

32 000

eldre på sykehjem
i Norge
- ingen i Sverige
og Danmark

Institusjon eller omsorgsbolig?

Mens Sverige og Danmark avvirket sine institusjoner i eldreomsorgen fra omkring 1990, har Norge valgt å beholde sykehjemmene. Økonomien har tillatt det, og sykehjemmene har hatt tillit i befolkningen. Retten til en selvstendig bolig for eldre, uavhengig av hjelpebehov, har ikke stått like sterkt i Norge. Rundt 32 000 av den norske eldrebefolkningen (67 år+) bor i dag i sykehjem, bare 8 000 i omsorgsboliger med heldøgns bