensivering av hjelpen for alle brukere når man nærmer seg dødsåret, enten man bor i sykehjem, i omsorgsbolig eller i en vanlig bolig. Nær 70 prosent av de eldre tjenestemottakerne som døde i 2011 hadde «omfattende bistandsbehov», slik dette blir definert i IPLOS (SSB, 2013). Fire år tidligere hadde bare 20 prosent av denne gruppa så omfattende behov (figur 5.7).



Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

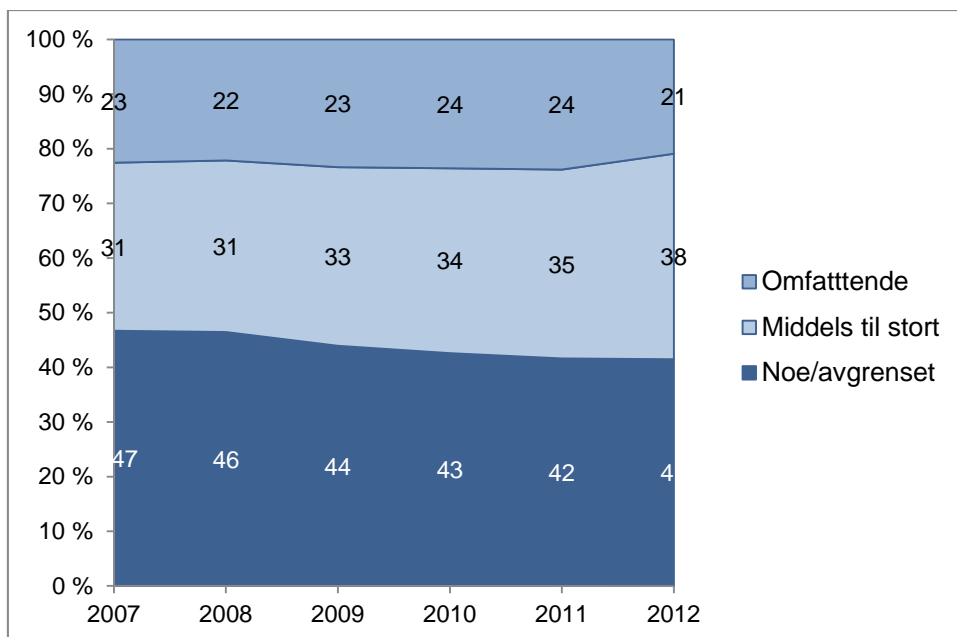
\* Brukere som var 67 år og over pr 31.12.2011.

**Figur 5.7. Utviklingen i bistandsbehov i årene 2007 til 2011 for brukere\* som døde i 2011. Prosent.**

## Strengere kriterier for tildeling av tjenester?

Andelen brukere som har store hjelpebehov ser ut til å øke. Blant *alle* brukerne av kommunale pleie- og omsorgstjenester var det flere med «middels til omfattende bistandsbehov» i 2012 enn da registreringen startet i 2007. Da var det til gjengjeld relativt flere som bare hadde «noe eller avgrenset bistandsbehov». Mens nær 50 prosent av hjelpemottakerne i 2007 hadde «avgrenset bistandsbehov», var dette tilfellet for bare 40 prosent i 2012 (figur 5.8). Vi vet ikke om dette skyldes at helse og funksjonsevne har blitt bedre, eller om det er et resultat av strengere prioriteringer fra kommunenes side. Den siste tolkningen taler for at denne tendensen ikke bare finnes blant eldre brukere, men også blant yngre.





Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

**Figur 5.8. Utviklingen i bistandsbehov i årene 2007 til 2011 for alle brukere. Prosent**

## Hvor lenge bor man i sykehjem?

Korttidsopphold i sykehjem har til formål å utrede, avlaste, behandle eller rehabiliterer. De har en fastsatt sluttdato, og varer i gjennomsnitt om lag tre uker (Gabrielsen, 2013a). Langtidsoppholdene kan variere fra mindre enn én måned til flere år. Gjennomsnittlig oppholdstid kan derfor være misvisende, fordi noen lange opphold trekker gjennomsnittet oppover. De fleste oppholdene varer i mindre enn to år. Av langtidsoppholdene som ble avsluttet i 2011, hadde bare 30 prosent vart i to år eller mer. I 2011 hadde godt og vel 40 prosent av de avsluttede langtidsoppholdene vart mindre enn et halvt år.

## Samhandlingsreformen og pleie- og omsorgstjenestene

Vi kan ikke forvente å finne store endringer i løpet av det første året etter at Samhandlingsreformen ble satt i verk, fra 1. januar 2012. Intensjonen har vært en gradvis innføring. Dersom kommunene gradvis tar et tidligere og større ansvar for pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, kan en forvente at de vil reservere flere plasser i sykehjem for rehabilitering og andre typer korttidsopphold. Tallene for perioden 2009 til 2012 tyder på at dette foreløpig *ikke* har skjedd i noen større utstrekning: Antall beboere som var registrert på

tidsbegrenset opphold ved utgangen av året økte med bare tre prosent fra 2009 til 2012 (tabell 5.3).

**Tabell 5.3. Brukere av tidsbegrenset opphold i institusjon, 2009–2012**

	2009	2010	2011	2012	Økning 2009 til 2012	
					Antall	Prosent
Ved utgangen av året	7072	6691	6585	7293	221	3
I løpet av året	53461	53783	55410	63444	9983	19

Kilde: IPLOS, Statistisk sentralbyrå

Statistikken viser tall som svinger litt opp og ned i samme periode, noe som trolig har sammenheng med at kommunene ikke har reserverte plasser for tidsbegrensede opphold, men tar inn beboere på korttidsopphold etter behov. Det kan imidlertid se ut til at *gjennomstrømmingen* på korttidsplasser har økt noe, det vil si at flere personer har et korttidsopphold i løpet av året. Økningen i gjennomstrømming på tidsbegrenset opphold var på 19 prosent fra 2009 til 2012. Foreløpige tall for 2013 tyder på at det var færre plasser i bruk til tidsbegrenset opphold ved utgangen av året sammenliknet med utgangen av 2012, men at gjennomstrømmingen økte, også fra 2012 til 2013.

## Omsorgsboligen – framtidens sykehjem?

Med økt levealder og bedre helsetjenester blir det stadig flere som overlever sykdommer som tidligere tok mange liv i relativt ung alder. Et resultat av at mange lever til svært høy alder, er at flere får behov for hjelp, og omfattende hjelp, i en kortere eller lengre periode før livets slutt. Hvordan og hvor slik hjelp best kan gis og mottas er et spørsmål om politiske valg og om preferanser i befolkningen. De fleste vil i det lengste helst slippe å måtte flytte til sykehjem. Boliger som er tilrettelagt for at personer med fysiske eller psykiske begrensninger kan fungere på tross av sine problemer, kan være en god løsning. Dette kan samtidig være gode arbeidsplasser for hjelperne, og kan være en mindre ressurskrevende løsning for samfunnet i og med at beboerne i boliger selv tar det økonomiske ansvaret for husleie og andre husholdningsutgifter.

Vi har i dette kapitlet i grove trekk skissert hvor og hvordan dagens eldre mottar pleie- og omsorgstjenester i sine siste leveår. Hittil har det ikke vært

ressurser nok til å utnytte de unike mulighetene som den individbaserte registreringen av pleie- og omsorgstjenesten (IPLOS) gir for å studere omsorgsforløp – hvordan individene beveger seg mellom ulike tjenester og tiltak. Bedre beskrivelser av disse forløp og bevegelser er nå under planlegging, og registrene er nå åpnet for forskere som ønsker å foreta analyser basert på koblinger med andre datakilder. Da kan vi bedre vurdere hvor godt eller dårlig ulike profiler av tjenester er tilpasset behov og ønsker i befolkningen.

## 6 Boliggjøring og familieomsorg:

Innbyr omsorgsboligene til nærere samspill mellom familien og omsorgstjenestene?<sup>8</sup>

Hanna Vangen Nordbø

---

*Dette kapitlet handler om samspillet mellom formell og uformell omsorg ved å belyse sammenhengen mellom eldre foreldres boform og voksne barns rolle i omsorgen. Her undersøkes mer konkret om voksne barns omsorg for eldre foreldre varierer etter om foreldrene er bosatt i sykehjem, i omsorgsbolig med eller uten hel-døgns bemanning, eller i en ordinær bolig med eller uten hjemmetjenester. Resultatene viser at med økende tilgang til tjenester, følger et redusert tilfang av omsorg fra barnas side, mest hva angår praktisk hjelp, mindre utpreget for pleie og sosial kontakt. Storparten av barna har jevnlig kontakt med foreldrene uansett boform, men familiens rolle er hovedsakelig av sosio-emosjonell karakter når tjenester og personale overtar primæransvaret for praktisk hjelp og pleie.*

### Innledning

Eldreomsorgen er et samspill mellom familien og velferdsstaten, med bidrag også fra venner, naboer, frivillige og kommersielle tilbud. Familien og velferdsstaten er de viktigste aktørene, og det er derfor primært mot disse at oppmerksomheten rettes for å utvikle en mer bærekraftig eldreomsorg. Satsningen på omsorgsboliger må ses i denne sammenheng, der noe av begrunnelsen var nettopp å støtte opp om den uformelle omsorgen, fordi familien ble antatt å ha en mer selvfølkelig plass i omsorgsboliger sammenliknet med sykehjem. Case-studier har konkludert at det *kan* være slik (Bogen et al., 2006). Støtter våre data opp om denne hypotesen?

Dette kapitlet handler om samspillet mellom formell og uformell omsorg ved å belyse sammenhengen mellom eldre foreldres boform og voksne barns rolle i omsorgen. Den underliggende antakelsen er at relasjonene som leves ut

---

<sup>8</sup> Kapitlet bygger på Hanna Vangen Nordbøs masteroppgave i sosiologi som er under arbeid.

under ulike boformer påvirkes av de rammene som boformen setter. De ulike boformene kan gi rom, men også skape tomrom, for menneskelige relasjoner. Her undersøkes mer konkret om voksne barns omsorg for eldre foreldre varierer etter om foreldrene er bosatt i sykehjem, i omsorgsbolig med heldøgns bemanning, i annen aldersbolig (uten heldøgns bemanning), eller i en ordinær bolig med eller uten hjemmetjenester. Tre typer av omsorgsarbeid belyses: jevnlig praktisk hjelp, personlig pleie og sosial kontakt (besøk).

## Omsorgsbegrepet

Selv om moderne omsorgsboliger og sykehjem ser ut til å nærme seg hverandre i utforming, er de formelle rammene fortsatt ulike, og det er ennå ikke dokumentert om boformen gjør noen forskjell for familieomsorgen. Studien bryter i så måte ny mark.

Forventningen om at pårørendes omsorgsinnsats vil variere med boform, bygger blant annet på at det er forskjell i nivået av behov og tjenester i de ulike boformene. Terskelen til sykehjemmet er vanligvis høy. Det skal oftest betydelige behov til for å bli tildelt plass, og i og med innflytting, blir man tilbudt en mer eller mindre standardisert pakke av tjenester som dekker de mest grunnleggende behov. Omsorgsboligen og tjenestene til beboerne skal imidlertid tildeles uavhengig av hverandre. Det er derfor ikke mulig å si hvilke typer og omfang av omsorgstjenester som beboerne måtte ha tilgang til ene og alene ut fra deres boform.

Omsorgsbegrepet blir brukt både om *uformell* omsorg i form av hjelp, pleie og kontakt fra familien og nettverket, og om *formell* omsorg som gis gjennom velferdsstaten (her: kommunene). Et sentralt spørsmål er om disse omsorgsformene kan erstatte hverandre. I utredningen «Innovasjon i omsorg» diskuteres bruken av omsorgsbegrepet, og det settes spørsmålstegn ved om det er riktig å bruke det som en betegnelse for både organisasjoner, bygninger og tilskuddsordninger så som omsorgsboliger, fordi risikoen er at det dermed loves for mye (NOU 2011:11). Begrepet omsorgsbolig antyder at det følger omsorg med boformen, men den offentlige omsorgen som ytes til beboerne er i prinsippet uavhengig av boformen, og gis etter individuell prøving og vedtak, slik tilfellet er for beboerne i den ordinære boligmassen.

Omsorgsbegrepet har flere dimensjoner. Det omfatter både handlinger som det å gi praktisk hjelp, men også kvaliteten ved handlingene, dvs. *hvordan* hjelpen blir gitt. Kari Wærness (1982) skiller mellom fire former for omsorg: omsorgsarbeid, personlig tjenesteyting, spontane omsorgstjenester og omsorg basert på gjensidighet. *Omsorgsarbeid* defineres som arbeid som utføres for personer som ikke er selvhjulpne, og innebærer en forpliktelse fra omsorgsgiverens side. Med utgangspunkt i Wærness' definisjon av omsorgsarbeid, skiller Romøren (2001) mellom tre typer av omsorgsaktiviteter: kontakt, praktisk hjelp og pleie. Dette kapitlet følger Romørens inndeling. Den omsorgsaktivitet som belyses dreier seg om pleie, om praktisk hjelp som innkjøp, husarbeid og transport, og om sosial kontakt som besøk og samvær. Omsorgen kan ytre seg på mange måter. De mer krevende oppgavene blir normalt et ansvar for den formelle omsorgen og den nærmeste familien. Mindre krevende oppgaver kan bli delt av flere, og blir til dels sett som et privat, og ikke et velferdsstatlig, ansvar.

Barna utgjør den nærmeste og viktigste kilden til uformell omsorg nest etter ektefellen/samboeren (Gautun, 2003, Veenstra og Daatland, 2012). Eldre mennesker foretrekker ofte selv å få hjelp fra tjenestene, i det minste ved langvarige behov; de kan være redde for å ligge familien til byrde (Daatland og Herlofson, 2004). Den formelle omsorgen tar derfor brorparten av ansvaret for pleietrengende eldre, oftest ved opphold i sykehjem eller annen tilrettelagt bolig, i noen tilfeller ved pleie i hjemmet, og da som regel i samarbeid med familien. Hjemmebaserte tjenester i et omfang som gjør hjemmepleie mulig gis sjeldnere til eldre enn til yngre med tilsvarende behov.

Den uformelle omsorgen er hovedkilden til praktisk hjelp og sosial kontakt og støtte. Framveksten av velferdsstatens tilbud har ikke erstattet familieomsorgen, men tilgang til velferdsstatlige tjenester har lettet familiens ansvar, og de to partene – familien og velferdsstaten – spiller sammen og deler på ansvaret. I land med mindre utbygde tjenester er familien den helt dominerende omsorgsinstitusjonen. I land med godt utbygde tjenester, som i Norge og det øvrige Norden, er omsorgsansvaret mer likelig fordelt (Daatland og Herlofson, 2004, Brandt et al., 2009, Brandt, 2012). Felles for alle landene er at kvinner tar hovedansvaret både i familien og i velferdsstaten.

## Boforens betydning

I dette kapitlet stilles det spørsmål om tilrettelagte omsorgsboliger kan representere en bro mellom familien og velferdsstaten, fordi det er en mer selvfølgelig plass for familieomsorgen i boliger enn i sykehjem. Antakelsen er at både omgivelsene og organisasjonsformen kan ha innflytelse på pårørendeomsorgen. I Gjærevollutvalgets utredning (NOU 1992:1), som på sett og vis «varslet» denne vendingen av omsorgspolitikken fra institusjonsdominans mot en mer bolig- og hjemmebasert omsorg, heter det at en «hensiktsmessig bolig» og en «hensiktsmessig organisering av omsorgsapparatet i kommunen» er viktige forutsetninger for den uformelle omsorgen. Utvalget poengterte at boliger som legger til rette for egenomsorg og et tilstrekkelig tjenestetilbud kan bidra til å støtte opp om den uformelle omsorgen, men samtidig at det ikke må bli for belastende å hjelpe. Vi sakser et eksempel i en rapport fra Fjell kommune, der dette formålet blir beskrevet på en svært direkte måte:

Det var sjølvsagt eit stort politisk ordskifte om valet mellom å byggje sjukeheim eller omsorgsbustader med heildøgns bemanning i Fjell kommune på 1990-talet. (...) Noko av det som fekk politikarane i Fjell til å satse på omsorgsbustader var dette: (1) å styrka brukaren sin råderett over eige liv, og (2) å inkludera dei pårørande på ein annan måte enn det som er tradisjonen på ein sjukeheim. Omsorgsbustadene er godt tilrettelagte for auka familieomsorg med eigen kjøkkenkrok og høve til overnatting. (Fjell kommune, 2012, s. 31)

Eksempelet fra Fjell styrker antakelsen om at boformen kan ha en direkte sammenheng med den uformelle omsorgen. Men hvorvidt det ble slik, er foreløpig ikke undersøkt nærmere i en bredere studie. Slagsvold (2002) fant i en kvalitativ studie at beboere i omsorgsboliger hadde hyppigere kontakt med sine barn enn beboere i sykehjem. Bogen m. fl. (2006) fant i en case-studie at omsorgsboligene er utformet på en måte som gjør det lett for pårørende å komme på besøk, og nevner leilighetsstørrelse, at det er mulig å lage kaffe, se på TV og bruke kjøkkenet som viktige faktorer for at de pårørende trives og er aktive. De fant samtidig at det kan oppstå konflikt mellom pårørendes og ansattes forventninger; at man fra tjenestenes side forventet at pårørende bidro med mer praktisk hjelp i omsorgsboligene enn i sykehjemmet, og i noen tilfeller mer enn de pårørende selv fant naturlig.

## Data og metoder

Data er hentet fra den andre runden av Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). Utvalget er representativt for landet og omfatter hjemmeboende personer i alderen 18–84 år. Undersøkelsen inneholder intervjudata fra telefonintervju og postale skjemaer, med påkoblede registerdata. Datainnsamlingen ble foretatt i 2007–2008. Svarprosenten for telefonintervjuet var på 60 prosent (Slagsvold et al., 2012).

Utvalget inkluderer ikke de aller eldste og personer som bor på institusjon, men disse er representert via opplysninger fra deres voksne barn. Problemstillingen kan dermed belyses fra synsvinkelen til barn av eldre personer som bor i de ulike boformene. Det aktuelle utvalget for denne studien er personer som har foreldre i alderen 70 år med helsemessige begrensninger og som ikke bor i samme husholdning som respondenten. Foreldres «helsemessige begrensninger» er rapportert av respondentene, som er de voksne barna. De fikk spørsmål om foreldrene er begrenset i daglige gjøremål av helsemessige årsaker, og de som svarte ja til dette er med i utvalget. 72 prosent av disse oppga å ha en mor med begrensninger, mens 41 prosent sa at far var begrenset. Gjennomsnittsalderen til foreldrene er i overkant av 80 år, mens den for de intervjuede barna er 50 år. Det er omtrent like mange sønner som døtre i utvalget. Over halvparten av dem (59 prosent) har barn de bor sammen med, og 85 prosent bor med partner (ektefelle/samboer). De fleste (93 prosent) har søsken. 86 prosent er i arbeid (hel- eller deltid). For halvparten (50 prosent) av foreldre–barn-relasjonene er den geografiske avstanden relativt kort ved at de bor mindre enn fem mil fra hverandre.

Undersøkelsen skiller mellom barn som gir jevnlig praktisk hjelp til daglige gjøremål som husarbeid og handling, jevnlig hjelp til personlig pleie, og hvor ofte barna er sammen med sine foreldre. Det presiseres at det med *jevnlig* menes hjelp og pleie som blir gitt minst en gang i måneden. Dette gjør at de som har en regelmessig hjelperelasjon til sine foreldre fanges opp, men ikke sporadisk hjelp som blir gitt av og til. Det ble også stilt spørsmål om kontakthypighet med mor og far. De relevante spørsmålene slik de ble stilt i telefonintervjuet, er vist nedenfor.



### Operasjonalisering av omsorgsarbeid (de avhengige variablene)

<i>Praktisk hjelp</i>	«Har du i løpet av det siste året <u>jevnl</u> ig gitt <u>praktisk hjelp</u> til andre som du ikke bor sammen med? Som f.eks. hjelp til hus og hage, transport, innkjøp ol. Med jevnlig mener vi minst en gang i måneden til samme person. Hvem har du hjulpet?» «Omtrent hvor mange ganger per måned har du gitt slik hjelp?»
<i>Personlig pleie</i>	«Har du i løpet av det siste året gitt <u>jevnl</u> ig hjelp til <u>personlig pleie</u> til noen du <u>ikke</u> bor sammen med, slik som å spise, stå opp, påkledning, eller gå på toalettet? Regn ikke med omsorg for små barn. Med jevnlig mener vi minst en gang i måneden til samme person. Hvem har du hjulpet?» «Omtrent hvor mange ganger per måned har du gitt slik hjelp?»
<i>Sosial kontakt:</i>	«Er du sammen med din [mor/far] ukentlig, månedlig, årlig eller sjeldnere?» «Omtrent hvor mange ganger er dere sammen per uke/måned/år?»

## Resultater

Tabell 6.1 viser hvor stor andel av det samlede utvalget som bistår foreldre med slik hjelp: Åtte prosent gir jevnlig personlig pleie til én eller begge foreldrene, 22 prosent gir jevnlig praktisk hjelp og 78 prosent har kontakt (samvær) med foreldrene minst én gang i måneden. De fleste spurte har søsken, og foreldrene har derfor flere barn de kan få hjelp fra. Hjelpesfrekvensen ville dermed ha vært høyere om analysene var basert på foreldrenes synsvinkel. De fleste barna har under alle omstendigheter jevnlig samvær med sine eldre foreldre. Denne kontakten inkluderer ikke sjelden praktisk hjelp, men bare få oppgir at de gir jevnlig pleie. En viktig årsak er at det er få som har foreldre med pleiebehov, og at ved slike behov kobles gjerne de offentlige tjenestene inn, først som hjemmesykepleie og dernest i sykehjem.

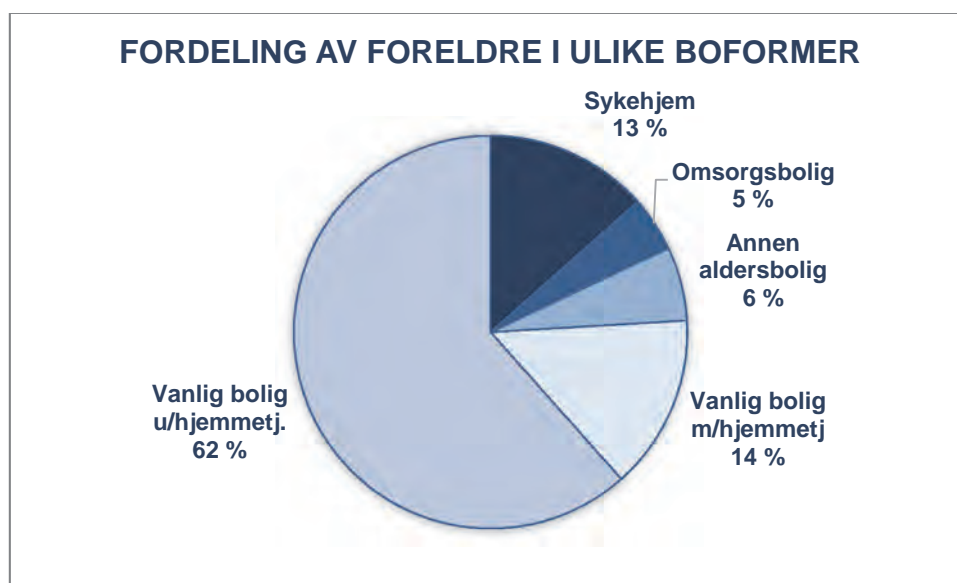
**Tabell 6.1. Pleie, praktisk hjelp og sosial kontakt overfor eldre foreldre med helsebegrensninger.**

	Prosent
Gir jevnlig praktisk hjelp til mor og/eller far	22
Gir jevnlig personlig pleie til mor og/eller far	8
Har kontakt med mor og/eller far minst månedlig	78

(N=2055)

Figur 6.1 viser hvordan foreldrene er fordelt på de aktuelle boformene. De fleste foreldrene (som altså er 70 år og eldre med helsemessige begrensninger) bor i vanlige boliger (76 prosent), oftest uten å ha hjemmetjenester (62 prosent).

Dette illustrerer at «helsebegrensningene» i dette tilfellet kan være nokså moderate og trenger ikke forhindre personen i å være selvhjulpen. Nær en av fire (24 prosent) bor i en av de tilrettelagte boformene, og da oftest i sykehjem (13 prosent), noe sjeldnere i omsorgsbolig (5 prosent) eller i annen aldersbolig uten heldøgns bemanning (6 prosent). Alt i alt har 38 prosent av foreldrene tjenester fra eldreomsorgen, og nær 2/3 av disse (24 av 38 prosent) bor da i sykehjem eller i en tilrettelagt aldersbolig. Bemerkelsesverdig få – 14 prosent – ser ut til å tildeles hjemmetjenester mens de (fortsatt) bor i den ordinære boligmassen.

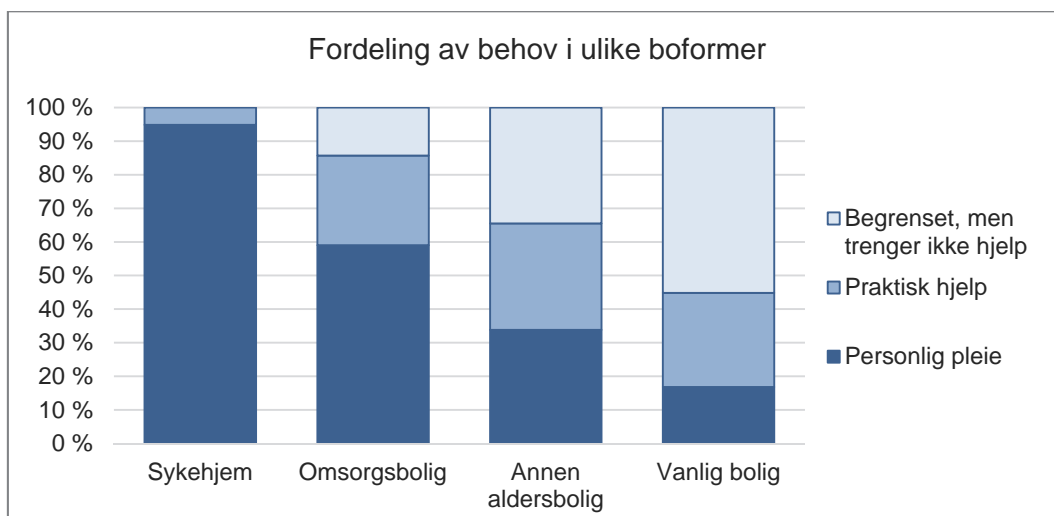


**Figur 6.1. Fordeling av foreldre på ulike boformer.**

Figur 6.2 viser at sykehjemmene har det tyngste klientellet: Nær alle sykehjemsbeboerne er vurdert å ha et pleiebehov, mot 60 prosent i omsorgsboliger, 35 prosent i andre aldersboliger<sup>9</sup> og 15 prosent i den ordinære boligmassen. Dette mønsteret er omtrent det samme som tegnes av Statistisk sentralbyrå for landet som helhet via den individbaserte pleie- og omsorgsstatistikken

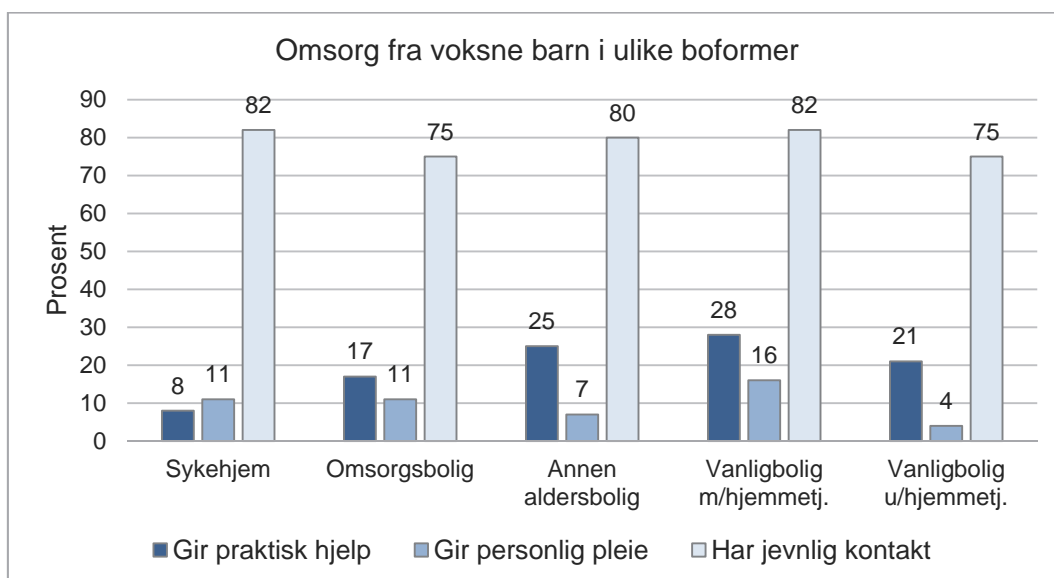
<sup>9</sup> I spørreundersøkelsen skilles det mellom «omsorgsbolig med heldøgns bemanning» og «serviceboliger, trygdeboliger eller andre aldersboliger (uten heldøgns bemanning)». Denne siste kategorien kalles her «annen aldersbolig». Kategorien skiller seg fra omsorgsboliger med heldøgns bemanning fordi den inneholder boformer som er tildelt etter behov, men som er uten heldøgns bemanning. Kategorien kan derfor inneholde foreldre som bor i en bolig som ble bygget som omsorgsbolig etter de formelle kriteriene, men som har lavere bemanning enn boformen til de som svarer omsorgsbolig med heldøgns bemanning.

(IPLOS) og indikerer dermed at vårt utvalg trolig gir et representativt bilde av situasjonen på landsbasis.



**Figur 6.2. Fordeling av behov i ulike boformer.**

Figur 6.3 viser hvor stor andel som gir omsorg til foreldre i de forskjellige boformene. Variasjonen er størst for *praktisk hjelp*: Det er 20 prosentpoeng differanse i hjelpefrekvens mellom de ulike boformene. Færrest gir praktisk hjelp til foreldre i sykehjem (8 prosent) og flest når foreldrene bor i vanlig bolig med hjemmetjenester (28 prosent). Omsorgsboliger og aldersboliger plasserer seg i en mellomstilling.



**Figur 6.3: Prosentandel av voksne barn som gir ulike former for omsorg til foreldre i ulike boformer.**

Mønsteret for *personlig pleie* er mindre tydelig. Det er samme andel som gir personlig pleie i sykehjem og i omsorgsbolig (11 prosent), litt færre i andre aldersboliger (7 prosent) og flest, 16 prosent, i vanlige boliger med hjemmetjenester.

Andelen som har *jevnlig kontakt* med foreldrene varierer lite mellom boformene, fra 75 prosent i omsorgsbolig og ordinære boliger uten hjemmetjenester til 82 prosent i sykehjem og ordinære boliger med hjemmetjenester.

Disse beskrivende mønstrene gir en foreløpig støtte til antakelsen om at boformen *gjør* en forskjell for familiens rolle i omsorgen. I sykehjemmet har voksne barn først og fremst en sosial rolle – de går på besøk. I omsorgsboliger og andre aldersboliger likeså en sosial rolle, men her bidrar barna også med praktisk hjelp. Særlig vanlig er praktisk hjelp til foreldre i den ordinære boligmassen, og især når foreldrene også har hjemmetjenester. Hjemmetjenestene er da tydeligvis ikke nok, men må suppleres av barna og eventuelle andre.

Mønstrene er klare nok, men det er ikke gitt hva som forklarer dem, for det kan ligge andre forskjeller under enn selve boformen, og som det bør kontrolleres for i multivariate analyser. Blant slike trekk er alder, som her tjener som en indikator for hvor omfattende foreldrenes behov er: jo eldre, desto skrøpeligere antas foreldre å være. Foreldres behov er også målt mer direkte, og gir noe inkonsistente resultater og bør derfor tolkes forsiktig, for eksempel oppgir noen at foreldrene er «begrenset i stor grad», men «trenger (likevel) ikke hjelp».

Både foreldrenes og barnas kjønn kan også tenkes å bidra til å forklare hjelpemønstrene. Geografisk avstand likeså. Det kontrolleres også for om barna har mottatt penger eller gaver (inkludert arv) av betydelig verdi i løpet av siste året, som i så fall kan motivere gjenytelser i form av hjelp.

Analysene viser at det er større sannsynlighet for at barna gir *jevnlig praktisk hjelp* i alle andre boformer sammenliknet med sykehjem. Sannsynligheten for å gi hjelp til foreldre i omsorgsboliger er signifikant forskjellig fra både sykehjem (lavere) og vanlige boliger (høyere). Resultatene tyder på at så vel sykehjem som omsorgsboliger avlaster pårørende, men sykehjemmet mest. Her er det mest personale. Barn som hjelper hjemmeboende foreldre gir oftere hjelp enn andre, spesielt når foreldrene også har hjemmetjenester, som indikerer at hjelpen fra hjemmetjenestene ofte bare er et supplement til familiehjelpen.

Omfanget av praktisk hjelp varierer altså med foreldrenes boform, selv etter kontroll for behov, alder og avstand m.m. Noen av disse andre faktorene

slår også ut: Praktisk hjelp øker for eksempel med foreldrenes behov, og minsker med økende geografisk avstand. Enebarn er mer tilbøyelige til å hjelpe enn de som har søsken. Størst sannsynlighet for å gi hjelp finner vi i datter–mor relasjonen. Til slutt kan nevnes at barn som har mottatt en større gave eller arv fra foreldrene har høyere hjelpefrekvens enn andre barn. Dette kan tyde på at i relasjoner der barna gir mer hjelp, gir også foreldrene mer til barna, kanskje for å skape balanse i relasjonen i tråd med den generelle gjensidighetsnormen.

Som vist i tabell 6.1 er det mindre vanlig å gi *personlig pleie* (8 prosent) enn å gi praktisk hjelp (22 prosent) til foreldrene. De multivariate analysene viser dessuten mindre variasjon av pleie på tvers av boformer. Signifikant større sannsynlighet for å yte pleie finner vi bare for foreldre med hjemmetjenester i vanlige boliger sammenliknet med foreldre i sykehjem. Sannsynligheten for å yte pleie varierer med behovet, rimeligvis, og er vanligst for døtre overfor mødre. Behovet for pleie er ellers et avgjørende kriterium for å flytte i sykehjem, og både praktisk hjelp og personlig pleie blir da i det store og hele personalets ansvar.

Det er ingen signifikante forskjeller i sannsynligheten for jevnlig *sosial kontakt* med foreldre i ulike boformer. Kontaktfrekvensen er jevnt over høy i alle boformer, men det er en viss variasjon i hvor ofte man omgås. Kontakten er hyppigere med foreldre i vanlige boliger og i aldersboliger uten heldøgns bemanning. Kontaktfrekvensen synker med stigende avstand, rimelig nok, men øker med foreldrenes alder. Kontakten er altså mindre hyppig i de to boformene som har et eget personale, sykehjem og omsorgsboliger (med heldøgns bemanning). Hvorvidt det er nettopp derfor, eller av andre grunner, for eksempel at omgivelsene er triveligere i vanlige boliger, er vanskelig å si. Sosial kontakt er ellers den omsorgsformen som varierer minst mellom boformene og illustrerer at familiens omsorgsansvar ikke stopper ved porten til sykehjemmet og omsorgsboligen, men følger med inn, men trolig i litt tynnere tapning.

## Konklusjon

Resultatene bekrefter at det er en sammenheng mellom foreldres boform og barnas omsorgsyting. Med økende tilgang til tjenester følger et redusert omfang av omsorg fra barnas side. Forskjellen er klarest for omfanget av praktisk

hjelp, og er mindre utpreget for pleie og sosial kontakt. Den sterkeste omsorgsrelasjonen er for øvrig den mellom døtre og mødre.

Tilgangen til tjenester ser ut til å redusere behovet for praktisk hjelp, til dels pleie, men ikke sosial kontakt. Ved innleggelse i sykehjem, og i noen grad ved innflytting i omsorgsbolig, blir den langvarige hjelp og pleie personalets primæransvar. Det er mer praktisk hjelp i omsorgsboliger enn i sykehjem, men det er ikke klart om dette er fordi det er lettere for pårørende å slippe til her, eller om det er på grunn av mangel på tjenester i boligene at pårørende blir trukket mer inn i omsorgen. Hjemmetjenester reduserer også behovet for hjelp fra barna, men i mindre grad, fordi denne hjelpen fordeles tynnere, og/eller fordi foreldrenes eget hjem i større grad blir oppfattet som familiens ansvarsområde. Storparten av barna har jevnlig kontakt (samvær) med sine eldre foreldre, uansett hvilken boform de har. Familiens ansvar og rolle blir nok hovedsaklig av sosio-emosjonell karakter når tjenester og personale overtar ansvaret for praktisk hjelp og pleie.

Døtre og sønner har like ofte kontakt med foreldrene, men døtre gir mer praktisk hjelp, og tar et større ansvar for den personlige pleien enn sønner, men vel å merke overfor sine mødre, ikke overfor sine fedre, som kan ha sammenheng med at mødre oftere er enslige. Hvorvidt dagens familier blir tvunget til større ansvar enn familien selv finner naturlig, og hvor langt det er rimelig at familiens ansvar skal strekke seg og i hvilken form må veies mot andre hensyn.

Alt i alt synes det som omsorgsboliger, ja en boliggyøring av omsorgen mer generelt, innbyr til et nærere samspill mellom familien og omsorgstjenestene enn den tradisjonelle institusjonsomsorgen gjør. Institusjonen overtar langt på vei omsorgsansvaret, i omsorgsboliger og hjemmebasert omsorg deler familien og tjenestene på ansvaret. Da er risikoen der for at familien påtvinges ansvar gjennom unnfalighet fra tjenestenes side, det som Saraceno (2010) har kalt «familism by default». Resultatene her viser at familien ofte ønsker å bidra i omsorgen, men trenger den nødvendige støtte til det. Der skorter det ofte, fordi omfanget og kvaliteten av hjemmebaserte tjenester i dag er mangelfulle i de fleste kommuner, især der brorparten av ressursene er reservert for institusjonsomsorgen.



## 7 De gode forbildene

### Om bokkvalitet i bolig- og institusjonsløsninger for eldre

Karin Høyland og Silje Strøm Solberg

---

*Den norske diskursen omkring botilbudet for framtidens eldre er preget av en polarisering mellom institusjon og bolig. Diskursen blir dermed lett for snever, og ser for mye bakover mot gårsdagens løsninger. Det dreier seg nå om å utvikle nye tilbud, som kan kombineres og ta med seg det beste fra flere modeller. Eldre mennesker har ikke bare ulike behov, men også ulike preferanser. Vi trenger derfor mange og forskjellige bo- og tjenestetilbud. I dette kapitlet trekkes det opp hvilke behov som skal imøtekommes, og hvilke kvaliteter som bør tilstrebes i framtidens rettede bo- og omsorgsformer for eldre år. Kapitlet avrundes med fire eksempler til etterfølgelse, som hver på sin måte peker framover.*

#### Innledning

Dette kapitlet har som mål å klargjøre hvilke kvaliteter som bør ligge til grunn for framtidens rettede bo- og tjenestemodeller for eldre år. Kapitlet bygger på egne case-studier samt nyere litteratur om emnet. Utgangspunktet er å trekke frem kvaliteter slik *beboerne selv* ser det. Studier viser at det da dreier seg om mer enn utformingen av selve boligen. Bokkvalitet fra beboernes perspektiv omfatter også det sosiale miljøet, nærheten til tjenesteapparatet, måten tjenestene er organisert på og ikke minst lokaliseringen i forhold til andre funksjoner og aktiviteter. Bokkvalitet fra et brukerperspektiv må derfor drøfte alle disse dimensjonene og se nærmere på hvordan de virker sammen.

Den norske diskursen omkring botilbudet for morgendagens eldre er preget av en polarisering mellom institusjon og bolig. «Institusjonen» symboliserer gjerne et helhetlig omsorgstilbud og fysiske omgivelser som er lagt til rette for dem som skal yte hjelp og pleie, mens «boligen» symboliserer fysiske omgivelser som framtrer som beboerens domene, der tjenesteapparatet kommer sporadisk på besøk og hjelper. Diskusjonen om hva man bør bygge tar gjerne utgangspunkt i om beboeren er syk eller ikke. Denne måten å tenke på er imidlertid i konflikt med det som ofte kjennetegner skrøpelige eldres



helsetilstand; at man ikke er enten syk eller frisk, men har deler av seg som ikke fungerer så godt lengre. I denne situasjonen kan det være like viktig å fokusere på hvilke rest-ressurser som det er mulig å støtte opp om. Eldres helsetilstand er også kjennetegnet nettopp ved å variere (Slagsvold, 1994, Veenstra et al., 2009). Det er derfor også et mål å utvikle tjenestetilbud som imøtekommer denne variasjonen.

Det er for Norges del klare skillelinjer mellom «bolig» og «institusjon» i lovverk og betalingsordninger, i måten tjenestene er organisert på og tildels også i byggenes fysiske utforming (jf. kapittel 2). Tar vi utgangspunkt i hvordan den eldre selv opplever sitt hverdagsliv, er det ikke like viktig om botilbudet er definert under det ene eller andre lovverket. Dette kapitlet fokuserer derfor primært på *beboernes* opplevelse av kvaliteter, og mener dette er et nyttig verktøy for å videreutvikle både boliger og institusjonstilbud.

Skal vi trekke fram kvalitativt gode løsninger må vi også inkludere en forståelse av de nye samfunnsutfordringene vi står overfor. Det at det blir stadig flere eldre og relativt færre yngre i befolkningen byr på utfordringer for velferdsstaten selv for et rikt land som Norge. Vi må derfor søke etter løsninger som støtter opp under såvel effektiv offentlig omsorg som ulike former for privat omsorg. I privat omsorg inkluderer vi her både omsorg som kan kjøpes, og omsorg som gis fra frivillige og pårørende. Og kanskje viktigst: Vi må utvikle løsninger som kan stimulere og støtte opp om den eldres muligheter for å mestre sitt eget hverdagsliv.

Økningen av de eldste i befolkningen blir særlig sterk etter 2030 (NOU 2011:11, St.meld. nr. 29, 2012–13). Nettopp derfor er det viktig at man i mellomtiden får prøvd ut nye boligløsninger som kan vise vei framover. Nye løsninger som omfatter kombinasjoner av bygg med bevisst lokalisering og utforming, nye tjenestemodeller og ny teknologi. Mot slutten av kapitlet trekker vi fram fire eksempler som hver på sin måte peker framover.

## Hverdagskvaliteter fra et brukerperspektiv

Som nevnt innledningsvis, skal vi her drøfte løsningene i lys av hvilke kvaliteter brukerne selv opplever som viktige. Opplevelsen av et byggs brukskvalitet er avhengig av hvem en er og hvilken rolle man har i bygget. Er du beboer, pårørende på besøk, vaktmester eller sykepleier? Alle disse perspektivene vil kunne

gi nyttige innspill om de ulike forventninger til bygget. Like viktig er det å ta hensyn til at noen ser dårlig, hører dårlig eller har vanskelig for å konsentrere seg. Det kan være komplekst, men ikke umulig, å danne seg et samlet bilde av disse ulike brukerperspektivene. Det kan derfor være et nyttig hjelpemiddel å definere noen brukerperspektiver og å drøfte konkrete løsninger i lys av disse. Vi betegner gjerne dette for ulike «brukerforståelser». Siden botilbud primært er til for beboerne, vil vi i dette kapitlet fokusere på den hjelpetrengende eldres perspektiv. Ansattes arbeidsforhold er også viktig, og likeledes pårørendes muligheter for å delta i omsorgen. Men ved utformingen av gode bo- og omsorgstilbud er likevel beboernes eget perspektiv avgjørende og det man må prioritere høyest.

Selv om vi avgrenser diskusjonen til botilbud for eldre, er det ikke mulig å gi en enhetlig karakteristikk av gruppen eldre. Vi kan imidlertid identifisere noen felles trekk blant de som ikke klarer å bli boende i egen bolig og som derfor trenger et særskilt botilbud. I studien «Egen bolig også når helsa svikter» (Bogen et al., 2006) sier nesten samtlige pårørende at flyttingen til omsorgsbolig skyldtes økte pleie- og omsorgsbehov. Noen søkte seg dit primært for den tryggheten som nærheten til tjenesteapparatet kunne gi. I denne undersøkelsen sier vel 70 prosent av de pårørende at *deres* beboer i omsorgsboligen trenger hjelp til det meste i hverdagen. Et fellestrekk ved omsorgsboligene i denne studien var altså at de fleste beboerne hadde omfattende behov, og at de bodde i boliger med muligheter for å få et omfattende tjenestetilbud.

Beboerne hadde i varierende grad:

- redusert bevegelighet og behov for rullestol eller gåstol,
- redusert syn og hørsel,
- ulike grader av demens og forvirring,
- behov for daglig medisinsk og pleiefaglig hjelp,
- behov for hjelp til å arrangere og strukturere hverdagen,
- behov for trygghet gjennom nærhet til bemanning,
- behov for assistanse for å kunne ta del i felleskap med andre.

Ved vurdering av boligbehovene skiller det ofte mellom beboere med ulike grader av demens og beboere som trenger hjelp og tilsyn av andre grunner. For de sistnevnte dreier det seg ofte om betydelige fysiske funksjonshemninger pga. slag eller progredierende sykdommer som MS og lignende. En stor gruppe faller *mellom* de to kategoriene. Svekkelsene kan være av generell og sammensatt karakter og kan gi seg utslag både i kognitiv svikt, i opplevelse av utrygghet og i fysiske funksjonshemninger.

Antall personer med demens i Norge er om lag 70 000, men ventes å øke vesentlig de neste tretti årene (Helsedirektoratet, 2007a). Behovet for å etablere tilrettelagte boliger for denne brukergruppa er derfor også sterkt økende. I Stortingsmelding 29 (2012–13) om «Morgendagens omsorg», tar man utgangspunkt i at om lag 80 prosent av sykehjemsbeboerne har en demenssykdom. Gjennom ulike nasjonale føringer og økonomiske virkemidler legges det nå opp til at både sykehjem og omsorgsboliger i større grad bør tilpasses og tilrettelegges for nettopp denne brukergruppa. For personer med demens er det spesielt viktig å redusere risikoen for forvirring gjennom å forenkle og avgrense de fysiske omgivelsene. På denne måten får man færre personer og steder å forholde seg til. Omgivelsene bør uttrykke noe som er kjent og trygt for beboerne.

I helsesektoren er det vanlig å knytte boligbehov til diagnoser eller grader av skrøpelighet. I boken «Det danske modellprogrammet» (Bascon, 2010) pekes det på at det også er andre viktige forskjeller av betydning for å forstå hvordan eldre ønsker å bo, for eksempel hvor sosialt orientert man er. Det er åpenbart at man også på dette feltet er forskjellige, og at disse forskjellene ikke forsvinner om man svekkes eller trenger hjelp i hverdagen. Når vi her drøfter ulike bo- og tjenestetilbud, kan det derfor være nyttig å drøfte boligpreferanser også ut fra slike forskjeller. Noen mennesker ønsker å bo i et tett felleskap og ha mye sosial kontakt med andre, mens andre er mer individuelt orientert og ønsker primært å ha omgang med familie og venner som de kjenner fra før. Disse skillene har bakgrunn i at vi rett og slett er forskjellige, har ulike vaner, ulik kulturell bakgrunn og ulike sosiale nettverk.

Karakteristisk for tradisjonell tenkning på området er at den som regel tar utgangspunkt i det som *ikke* fungerer godt. Ser man derimot på hvilke gjenværende ressurser den eldre har, gir det rom for andre måter å tenke på.

Også eldre med hjelpebehov kan ha interesse av litteratur, musikk eller hagestell. Kan botilbud for grupper av eldre etableres rundt en felles interesse eller ressurs? I boken «Design for Aging» (Anderzhon, 2012), som er et resultat av et større internasjonalt prosjekt og som viser eksempler på gode boligeeksempler fra mange land, pekes det på at nettopp løsninger som aksepterer at vi er forskjellige kanskje er det viktigste kriterium for fremtidsrettede løsninger. Når vi i neste avsnitt drøfter egenskaper ved det fysiske som støtter opplevelsen av trygghet, er det åpenbart at dette er en dimensjon som kan variere med mange og ulike parametre. For noen betyr trygghet en nærhet til tjenesteapparatet, for andre kan det bety nærhet til naboer en kjenner eller rett og slett å være i kjente omgivelser. En ekstra utfordring er at det som oppleves trygt i én periode, kan endre seg i en annen, f.eks. etter å ha blitt rammet av en sykdom.

Mye tyder på at morgendagens eldre i enda sterkere grad enn i dag vil trå tydeligere fram som en mangfoldig gruppe med ulike ønsker og behov (Slagsvold og Solem, 2005). Hva som derfor oppleves som kvalitativt godt, må drøftes i lys av dette mangfoldet. Folk har ulike behov og preferanser, og tilbudene må ha en grad av fleksibilitet som respekterer individualitet og en forståelse av ulike brukerperspektiver. Ut fra dette vil nettopp valgfrihet og tilgangen på ulike løsninger kunne betraktes som en kvalitet i seg selv.

## Avgjørende egenskaper

Et av de mest omfattende forskningsprosjektene på dette feltet i Norden, er de danske studiene som er oppsummert i boken «Trivsel i pleieboligen» (Møller og Knudstrup, 2008). Flere norske undersøkelser av noe mindre omfang peker i samme retning (Høyland, 2001, Bogen et al., 2006). Her konkluderes det at både utforming og innredning har betydning for beboernes trivsel og hverdagsliv. Selv om det ikke er mulig å peke på én ideell utforming, kan vi identifisere et antall trekk som er viktige parametre for fremtidsrettede omsorgs- og pleieboliger.

Både de norske og danske studiene peker på at høy trivsel finnes der hvor både den fysiske utformingen av botilbudet og innholdet i tjenestetilbudet er tilpasset nettopp den nevnte brukergruppen. Tilbudene tar ofte utgangspunkt i beboernes behov for hjelp, men at det også er ønskelig å støtte beboernes ønske om å opprettholde et hverdagsliv så nær opp til det man er vant til som

mulig. De avgjørende egenskapene for opplevelsen av kvalitet kan samles under fem overskrifter, som oppsummeres nedenfor og illustreres med eksempler:

- opplevelse av hjem og hjemlighet,
- opplevelse av å være en del av samfunnet,
- opplevelse av kontinuitet i livet,
- opplevelse av trygghet,
- opplevelse av velvære og mening.

I det danske modellprogrammet (Bascon, 2010) pekes det på viktigheten av å utvikle en omsorgsfilosofi der det å mestre tap og ivareta det som er friskt står like sentralt som det å pleie det som ikke fungerer. Hvordan ansatte møter beboerne og deres familier er avgjørende for hvordan denne kulturen skapes. Det er ansattes måte å jobbe på som er selve kjernen i en slik omsorgsfilosofi.

Internasjonalt finnes det flere eksempler på en mer systematisk utvikling av innholdet i tjenestene, her omtalt som omsorgsfilosofi. «The Eden Alternative» er en slik internasjonal bevegelse. Livsglede-sertifisering av sykehjem er et norsk eksempel, og ordningen beskrives som en av flere viktige strategier i Stortingsmelding 29 (2012–13) om «Morgendagens omsorg». En slik sertifisering tar minimum et år. Livsgledekriterier skal ligge til grunn, og dreier seg om å kartlegge den enkelte brukers behov og hva de faktisk har krav på som mennesker. Man skal altså kunne fortelle noe om hvordan beboerne har vært – og er – som personer: Hvilke interesser har de, hvilken musikk liker de, har de en hobby? Gleder i hverdagen kan være små og store ting, som blant annet det å kunne komme seg ut og ha muligheter for kontakt med dyr. Livsgledearbeidet handler om å endre arbeidsrutiner og holdninger hos ansatte, slik at man i større grad kan gi et tilbud som vektlegger *hele* mennesket, både ressurser og svekkelser.

#### OPPLEVELSE AV HJEM OG HJEMLIGHET

En av-institusjonalisering av steder og hverdagsliv skjer kanskje først og fremst gjennom holdninger og organisering av dagen, men kan støttes av kommunikasjonsmåter og de fysiske og organisatoriske strukturer som ligger rundt.

De fysiske rammene kan påvirke måten ansatte agerer på, hvilket fokus man har, og hvordan man strukturer hverdagen (Bogen et al., 2006). Et kjent sitat fra Churchill sier (oversatt av forfatterne): «Først former vi våre bygninger, deretter former bygningene oss!» De fysiske omgivelsene må derfor betraktes som strategiske virkemidler og markører som kan støtte opp om, eller motvirke, den omsorgsfilosofien som man ønsker skal prege tjenestetilbudet:

Vi synes vi er gode på å skape et hjem. Individualitet blir tatt vare på og satt høyt. Det er valgfrihet for dem. De står opp når de vil og legger seg når de vil. Det hjelper dem med å holde et visst nivå av normalitet i hverdagen, en hverdag som ikke er for sterkt preget av rutiner (*Ansatt på et sykehjem*).

Eksemplene vi presenterer senere i kapitlet viser at det trolig er gunstigere å modifisere tjenestekulturen og hverdagsorganiseringen først, for så å etablere fysiske omgivelser som støtter disse etterpå. Eller for å sitere The Eden Alternative: «First tell the story, and then build the stage» (Fortell historien først, og bygg deretter scenen).

En opplevelse av hjem og hjemlighet er gjerne det som først trekkes fram som avgjørende for beboernes opplevelse av kvalitet, og det er en kvalitet som kan støttes av ulike markører både i de fysiske rammene og i organiseringen av tjenestene.

Opplevelsen av *privathet* er en av de viktige markørene for hjemlighet. Dette handler om å oppleve boligen som sitt eget territorium, som et sted der man selv har kontroll. En opplevelse av *privathet* har å gjøre med at man selv kan bestemme når og om man vil være sammen med andre, om man kan sette sine personlige spor, bestemme hvor ryddig det skal være eller gjøre ting i sitt eget tempo. Egne møbler og eiendeler er viktige fysiske markører som er med på å underbygge dette. Dette er også en viktig markør overfor andre, for å tydeliggjøre hvem den enkelte beboer er og har vært. Ting man omgir seg med kan være viktige markører for å synliggjøre vedkommendes identitet. I undersøkelsen «Ny sykehjemsmodell – et bedre tilbud» (Høyland, 2001), kommer det fram at noen av beboerne verdsetter og opplever sitt rom som *sitt* domene og *sitt* hjem. Dette selv om rommene er små (25 m<sup>2</sup>) og tilbudet er hjemlet som en institusjon.

Verdigrunnlaget bak *hjemlighet* er også begrunnelsen bak selve begrepet *boliggjøring* i norsk omsorgspolitik; at boligløsninger støtter opp om opplevelsen av integritet og verdighet. Boliggjøringen har vært et styrende ideal siden Gjærevoll-utvalget (NOU 1992:1, , jf. kapittel 1). Det kan oppleves som en selvfølge i dag, men erfaringene viser at både integritet og verdighet trues når du må bo tett sammen med personer du ikke kjenner og når boligen også skal fungere som en arbeidsplass for andre. Spesielt viktig blir det da å verne nettopp om den private sfære i tette bokollektiver og sykehjem. Konkrete eksempler på fysiske løsninger som støtter dette er enerom og eget bad. Et annet eksempel kan være bruk av elektroniske nøkkelkort på sykehjem. Kortene gjør at bare de som har tilgang kan komme inn, og man slipper uønsket besøk av naboer som går feil, noe som av mange oppleves som en ubehagelig inntrengning i deres private område. Andre eksempler er at bolig-enheten er stor nok til å kunne ta med seg egne møbler. Personlige eiendeler som man gjennom livet har bygd relasjoner til kan bidra til at man kjenner seg hjemme. Ansatte kan også fortelle hvordan de opplever det som naturlig å banke på og respektere private grenser når beboerne bor i det man gjenkjenner som egne boliger. Ulik innredning og stemning i de ulike boligene fungerer da som «huskelapper» til støtte for personale som nettopp skal kunne se hvert enkelt individ i en travel hverdag.

Spesielt innenfor omsorgen for personer med demens er det anbefalt å organisere bogrupper for et mindre antall beboere, fordi mange selv, eller deres pårørende, opplever situasjonen i egen bolig som for utrygg. Det er også andre grunner til at noen må bo nær personale og ha felles hushold. Erfaringer med botilbud for personer med demens viser at mange foretrekker å oppholde seg i fellesrommene fremfor i sin private boenhet (Bogen et al., 2006). Dette varierer med personlighet og vaner. Det er i slike sammenhenger en spesiell utfordring å samtidig kunne tilby en opplevelse av hjemlighet i bogruppen. I slike fellesskap er det gjerne bogruppen som utgjør selve «hjemmet», og det blir viktig å tydeliggjøre fellesskapets private arena. I tradisjonelle institusjonsløsninger framtrer disse oftere som offentlige arealer (Robinson, 2006). Konkrete markører som kan støtte opp rundt dette kan være inngangsdører som markerer at «her bor vi», entreer ved adkomsten til bogruppen og for øvrig rom som oppleves som hyggelige å komme til. De mer sanselige dimensjonene

av en hjemlig atmosfære handler også om dimensjoner og størrelser på rom samt interiør, farger og materialbruk. Hjemlighet kan på denne måten skapes for en gruppe beboere enten tilbudet er hjemlet som et bokollektiv eller en institusjon.

Gjøremål kan være en annen viktig markør for hjemlighet. Å oppleve at man er hjemme, handler også om at det foregår aktiviteter der som hører til i et hjem. Muligheter for å delta i eller se på allminnelige hverdagsaktiviteter må derfor betraktes som en viktig del av opplevelsen av hjemlighet. Enten det er å vanne blomster, se på TV, sette inn i oppvaskmaskinen eller å delta i matlaging. Det er spesielt i institusjoner og fellesskapsboliger at dette bør være en viktig føring. I tradisjonelle institusjoner ble ofte hverdagsaktiviteter som vask av tøy og matlaging organisert utenfor og dermed holdt unna beboernes hverdag. Dette kan resultere i at det er lite eller ingenting som skjer rundt beboerne.

Her bor de som om de bor hjemme. Jeg jobber mest med stell og bleieskift, men mye av dagen går også med til prating, strikking, matlaging, handling, ja dagligdagse aktiviteter. Det aller meste er beboerne med på. De blir roligere og mer fornøyde da, og det gjør det triveligere for alle (*Ansatt i et sykehjem*).

#### EN DEL AV SAMFUNNET

I det danske modellprogrammet trekkes det også fram at man ikke skal oppleve bosituasjonen som avskåret fra omverdenen. Også i norske politiske dokumenter har det etter hvert blitt lagt større vekt på dette: «Tilgjengelighet handler ikke lenger bare om snusirkelen på badet og brede nok dører til rullestolen. Det handler om tilgjengelighet til det meste, om access to society» (NOU 2011:11). I rapporten «Fremtidens omsorgsplasser» (Høyland og Solberg, 2014) illustreres hvordan sykehjemsbeboere og ansatte kan oppsøke andre arenaer og ha stor glede av dette. Det kan dreie seg om både rekreasjonsarealer, serviceinstitusjoner og kulturtilbud.

I vår kultur har integritet og å kunne leve uavhengig av andre vært høyt verdsatt. I avhandlingen «Vardagslivets arenaer» (Ringsby-Jansson, 2002) belyser forfatteren hvordan psykisk utviklingshemmede også bruker kollektive og offentlige areaer for å utvikle opplevelsen av integritet. Hun peker på at ideologien om å kunne bo for seg selv er vesentlig for å beholde



selvstendigheten, men at dette perspektivet alene blir for ensidig. Hun mener at også offentlige arenaer kan ha stor betydning, og at det er når mennesker i fellesskap får muligheter for å prøve seg mot hverandre, at man bygger opp om sin opplevelse av selvstendighet. Dette understreker betydningen av kollektive arenaer på ulike nivå, både de halvprivate og de offentlige arenaene. Såkalte «vage bånd» som etableres gjennom at man kjenner igjen og prater med ekspeditøren i butikken, har betydning for opplevelse av mening og tilhørighet selv om det aldri utvikler seg til vennskap og tette relasjoner.

I flere case-studier gir beboerne uttrykk for at de ønsker å oppleve en hverdag med meningsfulle aktiviteter, noe å gjøre, noe å se på og muligheter for å være med der andre aktiviteter foregår. Det må derfor legges til rette for at man kan oppsøke steder som gir muligheter for spontane møter med andre mennesker både innendørs og utendørs. Det oppleves som en kvalitet at man lett kan komme ut av huset og ferdes sikkert i omgivelsene og nå tilbud som kafe, apotek eller blomsterbutikk:

Beliggenheten er veldig positiv. Aktivitetssenteret ligger rett ved og er et sosialt og kulturelt tilbud for de som ønsker det. Der er det kaffe, utlodning, bridgeklubb og den kulturelle spaserstokken. Det er positivt å ha det i nærheten, et sted å treffe kjentfolk. Det er også gode turmuligheter i området, og ikke lang vei for å gå og handle. *(Ansatt i et sykehjem, fra Høyland og Solberg 2014).*

Selv om mange beboere ikke er mobile nok til å ferdes ute alene, er det avgjørende at det finnes et folkeliv å se og følge med på. Dette gir muligheter for å være passivt tilstede i samfunnet, som i praksis vil si alt fra å ha utsikt til butikker, besøk fra og i skoler, barnehager og lignende. Mange omsorgssentre forsøker å holde kontakt med lokalsamfunnet gjennom besøksvenner, har åpne tilbud for hjemmeboende, driver kafé eller leier ut lokaler til trenings-senter m.m. Beliggenheten kan på denne måten understøtte beboernes sosiale relasjoner og opplevelsen av livskvalitet som relaterer seg til dette.

Det er viktig å understreke at behovet for felleskap og det å møte andre ikke trenger å bety at man dermed ønsker å bo sammen med andre i tette felleskap. Ensomhet blir trukket fram som en av tre alvorlige trusler mot eldres helsetilstand (NOU 2011:11). Dette kan møtes på flere måter, og det er ikke

nødvendigvis slik at der folk bor tett, som i et sykehjem eller en omsorgsbolig, at man føler seg mindre ensom (Drageset, 2000):

Det er ikke til å stikke under en stol at når man flytter i omsorgsbolig, kan man bli ensom også der. Det er min erfaring. De tror de kommer inn et fellesskap, men så er det ikke alltid det. Det må være noen fellesaktiviteter, felles måltider eller noe slikt (*Ansatt*).

Det er kanskje i mellomrommet mellom disse to ytterpunktene – å bo alene i egen bolig og å bo sammen med andre i et tett bokollektiv/sykehjem – at nye boligløsninger bør utvikles. Botilbud som gir denne valgfriheten betyr i praksis at det i fysisk nærhet til boligen ligger arealer med aktiviteter som man kan velge eller få tilbud om å oppsøke:

Søstera mi har fått leilighet der oppe ved senteret, hu er veldig fornøyd. Det har noe med det å kunne møte folk ... ja det har mye med det å gjøre. Så kan en prate om det som har vært og det som skal bli og kanskje mimre litt (*Mann 85 år på trygghetsplass*).

Det er heller ikke uvesentlig hvor disse botilbudene lokaliseres, om de gir muligheter for å oppsøke mer offentlige sammenhenger, se på folkelivet, eller ta del i aktiviteter på offentlige arenaer.

#### KONTINUITET I LIVET

Flytting i den siste perioden av livet kan oppleves som traumatisk, men kan være vanskelig å unngå hvis man trenger et botilbud som krever større nærhet til hjelp og tjenester. En flytting kan oppleves mindre problematisk hvis beboeren fortsatt kan være i omgivelser som forbinder dem med deres tidligere liv. For å oppleve en viss kontinuitet, anses det som viktig at man så langt som mulig får muligheter for å fortsette i de roller man har i familie og nabolag. Det er også et mål å ha anledning til å delta i kjente aktiviteter. Dette handler først og fremst om mellommenneskelige forhold, men også om å legge til rette for nettopp dette:

Det lukter deilig matlukt fra kjøkkenet hver gang vi kommer på besøk. Barnebarna sier: Vi får alltid kake og kaffe hos bestemor. Det er viktig at også *de* føler seg velkommen. (*Pårørende i bokollektiv*).

En større studie viser at opplevelse av mening i tilværelsen påvirker helsa positivt. Tilknytning og tilhørighet er grunnleggende trekk som bidrar til en opplevelse av mening (Hovdenes, 1998). Det å kunne være noe for de som står en nærmest, og å oppleve at man fortsatt hører til som en del av samfunnet, vil for de fleste oppleves som meningsfullt. For de fysiske omgivelsene betyr kontinuitet og tilhørighet at det er plass nok til å kunne ta imot besøk, og at lokalisering og beliggenhet ligger i et nærområde man er kjent med og føler tilhørighet til (Rowles og Bernard, 2013). Boligløsninger legger ofte bedre til rette for denne typen kvaliteter enn tradisjonelle institusjoner (Bogen et al., 2006)

#### OPPLEVELSEN AV TRYGGHET

Opplevelsen av trygghet er generelt viktig, men spesielt om man bor alene og er avhengig av hjelp. Begynnende demens og forvirring øker gjerne opplevelsen av ikke å ha kontroll over omgivelsene. Trygghet kan støttes av mange typer tiltak: At man får hjelp når det trengs ved fall, at man får medisinsk tilsyn, at man opplever seg kjent og finner fram, at man har kontroll over sin egen hverdag. Nettopp behovet for trygghet er en viktig årsak til at mange flytter til omsorgsboliger:

Selv om ikke alle sentrene har nattevakt, men bare en personalbase på dagtid, så bidrar boformen til økt trygghet. Mange er relativt skrøpelige og omtales som sykehjemsbeboere. Jeg mener likevel at omsorgsbolig er et forsvarlig tilbud for dem. Vår kommune har satset mye på hjemmetjenester, og har relativt lav institusjonsandel. Vi ønsker derfor å bygge et senter med tilknyttede omsorgsboliger, for vi trenger mer sirkulasjon på plassene (*Rådgiver i en kommune*).

Det er viktig at alt personale har som overordnet mål å bidra til at beboerne føler seg trygge, enten de driver med renhold, er håndverkere, pleiere eller har andre oppgaver. Bygningens overordnede struktur og organisering kan også ha betydning for om det er lett å orientere seg, som igjen er en viktig faktor for å føle seg trygg. Beboeren har behov for å avlese omgivelsene og for å kunne finne fram. For lange korridorer, eller for mange veivalg, kan gjøre det vanskelig å forstå hvor man er. Godt utformede omgivelser kan støtte opplevelsen av kontroll og overblikk. Utforming av adkomsten gjennom anlegget inn til bogruppen og helt inn til den private boligen, er avgjørende for dette. Spesielt

i felleskapsboliger er markeringen mellom private, felles og offentlige arealer viktig for å lette orienteringen.

#### TRIVSEL OG VELVÆRE

Hva som er gode opplevelser er individuelt og kan være vanskelig å sette i system. Alle parametre som er nevnt ovenfor vil kunne påvirke opplevelsen av trivsel og velvære. I tillegg vil nærhet til naturen kunne gi inspirasjon eller en opplevelse av rekreasjon. Mange studier underbygger nettopp betydningen av å ha visuell og direkte kontakt med naturen. Fysiske tiltak kan legge til rette for å kunne spise eller gå turer utendørs. Studier viser at lett tilgang til uteområder påvirker hvor mye beboerne er ute (Høyland, 2001, Bogen et al., 2006).

Også viktig er at uteområdene er vakre og inspirerende og tilrettelagt for de aktuelle beboernes behov. Velvære innendørs kan være musikk, kulturelle aktiviteter, møte med barn, et godt måltid, et avslappende bad, eller omgivelser som oppleves som vakre. Studier viser at estetiske og sanselige kvaliteter påvirker helsa positivt, mens stress svekker immunforsvaret og menneskets selvhelende prosesser (Heslet et al., 2007).

## GODE FORBILDER, FRAMTIDSRETTEDE EKSEMPLER

---

Utfordringene knyttet til aldringen av befolkningen og en bærekraftig velferdsstat krever at vi utvikler nye og bedre omsorgsløsninger (NOU 2011:11). Det er *driftsutgiftene* som utgjør den store økonomiske utfordringen for kommunene over tid, ikke anleggskostnadene. Utfordringen ligger i å utvikle drifts-effektive bolig- og omsorgsformer som kan tilpasses forskjellige og varierende behov og dermed bringe mer fleksibilitet inn i tilbudene.

Sykehjemmet er i utgangspunktet det mest omfattende og dyreste tilbudet kommunen gir. Det er derfor viktig å se nærmere på hva som kan fungere som sykehjemsutsettende tilbud; det er kostnadsoptimaliserende å kunne bli boende lenger hjemme eller på et lavere omsorgsnivå. Viktig er derfor også å utvikle botilbud som styrker egenomsorgen og gjør det mulig og naturlig for pårørende å bidra (jf. kapittel 6). Den mest kostnadsoptimale sykehjemsplassen er altså den som ikke skal bygges og driftes.

Det er viktig å også forstå at det stigende antallet eldre er en utfordring som ikke kan løses av pleie- og omsorgssektoren alene. Nye løsninger krever tiltak langs hele tilbudskjeden og samhandling på tvers av etater. Dette er en utfordring som omhandler både planavdelingen, kulturetaten og selvfølgelig også omsorgssektoren. Utfordringens størrelse krever at man også må lete etter nye modeller for samhandling med interesseorganisasjoner, pårørende og frivillige.

Nedenfor følger en beskrivelse av noen nyere anlegg som vi mener peker framover og på hvert sitt vis er eksempler å lære og bli inspirert av.



### FAKTABOKS KLYVEGATE:

**Byggeår:** 2000

**Arkitekt:** ukjent

**Byggherre:** Porsgrunn  
kommune

**Total størrelse:** 431,4 m<sup>2</sup>

**Nettoareal per beboer:** 61 m<sup>2</sup>

**Antall beboere:** 7

**Antall årsverk:** 8,3

### **Bemanning:**

*Dagvakt:* To på vakt

*Kveldsvakt:* To på vakt

*Nattevakt:* En nattevakt

(sykepleier). Hjemmetjenesten i nabobygget er bakvakt med sykepleier i situasjoner hvor helsefagarbeider går natt.

## Bokollektiv for personer med demens

Dette bokollektivet for personer med demens er trukket frem på grunn av høy tilfredshet blant både beboere, ansatte og pårørende. Tilbudet er en slags mellomting mellom institusjon og bolig. Det er hjemlet som et boligtilbud, men er tilpasset målgruppen personer med demens ved at man deler fellesfunksjoner og bemanning. Botilbudet har en tydelig omsorgsfilosofi som har gitt føringer for bygget. Plassering i bydelen og nærhet til aktivitets- og kulturtilbud er også interessante aspekter, som viser hvordan man kan dra nytte av andre og utenforliggende tilbud. Det er en utfordring å organisere fast bemanning og tilsyn på natt i et anlegg med så få beboere. Faglig tilknytning til et større fagmiljø er løst gjennom en organisatorisk tilknytning til Doktorløkka, som er et institusjonstilbud for personer med demens. Dette opplever de som en god løsning, og viser hvordan man kan tenke organisatoriske løsninger som ikke nødvendigvis trenger å bygges som ett anlegg.

### *Om tilbudet*

Driftsfilosofien bygger på intensjonen om et botilbud som vektlegger hverdagsaktiviteter, livskvalitet og trivsel for den enkelte. Driftsfilosofien innebærer også aktiv bruk av uteområder og nærområdet.

Dette er et botilbud for personer med demens som fortsatt er relativt aktive og mobile. Mange beboere opprettholder god helse og mobilitet nesten livet ut, og bor her til de dør. Hvis beboerne blir for skrøpelige til å kunne dra nytte av aktivitetene i bokollektivet, flyttes de til andre tilbud med døgnpålegg.

Anlegget er lite, noe som trolig påvirker ansattes opplevelse av eierskap og ansvar for driften. De er stolte av tilbudet og bidrar på eget initiativ til å gjøre det fint og hyggelig både inne og ute. De planter og lager uteområdene attraktive og pene. Også pårørende føler seg hjemme her; de tar for eksempel initiativ til å lage kaffe på felleskjøkkenet eller kan ta med kake. De fleste føler seg mest hjemme hos «sine», men besøker man noen, besøker man like gjerne alle ved å sitte i fellesstua.



Ulempene med et så lite anlegg er først og fremst driftskostnadene knyttet til natt. Det kan også være et dilemma å bygge med så lav utnyttelse på attraktive og sentrale tomter.

Bokollektivet er lite og oversiktlig og er bygd inn i en boligrekke sentralt i Porsgrunn. Bokollektivet består av sju beboerrom med eget bad, to felles stuer, stort kjøkken med kjølerom, vaskerom og bod med egen vareinngang. Det er tilgang til utearealer i et

gårdstun som deles av andre. Anlegget har et klart boligpreg i forhold til skala og uttrykk, både i eksteriør og interiør.

Anlegget har tilgang til et lunt uteområde som er skjermet for støy fra den trafikkerte gaten rett ved. Det er direkte utgang fra kjøkken, noe som gir god oversikt fra fellesrommet inne og ut i gården slik at de ansatte kan holde øye med beboerne. Uteområdet brukes mye hele sommerhalvåret.

### *Beliggenhet*

Kollektivet ligger sentralt og nær et stort kjøpesenter, som brukes aktivt. Her gjøres hverdagsinnkjøp og ansatte tar med beboere på små turer dit. Det er også gangavstand til elva og elvepromenaden, hvor ansatte og beboere ofte går tur for å mate ender. Bokollektivet er nabo med «aktivitetshuset», hvor det er aktiviteter som bingo og kafé, bridgeklubb og hvor «Den kulturelle spaserstokken» har sine arrangementer. Dette tilbudet er for alle hjemmeboende eldre i bydelen. Det er gode kollektivtilbud like ved. En beboer bruker GPS som sikkerhet slik at hun kan bli hentet hvis hun ikke kommer tilbake.



## BYNESET OG NYPANTUNET HELSE OG VELFERDSSENTER



### FAKTABOKS BYNESET:

**Byggeår:** 2001 – 2003

**Arkitekt:** Solem arkitektur AS

**Byggherre:** Trondheim kommune og TOBB

**Total størrelse:** 431,4 m<sup>2</sup>

**Nettoareal per beboer:**  
ukjent

### **Antall beboere:**

32 beboere på sykehjemmsdel

30 beboere i omsorgsboliger  
(6 beboere i heldøgns omsorgsbolig)

17 beboere i seniorboliger

### **Antall årsverk:** 52,4 derav:

Byneset sykehjem: 35 årsverk – (46 personer)

Dagsenter: 2 årsverk – (3 personer)

Hjemmetjenesten: 15,4 årsverk – (23 personer)

### **Bemanning:**

Dagvakt, hele sykehjemmet: 8 ansatte på vakt (inkludert aktivitør)

Kveldsvakt hele sykehjemmet: 6 ansatte på vakt

Dagvakt i helg, hele sykehjemmet: 7 ansatte på vakt

Nattevakt for hele sykehjemmet: 2 ansatte på sykehjemmet

1 ansatt på heldøgns omsorgsbolig

Dette helse- og velferdssenteret anses som godt fordi det framstår som et anlegg med mange ulike tilbud. Det illustrerer på en fin måte nettopp hvordan ulike tilbud kan supplere og berike hverandre og bidra til at beboerne opplever å ha fått gode tilbud til tross for ulike preferanser og behov. Videre viser det hvordan både offentlige og private samarbeider om aktiviteter i aktivitetssenteret. Anlegget inneholder et aktivitets- og kultursenter for bydelen, samt flere ulike botilbud: Bokollektiv for demente i sykehjemmet, kommunale omsorgsboliger med innendørs adkomst til senteret og seniorboliger i et borettslag like ved. Alle tjenestene er lagt under én enhetsleder, noe de mener bidrar til at de finner fleksible løsninger og tilpasser tilbudene til hver enkelt. Dagtilbudet og kafeen i bydelssenteret fungerer også som støtte for de som bor hjemme. De ulike tilbudene har egne innganger, men glasskorridorer gir innendørs adkomst mellom de ulike tilbudene.



## Om senteret

Senteret består av flere typer botilbud, et velferdssenter med kafe, dagsenter og legesenter. Her foregår mange aktiviteter, noe ulike lag og foreninger bidrar til. Dagsenteret er også en katalysator for aktiviteter, alt fra eksterne artister som holder konsert til trim for alle. Her deltar både sykehjemsbeboere, beboere fra omsorgsboligene og seniorboligene og hjemmeboende i vanlige boliger i bydelen. Senteret brukes av lokalmiljøet som kafé og kulturhus, og her møtes venner og bekjente over en kaffe. Senteret samarbeider med barnehage og skole og med Folkvang, som er et nærliggende forsamlingshus. Et fast arrangement på senteret er matpakkedag med barna i barnehagen. Alle i bydelen blir invitert til vår- og høstfest. Etter bare ti år blir aktivitetssenteret omtalt som bydelens storstue. At legekantoret har tilholdssted i senteret bidrar ytterligere til å gjøre bygget til et offentlig tilbud og bidrar til å bryte ned institusjonspreget.

Sykehjemmet ligger som en integrert del av anlegget og beboerne kan ta del i aktiviteter på senteret. Man har valgt å organisere arbeidsoppgavene etter kompetanse. Servicemedarbeidere går fra mandag til fredag hver uke og utfører alle arbeidsoppgaver av hjemlig sort, som vasking av klær og matlaging. Dette bidrar til at sykepleierne kan fokusere på mer sykdomsrettede arbeidsoppgaver, noe de erfarer som en god modell. Sykehjemmet er sertifisert som et «livsglede-sykehjem» og var i den forbindelse igjennom en sertifiseringsprosess hvor de satte fokus på livsglede for den enkelte beboer.

Personalet og ledelsen trekker også frem at de er gode til å samhandle og kommuniserer godt mellom de ulike tjenestene på huset. Dette kan skyldes en gunstig ledersammensetning, men også fysisk nærhet og synlighet i hverdagen. Personer i omsorgsboliger kan få dagtilbud i en bogruppe i sykehjemmet. Beboere i omsorgsboliger kan spise måltider i en bogruppe i sykehjemmet. Beboere fra omsorgsboligene kan også få «kriseplass» i sykehjemmet ved akutte behov (sykdom). De mange integrerte tilbudene bidrar til fleksibilitet i tjenestetilbudet. Det ses også som en fordel at enhetslederen har ansvar for «det hele».

Personalet ved Helse- og velferdssenteret yter også tjenester til seniorboligene i form av utvidede hjemmetjenester. Dette bidrar til at eldre som bor i seniorboligene kan bo lenger hjemme enn andre. En kan se at den korte avstanden til Helse- og velferdssenteret er hovedårsaken til at dette lar seg gjøre. En kan se seniorboligene som en form for «private omsorgsboliger», noe som igjen

bidrar til å redusere behovet for kommunale omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Tilbudet scorer høyt på arbeidsmiljøundersøkelser om trivsel blant ansatte.



### *Anlegget*

Aktivitetssenteret framstår som hovedinngangen til anlegget. Dette bidrar til en offentliggjøring og alminneliggjøring av aktivitetssenteret, som oppleves som lyst og trivelig. Adskilte bygningsvolumer og egne innganger til hvert tilbud bidrar til at senteret oppleves som et sted med mange tilbud. Boligdelen er satt sammen av flere ulike botilbud, seniorboliger, omsorgsboliger og sykehjemstilbud for personer med demens. De ulike delene er koblet sammen med glassganger som gjør det mulig å gå tørrskodd mellom dem.

Bygget er organisert på en slik måte at det dannes varierte uterom med gode solforhold. Byggene har store vindusarealer som henvender seg mot disse uteområdene, og bidrar til en behagelig atmosfære i fellesarealene. Det er enkelt for beboerne å komme ut når de ønsker det, og det er flere sittemuligheter, både i nærhagene og i områdene rundt selve senteret. Det er variert beplantning, både bærbusker og frukttrær, samt plantekasser hvor noen av beboerne også deltar i arbeidet.

Det at anlegget er delt opp i flere bygningsvolumer, sammen med at etasjehøyden bare er en og to etasjer, gjør at senteret fremstår som ett bygg med liten og menneskelig skala. Dette dras også frem som en kvalitet av beboerne.

### *Beliggenhet*

Private seniorboliger ligger som nærmeste nabo til Helse- og velferdssenteret, som er et stort pluss. De som bor der kan bo lengre hjemme ved at de har mulighet for å motta omfattende hjelp og pleie i eget hjem. Naboskapet med senteret bidrar til at det er flere friske eldre som bruker aktivitetssenteret. Kaféen er drevet av private. Den er åpen for alle hver dag fra 10–17. Den forholdsvis lange åpningstiden bidrar til at kaféen blir et møtested for beboere i hele bydelen. Blant annet har lokalt ansatte i Trondheim eiendom fredagslunsj i kaféen. Ungdomsskoleelever i 10. klasse er ofte innom kaféen i storefri, og bidrar til en god miks av aldersgrupper

og generasjoner.

Som nærmeste nabo tvers over veien ligger den lokale matvarebutikken. Det er kort avstand som forenkler og gjør det mulig å gjøre daglige innkjøp for de som greier det. Barnehagen holder til like ved og bruker både aktivitetshuset og grøntarealene mye, og har mange aktiviteter hvor de besøker eldre på sykehjemmet.



## BRÅTA BO- OG AKTIVITETSSENTER



### FAKTABOKS BRÅTA

**Byggeår:** 2001–2003

**Arkitekt:** Arkitektkompaniet AS

**Byggherre:** Nedre Eiker Kommune

**Total størrelse:** 6000 m<sup>2</sup>

**Nettoareal per beboer:** 69 m<sup>2</sup>

#### **Antall beboere:**

Korttids- og avlastningsplasser: 32

Derav:

*Døgnrehabilitering:* 8

*Lindrende enhet:* 4

*Somatisk:* 20

Omsorgsleiligheter: 54

Antall plasser i dagavdeling 10

Antall plasser dagsenter for demente: 6

#### **Årsverk:**

Bråta sykehjem: 44,7 (50 ansatte)

Dagsenter: 2 årsverk (3 ansatte)

Hjemmetjenesten: 15,4 (23 ansatte)

#### **Bemanning:**

*Dag og kveldsvakt per avdeling:* 4 på dagtid (snitt) og 3 på kveldstid.

*Nattevakt for hele sykehjemmet:* 2 ansatte

Dette anlegget er trukket frem fordi det fungerer som et slags generasjonssenter. Senteret er nærmeste nabo til Veiavangen Ungdomsskole og hvert storefri fylles kaféen på Bråta med liv og røre og sulten skoleungdom. Å delta i oppgaver på Bråta er en del av undervisningen på skolen, blant annet dataopplæring for beboerne. De har også tett samarbeid med tanke på utplassering av elever, noe som har resultert i at flere elever har valgt helserelevante yrker.

Omsorgssenteret arbeider etter en overordnet filosofi om «livskvalitet og egen mestring». Bråta er også et godt eksempel på hvordan ulike kulturtilbud kan være et viktig tilskudd i et omsorgssenter og berike hverdagen for beboere og pårørende på besøk,



## *Tilbudet*

Bråta er bygget som et senter for hele lokalbefolkningen og prøver å være et naturlig møtested i lokalsamfunnet. Blekkspruten svømmehall er privatdrevet og tilbyr 90 svømmekurs i uka og er en del av tilbudet for både unge og gamle. Spesielt babysvømmingen er populær, og det kommer foreldre og barn langveis fra for å svømme ved Bråta. Også Bråta fysioterapi, Bråta hårstudio og Bråta fot-klinikk er private leietakere som gir ekstra inntekt til driften; de tilbyr tjenester til både beboere og lokalbefolkningen. Kaféen er drevet av kommunen. All denne aktiviteten bidrar til at senteret blir et attraktivt sted med mange ulike brukere.



Det å ha et kulturtilbud så tett tilknyttet omsorgssenteret gir også mulighet for bedre fokus på helse relaterte arbeidsoppgaver mener ansatte. Kulturkonsulenten på Bråta er konsulent for hele kommunen, men har kontor på Bråta. Hennes oppgave er å arrangere kulturtilbud ved alle kommunens institusjoner. De arbeider bevisst med livsglede for brukerne, og påpeker viktigheten av å arrangere de kulturarrangementer som beboerne vil ha. «Jaktbua» er en kveldsåpen pub med skjenkebevilgning siste onsdag hver måned. Her er det fokus på dans til levende musikk, servering ved bordene, pølser i pausen og god stemning. I tillegg er det ukentlige arrangementer i regi av «Den kulturelle spaserstokken». De arrangerer Hår og frisørdag, sommer- og julemarkeder, karneval med tryllekunstnere, bolleservering,

17. mai-feiring, offisiell julegrantenning, Luciafeiring, gudstjenester og ukentlig trim for de eldre med ungdomsskoleelevene fra Veiavangen Ungdomsskole.

### *Svømmehallen brukes bl.a. til babysvømming*

Bråta samarbeider med flere frivillige organisasjoner og foreninger som for eksempel Lions og Rotary, men påpeker at det er vanskelig å skaffe folk til frivillig arbeid utenom lag og foreninger. Kiosken på Bråta er bemannet av frivillige. Overskuddet fra Jaktbua og kiosken går inn i neste års budsjett. Bråta opererer uten kulturelt driftsbudsjett, da de flere år på rad har gått med overskudd.



### *Beboerne setter stor pris på god tilgang til uteareal og takterasse*

En spørreundersøkelse utført av SINTEF bekrefter at beboerne er tilfreds med tilbudet. De fleste beboerne har krysset av på påstanden om at «dette er et godt sted å bo slik situasjonen min er nå». De svarer også at de opplever at de får den hjelpen de trenger. De fleste får også noe hjelp av slekt og venner. Nesten halvparten oppgir at de var mye alene, som var en viktig årsak til at de flyttet hit. De opplever Bråta som et trygt sted å bo. Dette begrunnes først og fremst med at ansatte er til stede hele døgnet. 75 prosent svarer at de nesten daglig treffer andre beboere, og indikerer derved at det sosiale miljøet har stor betydning for dem. Over halvparten sier at de deltar på fellesaktiviteter en gang i uka eller oftere.

### *Medarbeiderne*

Tjenesteleder gir uttrykk for at det ikke er noe problem å få søkere til helsefagstillingene ved senteret. De ansatte fremhever nærhet til kulturtilbudene i aktivitetssenteret og takterrassen som det mest vellykkede med bygget. Takterrassen og utearealene blir mye brukt om sommeren. Innendørs oppfatter de ansatte at like møbler og lyse farger dessverre gir Bråta litt mye institusjonspreg. I spørreskjemaundersøkelse kommer det frem at boligenhetene kunne vært bedre utformet med tanke på tilrettelegging for hjelpemidler og ansattes arbeidsforhold.

### *Anlegget*

Aktivitetssenteret framstår som hovedatkomsten til anlegget, og inneholder kafe, treningssenter svømmehall og møterom. I andre etasje er det institusjonsplasser, både langtidsplasser og plasser for palliativ omsorg. Ulike boligtilbud er lagt bak senteret som en slags landsby. To bokollektiv med åtte beboerrom og fellesarealer for eldre med omfattende hjelpebehov. Tre bokollektiv med åtte beboerrom og fellesareal med en sansehage for personer med demens. I tilknytning til sansehagen er det også et dagsenter. «Landsbyen» inneholder ellers en spesielt tilrettelagt psykiatrisk avdeling med seks boenheter og fellesareal, to rekkehus med fire private boenheter hver. I den ene av rekkene er leilighetene tilrettelagt for par.

## LANDSBYEN HOEGEWAY I WEESP, NEDERLAND



### FAKTABOKS HOGEWEY:

**Byggeår:** 1. byggetrinn i 2008, 2. byggetrinn 2009

**Arkitekt:** Molenaar&Bol&Van Dillen Architecten

**Byggherre:** Vivium Zorggroep

**Total størrelse:** 8240 m<sup>2</sup>

**Nettoareal per beboer (i bogrupper):** 53,8 m<sup>2</sup>

**Antall beboere:** 152

**Antall årsverk:** 160

**Antall ansatte:** 270

**Antall frivillige:** 140

**Bogrunder:** 6–7 beboere i hver bolig.

### **Bemanning:**

*Dag og kveldsvakt per bogruppe:* To ansatte per bolig på dag og kveld.  
*Nattevakt for hele sykehjemmet.* Fem nattevakter på 152 beboere.

Dette nederlandske anlegget er trukket frem som forbilledlig fordi det på en ny måte viser hvordan man kan bygge store «institusjoner» og samtidig bygge på en driftsfilosofi bygget opp rundt hjemlige bogrunder. En hel landsby er bygget opp som en arena hvor personer med demens kan bevege seg fritt, uten fare for å gå seg bort. I tillegg til bogrunderne er det musikk klubb, restaurant, teater og butikk. Moderne teknologi sørger for at man til enhver tid kan finne ut hvor den enkelte er og letter oversikt og tilsyn i det store anlegget. I stedet for at beboerne kan ta del i samfunnet rundt, inviteres altså samfunnet inn. Teater, pub og butikk kan brukes av andre i nabolaget.

Filosofien er at folk er forskjellige og bogrunderne bygges derfor opp rundt beboernes ulike levemåter. På denne måten kan hverdagen bli mest mulig lik slik den har vært tidligere. Den tilpasses de ulike beboergrupper gjennom interiør, aktiviteter og mat. I og med at beboerne ikke kan ta del i samfunnet rundt er det verdt å drøfte i hvilken grad løsningen oppleves som segregerende. Det at flere deler bad er også en side av løsningen som kan drøftes. Likefrem er det spennende å se hvordan personer med demens kan gå fritt ute og inne, og hvordan tilbudet har tiltrukket seg en bred skare av mennesker som gladelig deltar med frivillig arbeid.

### *Kort om tilbudet*

Tilbudets grunnleggende målsetting er å skape en hverdag hvor beboere med demens kan fortsette å nyte livet med et minimum av medisiner og frustrasjon



over egen funksjonsnedsettelse. Landsbyen består av 23 bokollektiv med til sammen 152 beboere. Tilbudet er organisert som bogrupper på 6–7 personer. Det er en offentlig finansiert institusjon, som har hatt det samme budsjettet som andre pleie- og omsorgsinstitusjoner i Nederland. Det er lang venteliste med familier som ønsker at sine skal flytte inn. De tar kun imot mennesker med alvorlig demenssykdom, og de som flytter blir boende livet ut. Beboerne betaler avhengig av inntekt, men oppad begrenset av et maksimumbeløp.

Bak tilbudet ligger en tydelig omsorgsfilosofi som tilbudet har utviklet over 20 år. Det var trolig svært viktig at organisasjonen ble drevet etter denne filosofien allerede før de bygde landsbyen. Slik de fremstiller det selv har selve filosofien guidet dem til det bygningskonseptet de nå har endt opp med.



Til tross for at beboerne ikke lenger evner å leve uavhengig av andre, har de muligheter for å leve trygt og så tilnærmet likt det som var deres normale liv som mulig. Navnet på anlegget ble skiftet fra Hogewey til Hogeweyk, fordi weyk ligner på det nederlandske ordet for nabolag. I omsorgsfilosofien har man altså et fokus på at beboerne skal kunne drive med meningsfulle aktiviteter, også det som foregår utenfor selve boligen. Ute i virkeligheten foregår jo hverdagslivet både innenfor og utenfor selve boligen, det gjør den også på Hoegweyk. Uteområdene er viktige og

attraktive hager, gater og plasser og gir rammer for ulike aktiviteter. Et sentralt spørsmål da man utviklet tilbudet var: Hva ville beboerne ha gjort i sitt tidligere liv? Så forsøkte man å lage løsninger så tett opp til dette som mulig. Det betyr at man innenfor området kan handle, oppsøke teater og ulike klubber. Også doktors og terapeutens kontor ligger godt synlig i hovedgaten.

Tilbudet har heldøgns bemanning. Helse- og pleiepersonell kler seg hverdagslig, og beboerne kan fritt gå rundt for å handle dagligvarer eller spise et måltid på restauranten, ta en øl i puben, eller vandre rundt i de fint opparbeidede gatene i landsbyen.

The Hoegeweyk har i tillegg 120 frivillige som jobber her med ulike aktiviteter. De kommer i tillegg til familiemedlemmer, som selvsagt også er der ofte. Omsorgsfilosofien som ligger til grunn for driften appellerer til både ansatte og frivillige. I det ligger også årsaken til at man ikke har problemer med å skaffe hverken ansatte eller frivillige. Personer med samme livsstil og interesser kartlegges ut fra den enkeltes bakgrunn. Dette nedtegnes i en «huskebok», beboerne plasseres sammen i ulike livsstilsgrupper. I dag er de delt inn i sju ulike livsstilsgrupper:

- Urbane (åpne, mobile og utadvendte)
- Tradisjonelle (håndarbeid og koke poteter)
- Hjemmekjære (kosete, tradisjonelle og husarbeid)
- Indonesiske (tradisjon, nostalgi og indonesisk mat)
- Kulturelle (kunst, vin og vegetariske måltider)
- Kristne (religiøs musikk og bønn)
- Velhavende (manerer, klassisk musikk)

I den indonesiske husholdningen hjelper for eksempel en del familier med å tilberede indonesisk mat. Bogrupper med en mer urban livsstil er for eksempel lokalisert i nærheten av gater og plasser, mens gruppen med en mer tradisjonell livsstil er lokalisert med egen hage. Aktiviteter og mat blir så tilpasset de ulike gruppenes vaner. Ønsker en tillegg til den vanlige mat og drikke, som for eksempel ekstra drikke, snacks eller alkoholholdige drikkevarer, betaler en disse kostnadene selv.

Hver bogruppe har sin egen husholdning. Beboerne er delaktige i matlaging og innkjøp fra egen butikk på området. Hogeweyk er et tilbud som har utfordret tanken om at «one size fits all» (at én løsning passer alle). Tanken er snarere å støtte opp under forskjelligheter. På denne måten får de mulighet for å beholde sin måte å leve på, selv om de også har behov for tjenester. Alle tilbudene i

Hoegweyk kan benyttes av alle andre innbyggere i Weesp. Dette bidrar til en slags omvendt integrering i og med at beboerne ikke kan bevege seg utenfor landsbyen, mens altså andre kan komme inn. Det benyttes akustisk monitorering i soverom og dagligstue på nattetid, for å lette tilsynet.

### *Kort om anlegget*

Bogruppene er utformet som store boliger og skal fremstå som ulike hjem. Bogruppen for seks beboere består av et inngangsparti, en gang hvor du kan henge fra deg klær, og en dagligstue på 45–90 kvm, seks soverom med vask, to store bademom med toalett, ett toalett i gangen, kjøkken og vaskerom med vaskemaskin og tørketrommel. Møblering og inndeling av rom er foretatt etter de ulike livsstiler. Fordi gruppen er såpass liten gir det dimensjoner og uttrykk på rom som er kjente og som gir hjemlige assosiasjoner. Hver bolig har også et uteareal rett utenfor boligen. I anlegget er det lagt vekt på mangfold og variasjon av bygninger og



uterom som består av torg, gater, hager, bygninger, vann. Det er forsøkt å legge til rette for ulike hverdagssituasjoner. Hvert uterom tjener et eller annet formål. Torget er for eksempel velegnet for gatemusikanter. Der er mange grønne uterom, fordi man anser at det grønne støtter opp rundt forskjellige former for velvære. Grønt betyr avslapning og opplevelse av årstidene og bidrar til bedre helse.

### *Om beliggenheten*

Anlegget utgjør en slags landsby som ligger tett inntil et eksisterende boligområde. Det er etablert koblinger mellom dette området og områdene rundt. Distriktet står nå overfor en ny boligutvikling. Som et ledd i å fjerne barrierer mellom to plan, vil det legges til rette for bedre integrasjon og samhandling mellom innbyggerne i Hogeweyk og i omliggende nærområder.

## Konklusjon

Vi har gjennom tekst og eksempler pekt på kvalitetsindikatorer vi tror vil bli viktige når vi skal utvikle fremtidsrettede botilbud for eldre. Vi forsøker å illustrere at opplevelsen av hjem er sammensatt og ikke bare knyttet til boligens størrelse og utforming. Avgjørende er det også hvordan ansatte agerer, hvordan strukturer og organisering setter rammer og betingelser for opplevelse av kontroll over egen situasjon. Å bo handler ikke bare om selve boligens utforming. Organisering og lokalisering i forhold til andre tilbud er avgjørende for opplevelsen av å bo godt. De fysiske omgivelsene er et viktig strategisk virkemiddel for å etablere rammene rundt disse opplevelsene. Fysiske rammer er lite fleksible og binder driftsformer i mange tiår fremover. Det er derfor spesielt viktig at man tar seg tid til å tenke igjennom hvordan vi ønsker hverdagslivet skal kunne være også i perioder av livet når vi trenger hjelp.

Et sykehjem uten bemanning er ikke noe sykehjem. Det er derfor nødvendig å drøfte framtidens bo- og tjenesteløsninger ut fra framtidsperspektiver som også tar inn over seg tilgangen på hjelpende hender og økonomi som skal finansiere dette. Selv et av verdens rikeste land som Norge, vil ha problemer med å finansiere en velferdsmodell tilsvarende den vi har i dag, vi må altså tenke nytt. Når vi derfor peker på fremtidsrettede løsninger, peker vi på løsninger med høy brukertilfredshet sammen med tiltak som bidrar til et mer bærekraftig velferdstilbud. Eksemplene viser at det ikke trenger å være noen motsetninger mellom disse målene.

De fysiske løsningene som trekkes fram som gode er de som støtter opp om:

- aktivitet, mestring og deltakelse,
- valgfrihet i forhold til ulike boalternativer,
- fleksibilitet og variasjon i tjenestilbudet,
- samspill mellom private og offentlige aktører,
- samspill mellom privat og offentlig omsorg,
- aktiv bruk av kultur og grønne rekreasjonsarealer,
- opplevelse av å bo i et hjem,
- opplevelsen av livskvalitet og mening i hverdagen.

Ut fra dette perspektivet ser en at diskusjonen om bolig eller institusjon blir for snever. Det handler om å finne fram til ulike bo- og tjenestemodeller og kombinasjoner av disse. Det fysiske miljøet gir viktige strukturelle føringer og dreier seg om en bevisst utforming i alle skalaer, fra detaljer som møbler og innredning til mer overordnede grep som planlegging av fremtidens byområder, som støtter opp rundt målet om at vi så lenge som mulig skal bli i stand til helt eller delvis å mestre vår egen hverdag. Og som samtidig støtter opp om opplevelsen av å bo i et hjem og kan ta del i samfunnet omkring seg.

## 8 Boliggjøring av eldreomsorgen?

### Sammenfatning og konklusjon

Svein Olav Daatland

---

#### Bærekraftige omsorgstjenester?

Prosjektet og rapporten tar for seg det vi har kalt en vending av omsorgspolitikken ved inngangen til 1990-årene, med omsorgsboliger og mer generelt: boliggjøring, som et sentralt virkemiddel. Hensikten med denne dreiningen av omsorgspolitikken var å utvikle en mer bærekraftig omsorgsmodell for et aldrende samfunn, med en normalisering av tilbudet for omsorgstrengende, mest konkret ved at også de skulle sikres en egen bolig, et eget hjem, livet ut. Hjemme så lenge det går var riktignok et gammelt ideal, men ble pusset opp og styrket, primært ved en satsning på omsorgsboliger, men dels også ved en hjemliggjøring innenfor institusjonene. Økonomiske hensyn var også vesentlige, for omsorgsboliger var antatt å kunne utsette, eller til og med erstatte, institusjonsomsorg i kortere eller lengre tid. En bolig kunne dessuten betraktes som et personlig ansvar; så skulle kommunen og velferdsstaten ta ansvar for de nødvendige tjenestene ved behov. Dette var tanker som pekte framover, for morgendagens eldre var antatt å ha større krav til standard, men også å ha mer av egne ressurser som de kunne investere i en egnet bolig.

Det ideologiske grunnlaget for denne vendingen av tjenester og tenkemåter ble for eldreomsorgens del formulert i Gjærevoll-utvalgets rapport i 1992 og fulgt opp av en Velferdsmelding til Stortinget og generøse tilskuddsordninger for bygging av omsorgsboliger og fornyelse av sykehjem under en egen Handlingsplan for eldreomsorgen. I fornyelsen av sykehjemmene lå dermed også en ambisjon om en viss grad av boliggjøring, eller snarere hjemliggjøring, også innenfor institusjonene (kapittel 1).

Balanseringen av prioriteringer mellom sykehjem og omsorgsboliger skulle vise seg å bli et kontroversielt tema for eldreomsorgens del. Mens omsorgen for yngre grupper ble av-institusjonalisert og erstattet av omsorgsboliger av ulike slag, gikk eldreomsorgen videre i to spor, med en satsning på både omsorgsboliger og sykehjem. Omsorgsboligene ble dermed et supplement mer enn et

alternativ til institusjonsomsorg. De gamle aldershjemmene ble riktignok lagt ned og erstattet av omsorgsboliger, men til dels også omgjort til sykehjem. Norge skiller seg her fra Sverige og Danmark, som i disse årene var i ferd med å avvikle institusjonsomsorgen også for eldreomsorgens vedkommende, og erstatte tidligere institusjoner med et knippe av tilrettelagte og beskyttede boformer. I Sverige snakket man fra nå av om «særskilt boende» eller om «äldreboende». Danmark la ned (eller omregulerte) sine pleiehjem og beskyttede boliger og erstattet dem med «eldreboliger» og seinere også «pleieboliger». De siste skulle gi et tilbud som var mer i tråd med de tidligere pleiehjemmene, men altså innenfor rammene av en egen bolig (kapittel 3).

Hvorvidt og hvor langt det dreide seg om en radikal fornyelse av eldreomsorgen i disse to landene, eller det snarere var gammel vin på nye flasker, er fortsatt noe uklart. En svensk utredning ti år etter omleggingen konkluderte at det i Sverige stort sett var «business as usual», der tidligere alderdomshem, sjukhem og serviceboende fortsatte mer eller mindre som før, men under nye etiketter. Det dreiet seg likevel om en formell (juridisk) omregulering fra institusjoner til boliger, og en overføring av myndighet fra personale til beboere. Beboerne skulle fra nå av betale sin husleie og i så måte ha samme borgerstatus som beboerne i den vanlige boligmassen. Norge fortsatte som før, under to «regimer», ett for institusjonsomsorg (sykehjem) og ett for en bolig- eller hjemmebasert omsorg, det være seg i den vanlige boligmassen eller i omsorgsboliger av ulike slag.

Sykehjemmene er noe strengere regulert med hensyn til utstyr og bemanning enn omsorgsboliger, men forskjellen er mindre enn mange tror, og gir kommunene et betydelig spillerom for hvordan boliger og sykehjem skal drives (kapittel 2). Dette mangfoldet ytrer seg primært i omsorgsboligene, som er av mange slag, mens sykehjemmene blir bemannet og drevet temmelig likt fra kommune til kommune, selv om det ikke er bemanningsnormer for sykehjem og langt mindre for omsorgsboliger. Men både utforming (arkitektur) og tenkemåte (kultur) kan være forskjellige, både innenfor kategorien sykehjem og innenfor kategorien omsorgsboliger. Under merkelappen «sykehjem» er det en variasjon fra anlegg med boligkarakter og kvaliteter til tradisjonelle institusjonsbygg med lange korridorer og et kjølig inntrykk og uttrykk. Vi mangler en bred og landsomfattende studie av denne boligmassen og deres beboere.



Det er dermed vanskelig å sammenlikne på tvers av kategoriene. I noen omsorgsboliger tilbys samme omsorg og service som i sykehjem, i andre mindre, men med bedre boligstandard (kapittel 7). Noen vurderer det slik at særlig sårbare personer, så som personer med demens og kognitiv svikt, trenger den tryggheten som et mer tradisjonelt institusjonsregime kan tilby (Kirkevold, 2007, Øvereng, 2010). At de mangler forutsetningene for å forvalte sin egen bolig, brukes også som et argument for dette. Andre mener at det nettopp er de mest sårbare som trenger den status og beskyttelse som ligger i å disponere sin egen bolig, og at nettopp en omsorgsbolig med fast personale da kan være en god løsning (Larsen, 2010). En regulering og status som «egen bolig», og de kjennetegn som symboliserer dette – alt fra postkassa utenfor døra til innredningen innenfor – «smitter» over på omgivelsene, besøkende og ansatte (kapittel 6, kapittel 7). At man ikke kan flyttes hit og dit mot sin vilje under et boligregime, slik man kan under et institusjonsregime, er enda en forskjell, men også denne forskjellen kan vurderes ulikt. Flertallet av norske kommuner holder fast ved en institusjonsforankret tjenestemodell i den forstand at brorparten av ressursene går til sykehjem, en mindre del til boliger og hjemmetjenester, og dermed med få personer som gis tilbud om såpass generøst med hjemmetjenester at det lar seg gjøre å bli boende hjemme når man er skrøpelig (kapittel 4 og 5). Men et mindre antall kommuner har altså gått lenger i retning av boliggyøring, idet de har flere omsorgsboliger enn sykehjems plasser og samtidig et stort volum av hjemmetjenester, og stor bruk av sykehjemmet for korttidsopphold. Denne modellen ligger nær opp til den som den såkalte Kvaase-rapporten i sin tid foreslo (Sosial- og helsedepartementet, 1999), men bare få kommuner har forsøkt å realisere denne. Samhandlingsreformen kan fornye interessen for modellen når kommunene skal ta et større ansvar også for spesialisthelsetjenester. Da kan korttidsopphold i sykehjem (og/eller helsehus) bli et viktig virkemiddel.

## Motstand mot endring

Det tradisjonelle sykehjemmet har fortsatt solid oppslutning, fordi det representerer trygghet innenfor den norske modellen, der hjemmebaserte tjenester har og har hatt en svak posisjon sammenliknet med Sverige og framfor alt Danmark. Brukere og pårørende er nok tilbøyelige til å søke beskyttelse i



sykehjemmet, for det er bare der man har fått tilstrekkelig hjelp ved betydelige omsorgsbehov. Slik er det også i dag. Seks av ti med omfattende omsorgsbehov, slik IPLOS definerer det, er i sykehjem, og åtte av ti sykehjemsbeboere har omfattende behov (kapittel 5). Det samme er tilfellet for nær seks av ti i omsorgsboliger med heldøgns bemanning. Disse to boformene henvender seg dermed langt på vei til samme gruppe. Denne typen omsorgsboliger (med heldøgns bemanning) kan være alternativer til sykehjem og gi et livet-utbud. Men flertallet av norske omsorgsboliger er ikke slik bemannet, og fungerer da som et supplement og et trinn på omsorgstrappen mot sykehjemmet.

Sykehjemsdekningen har gått ned de siste årene, noe som innebærer at man flytter seinere i sykehjem og blir boende i kortere tid enn man gjorde tidligere. Omsorgsboliger og hjemmetjenester har fanget opp en del av dem som tidligere søkte seg til alders- og sykehjem. Kan de fange opp enda flere, og var det i så fall en mer gunstig modell enn den som rår grunnen i dag? Kombinerte sentre, som primært tilbyr omsorgsboliger, men også gir et livet-ut tilbud, om nødvendig i egne enheter for mer kortvarig pleie mot slutten av livet, kan være et kolumbi egg og tjene flere formål, ikke minst det at man ikke flytter, eller flyttes, i flere omganger i siste fase av livet (kapittel 7).

Utbyggingen av norske omsorgsboliger har foreløpig ikke lagt seg på en slik modell, eller har bare i beskjeden grad gjort det. Flertallet av dagens omsorgsboliger er uten egen, heldøgns bemanning, og tilbudet av hjemmetjenester som skal fylle omsorgsboligene med den nødvendige omsorg, er beskjedent, og har i stigende utstrekning blitt fordelt til yngre aldersgrupper (Brevik, 2009, Gautun og Grødem, 2014). «Eldreomsorgen» skiller seg i så måte fra «yngreomsorgen», der nettopp egen bemanning og en opprustning av hjelpen fra hjemmetjenestene var nødvendige forutsetninger for å gjøre omsorgsboligene til trygge institusjonsalternativer. Hvorvidt man derved utviklet alternative institusjoner snarere enn alternativer til institusjon, er et mer åpent spørsmål, som trenger kvalitative data for å besvares. «Institusjonen» kan riktignok sitte i veggene, men sitter nok først og fremst i holdninger og tenkemåter. Den norske eldreomsorgen er farget av den patriarkalske tradisjonen fra institusjonsomsorgen, og især det medisinske regimet som ble

etablert fra 1970-tallet av, der aldring blir sett som sykdom og omsorg blir definert som pleie (kapittel 3).

Norge har dermed ikke fått den boligjøringen av eldreomsorgen som ble tilfellet for Danmark og Sverige, i det minste ikke foreløpig. En viss dreining i boligjørende retning er riktignok realisert. Det ble anlagt ca. 25 000 omsorgsboliger under Husbankens tilskuddsordning og den påfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen. «Bare» 6 000 nye sykehjemsplasser kom til i denne perioden, men like mange aldershjemsplasser ble nedlagt og erstattet av omsorgsboliger. Slik sett var det en klar dreining i retning mot en mer boligorientert eldreomsorg, men storparten av ressursene går fortsatt til sykehjemmene, og eldre mennesker og deres pårørende er nok tilbøyelige til å søke seg nettopp dit hvor det er mest å hente, til sykehjemmene. Vi kan da få det paradoksale utfallet at det vi allerede har mye av, ønsker vi også mer av.

## Mangel på tillit?

En holdningsundersøkelse fra noen år tilbake fant at tre av fire ønsket seg en omsorgsbolig, primært en selvstendig omsorgsbolig, dersom de ikke lenger klarte seg i sin vanlige bolig når de ble gamle. En av seks ønsket å flytte i bofellesskap, og bare en av ti ønsket seg sykehjemsplass (Brevik og Schmidt, 2005). Svarene er nok preget av en viss grad av ønsketenkning; man håper i det lengste å beholde helsa. Blant de som selv var midt i 70-årene, og dermed selv var nærmest en slik risiko, var det en av fire som ønsket seg plass i sykehjem. Blir man tilstrekkelig skrøpelig, flytter nok de fleste gladelig der det er hjelp og trygghet å få. Men sykehjemmet var et typisk «negativt valg». Det var ikke de positive kvaliteter ved sykehjemmet som trakk de ti prosentene dit, men mangelen på tillit til alternativene, nærmere bestemt til omsorgsboligene.

Slik er det kanskje også blant sentrale aktører i omsorgspolitikken; at tilliten til omsorgsboligen er lav, i det minste lavere enn tilliten til sykehjemmet. I så fall var dette ikke å undres over, for bare mindretallet av omsorgsboligene som tilbys eldre er heldøgns bemannet, og for de som er det, kan det dreie seg om bare beskjeden bemanning. Tilliten styrkes ikke av at tilbudet av hjemmetjenester er lavt i de fleste kommuner, og har blitt redusert de siste årene, i en periode der et stigende antall omsorgsboliger burde vært betjent av en stigende mengde hjemmetjenester. Men slik har det ikke vært, dels fordi en økende andel

av ressursene er kanalisert til sykehjemmene, og fordi hjemmetjenestene i stigende utstrekning har prioritert yngre brukere. I en slik situasjon er det lett å anta at eldre mennesker, og ikke minst deres pårørende, vil søke seg dit de tror det er mest å hente.

Vi får for ordens skyld understreke at det som her omtales som en mangel på tillit til omsorgsboligene, er å forstå som en hypotese; vi mangler undersøkelser og data som lar oss prøve hypotesen empirisk. At noen kommuner langt på vei har boliggjort eldreomsorgen, viser at alternative løsninger er mulige, men vi vet foreløpig ikke nok om styrken og svakheten ved de ulike modellene.

De minste kommunene, og de aller største, er mest tilbøyelige til å prioritere sykehjem framfor omsorgsboliger, men trolig av ulike grunner. Sykehjemsdekningen er først og fremst forklart av kommunens økonomi. Jo bedre økonomi, desto høyere sykehjemsdekning. Er det rett og slett slik at kommuner med god økonomi «unner seg» en høy sykehjemsdekning? De ligger kanskje høyt på alle typer tjenester? Eller er det snarere slik at en god økonomi blir en sovepute; at man ikke trenger å prioritere? (kapittel 4). Det siste indikeres av at kommuner som har et særlig behov for å prioritere fordi de har store behov i befolkningen (en høy andel eldre) og/eller en svak økonomi, satser mer på omsorgsboliger og hjemmetjenester og mindre på sykehjem enn andre. Dette kan i så fall være en tilpasningsform som peker framover, for det er nettopp en aldrende befolkning og knappe ressurser som norske kommuner venter og frykter i årene som kommer. Når de største byene, og Oslo i særdeleshet, har et særlig lavt volum av omsorgsboliger, må kanskje forklaringen søkes i andre forhold. Storbyen har f.eks. mange enslige, noe som kan trekke i retning av flere sykehjem. De siste årenes tilbud av «trygghetsboliger» og «omsorg-pluss-boliger» kan være uttrykk for at Oslo er i bevegelse mot en mer boligorientert tjenestemodell.

Forklaringen til at man velger den ene eller andre modellen må nok også søkes i tradisjon og ideologi, som er tilbøyelig til å trekke i retning av det allerede etablerte, det mest regulerte, og det antatt tryggeste alternativet. Boliggjøring av eldreomsorgen er fortsatt et kontroversielt og ideologisert tema, uten den grad av enighet og samforstand som skaper grunnlag for endring.

# Summary

This report explores the change in long-term care in Norway the later twenty years in search of a more sustainable care model for an ageing population. OECD countries can expect long-term care needs to more than double over the next forty years. As the two main protagonists in long-term care are the family and the welfare state, interventions tend to be aimed in these directions: as efforts to contain public costs on the one hand, and as strategies to sustain family care on the other. Assisted housing may play a key role here, as this service is expected to reduce the costs of institutional care, and are sites where family care is expected and indeed encouraged.

Assisted (special, sheltered) housing come in many variants, but are forms of (independent) living in-between traditional institutions and ordinary housing. Considering the top priority given to these facilities, we know remarkably little about them and how they interplay with other services. This report aims to fill some of this gap, by mapping out the character and role of assisted housing in Norwegian municipalities, and studying the implications for families and care quality.

Chapter 1 introduces the research questions. Long-term care is in Norway a welfare state responsibility, delegated to local governments (municipalities). Earlier studies have found considerable variation in local care systems. We know less about the role of assisted housing within these models, which is the main motivation for this report.

Chapter 2 explains the differences in legal status between sheltered housing and institutional care (nursing homes). Residents in assisted housing pay rent and receive home care according to needs as in ordinary housing. Institutions provide a standard care package to residents, who are deducted a part of their pension as payment, generally 75-80 per cent. Current regulations leave considerable room for local adjustments. Most municipalities give priority to institutional care, but some 15-20 per cent of municipalities give priority to sheltered housing.

Chapter 3 describes the development of services over the last 20 years, the period in which assisted housing should have increased priority. And yet,

most resources are still directed towards the nursing home in elder care (72 per cent of expenditure), whereas care for younger age groups is provided in independent (assisted or ordinary) housing.

Chapter 4 explores the local variations in care systems, and finds assisted housing to have priority in medium and smaller municipalities with strained economies. Assisted housing is correlated with high levels of home care, and high levels of short-term accommodation in nursing homes, both being consistent with assisted housing as an alternative strategy to institutional care, not simply a supplement.

Chapter 5 maps out health and care pathways towards the end of life, and the extent to which nursing homes and assisted housing address the same needs or not. The findings indicate that assisted housing is mainly used as a supplement and not an alternative to institutional care.

Chapter 6 studies the role of family care in different residential settings, and finds that family care tend to be replaced by services in nursing homes, less so in sheltered housing. Socializing (visits) and socio-emotional support (from family) do not vary between settings.

Chapter 7 presents four cases of best-practice in the assisted housing area, three Norwegian, and one from the Netherlands, and outlines the most important qualities in housing for elders.

Chapter 8 summarizes findings and concludes that whereas elders themselves tend to give priority to assisted housing, families, professionals and policy makers tend to gravitate towards the assumed safest alternative, the nursing home. Community services have in general low volume, and when not given higher priority, tend to leave elders and their families little choice but to line up in front of the nursing home. Thus, the current challenge in Norwegian long term care may be the low trust in assisted housing, more than the insufficient level of resources.

# Litteratur

- Anderzhon, J. W. (2012). *Design for aging: international case studies of building and program*. Hoboken, N.J, Wiley.
- Bascon, D. A. (2010). Modelprogram for plejeboliger. København: Copenhagen Living Lab og OK-Fonden i samarbejde med Erhvervs- og Byggestyrelsen og Realdania, Socialministeriet, RUMarkitekter, Institut for Arkitektur, Design & Media Teknologi Aalborg Universitet,
- Bogen, H., T. Kvinge, K. Høyland og B. H. Østnor (2006). *Egen bolig – også når helsa svikter? Evaluering av nye omsorgsboliger for hjelpetrengende eldre*. Oslo: Fafol SINTEF.
- Borgan, J.-K. (2012). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1962–2010*. Oslo: SSB, rapport 10/2012.
- Brandt, M. (2012). Intergenerational help and public assistance in Europe. *European Societies*: 1–31.
- Brandt, M., K. Haberkern and M. Szydlik (2009). Intergenerational help and care in Europe. *European Sociological Review* 25(5): 585–601.
- Brevik, I. (2009). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. Oslo: NIBR, prosjektrapport.
- Brevik, I. OG L. Schmidt (2005). *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. Oslo: NIBR, rapport 2005:17.
- Daatland, S. O. (1983). Care systems. *Ageing and Society* 3: 1–21.
- Daatland, S. O. (1994). *Hva skjer i eldresektoren?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 1–1994.
- Daatland, S. O., (Red.) (1997). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–95*. Oslo: NOVA Rapport 22/1997.
- Daatland, S. O., (Red.) (1999). *Framtidens boformer for eldre. Perspektiver og eksempler fra de nordiske land*. København: Nordiske Ministerråd NORD 1999:26.
- Daatland, S. O. og K. Herlofson (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familie-solidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA Rapport 7/2004.
- Daatland, S. O. og M. Veenstra (2012). *Bærekraftig omsorg?* Oslo: NOVA Rapport 2/2012.
- Drageset, J. (2000). Ensomhet på sykehjem? Hvilken betydning har behov for assistanse til utførelse av basale daglige aktiviteter (ADL) og kontakt med sosialt

- nettverk for ensomhet? En survey blant 113 kvinner og menn som bor på sykehjem. Bergen: Universitetet i Bergen, Seksjon for sykepleievitenskap.
- Esping-Andersen, G. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Fjell kommune (2012). *Sjef i eige liv: Helse- og omsorgstjenester i framtida*. Straume: Fjell kommune,
- Frogn Sælleg, W. (2008). De gode hensiktene. I: S. O. Daatland, (Red.) *Halve livet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gabrielsen, B. (2013a). Færre eldre bor på sykehjem. I: J. Ramm, (Red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: SSB Statistiske analyser 137.
- Gabrielsen, B. (2013b). Omsorgstjenester mot livets slutt. I: J. Ramm, (Red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: SSB Statistiske analyser 137.
- Gautun, H. (2003). *Økt individualisering og omsorgsrelasjoner i familien: Omsorgsmønstre mellom middelaldrende kvinner og menn og deres gamle foreldre*. Oslo: Fafo, rapport 420.
- Gautun, H. and A. S. Grødem (2014). Prioritising care services: Do the oldest users lose out? *International Journal of Social Welfare* (doi: 10.1111/ijsw.12116).
- Gautun, H. og Å. Hermansen (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Oslo: Fafo,
- Hagen, T. P., K. N. Amayu, G. Godager, T. Iversen og H. Øien (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986–2010*. Oslo, Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene, kommunehelsetjenesteloven. LOV-1982-11-19-66 Opphevet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1988a). Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR-1988-11-14-932.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1988b). Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR-1988-12-11-1018.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). Forskrift om pasientjournal. FOR-2000-12-21-1385.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. FOR-2003-06-27-792.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2010–11). Prop. 91 L, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Prop. L. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a). Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. FOR 2011-12-16 nr 1349.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon. FOR-2011-12-16-1254.
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2011c). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV 2011-06-24 nr 30.
- Helsedirektoratet (2007a). Glemsk, men ikke glem! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2007b). Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet,
- Heslet, L., K. Dirckinck-Holmfeld og J. Frederiksen (2007). *Sansernes hospital*. København: Arkitektens Forlag.
- Hjelmbrekke, S., K. Løyland, G. Møller og I. Vardheim (2011). Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Hovdenes, G. H. (1998). Et meningsfylt liv i sykehjemmet: "Vennlighet først og sist". En fenomenologisk studie av sykehjemsbeboeres opplevelse av mening i livet. Bergen: Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet, Senter for etter- og videreutdanning.
- Husbanken. Bostøtte. From <http://www.husbanken.no/bostotte/>.
- Huseby, B. M. and B. Paulsen (2009). Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig eller best i verden? Oslo: SINTEF Helsetjenesteforskning.
- Høyland, K. (2001). Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud: Erfaringer fra tre nye sykehjem. Trondheim: SINTEF, Bygg og miljø.
- Høyland, K. og S. S. Solberg (2014). Fremtidens omsorgsplasser. Trondheim: SINTEF, Bygg og miljø,
- Kane, R. L. and R. A. Kane (2005). Long-term care. I: M. L. Johnson, (Red.) *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirkevold, Ø. (2007). Sykehjem og omsorgsboliger – ikke samme tilbud. *Demens & Alderspsykiatri* 3: 35–37.
- Kjelvik, J. (2012). Aldring og eldre i velferdsstaten – et økonomisk perspektiv. I: S. O. Daatland og M. Veenstra, (Red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: NOVA Rapport 2-2012.



- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (1999). Lov om husleieavtaler (husleieloven). LOV-1999-03-26-17.
- Larsen, K. (2010). Når eget hjem i praksis er et sykehjem. *Demens & Alderspsykiatri* 3: 42–43.
- Lauvli, M. (1991). Utbygging av serviceboliger i Norge. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2-1991.
- Lewinter, M. (2004). Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare* 13: 89-96.
- Møller, K. og M.-A. Knudstrup (2008). *Trivsel i plejeboligen: en antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Mørk, E., B. Sundby, B. Otnes, M. Wahlgren og B. Gabrielsen (2013). *Pleie- og omsorgstjenesten 2012*. Oslo: SSB, Rapporter 43/2013.
- NOU 1992:1 Trygghet – verdighet – omsorg. Norges offentlige utredninger. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Norges offentlige utredninger. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Departementenes servicesenter.
- Olsen, B. (1995). "Hjemliggjøring" av eldreomsorgen på 1990-tallet? *Samfunnsspeilet* 1995(4).
- Paulsson, J. (2002). *Det nya äldreboendet*. Stockholm: AB Svensk Byggtjänst.
- Ramm, J., (Red.) (2013). Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. Oslo: SSB, Statistiske analyser 137.
- Ringsby-Jansson, B. (2002). *Vardagslivets arenor: om människor med utvecklingsstörning, deras vardag och sociala liv*. Göteborg: Göteborg Universitetet.
- Robinson, J. W. (2006). *Institution and Home: Architecture as a Cultural Medium*. Amsterdam: Techne Press.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T. I. (2006). Omsorgsboliger: bruk og utviklingstendenser. *Aldring og livsløp*(4).
- Romøren, T. I. (2008). Tre boliggjorte kommuner. *Aldring og livsløp* 1: 16–25.
- Romøren, T. I. og B. Svorken (2003). *Velferdsstat og velferdskommune*. Oslo: NOVA Rapport 12/2003.
- Rowles, G. D. and M. Bernard (2013). *Environmental gerontology: making meaningful places in old age*. New York: Springer.

- Sandvin, J. (2011). Bolig – og dens betydning for arbeid Foredrag på Statens råd for likestilling av funksjonshemmedes konferanse. Oslo, 17. november 2011.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy* 20(1): 32–44.
- Slagsvold, B. (1994). Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Slagsvold, B. (2002). Sykehjem eller omsorgsbolig? *Aldring og livsløp* 4/2002: 2–7.
- Slagsvold, B. og P. E. Solem (2005). *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Oslo: NOVA Rapport 11/2005.
- Slagsvold, B., M. Veenstra, G. Hagestad, T. Hansen, K. Herlofson, K. Koløen, P. E. Solem and S. O. Daatland (2012). Life-course, ageing and generations in Norway: The NorLAG study. *Norsk Epidemiologi* 22.
- Socialstyrelsen (2001). Vad är särskilt vid särskilt boende för äldre. En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). Omsorgsbolig – en veileder. Rundskriv I - 29/97.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester: analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosialdepartementet (1955). Innstilling fra Komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle. (Strøm-komiteen).
- Sosialdepartementet (1966). Innstilling om hjemmehjelp for eldre, Innstilling I fra Komiteen for eldreomsorgen. Orkanger: Kaare Grytting a.s.
- Sosialdepartementet (1969). Innstilling om institusjoner for eldre, Innstilling II fra Komiteen for eldreomsorgen. Otta: Engers boktrykkeri.
- Sosialdepartementet (1971). Boliger for eldre, Innstilling III fra Komiteen for eldreomsorg.
- Sosialdepartementet (1973). Eldres helse, aktivitet og trivsel, Innstilling IV fra Komiteen for eldreomsorg.
- SSB (2013). Pleie- og omsorgstjenester 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapporter, 43–2013.
- St.meld. nr. 9 (2012–2013). Én innbygger – én journal. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 29 (2012–13). Morgendagens omsorg. Helse og omsorgsdepartementet.

- St.meld. nr. 35 ( 1994–95). Velferdsmeldingen. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 45 (2002–2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 47 ( 2008–09). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo, Departementenes service-senter.
- St.meld.nr 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sundström, G., K. Herlofson, S. O. Daatland, E. B. Hansen, L. Johansson and B. Malmberg (2011). Diversification of care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. *Journal of Care Services Management* 5(1): 35–42.
- Sykehjemsetaten Oslo Kommune (10.09.13). Bemanning i sykehjem i Oslo. (e-post fra S. M. Roland).
- Szebehely, M. (2005). *Äldreomsorgsforskning i Norden, en kunskapsöversikt*. København: Nordisk Ministerråd,
- Townsend, P. (1962). *The last refuge: a survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Townsend, P. (1981). The structured dependency of the elderly: A creation of social policy in the twentieth century. *Ageing and Society* 1: 5–28.
- Townsend, P. (1986). Ageism and social policy. I: C. Phillipson and A. Walker, (Red.) *Ageing and social policy. A critical assessment*. Aldershot: Gower.
- Veenstra, M. og S. O. Daatland (2012). Aldring, helse og hjelpebehov. I: S. O. Daatland og M. Veenstra, (Red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Oslo: NOVA Rapport 2/2012.
- Veenstra, M., I. A. Lima og S. O. Daatland (2009). *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA Rapport 3/2009.
- Wærness, K. (1982). *Kvinneperspektiver på sosialpolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øvereng, A. (2010). Når eget hjem i praksis er et sykehjem. Bofellesskap / omsorgsboligmodellen – fungerer den? *Demens & Alderspsykiatri* 2: 14–15.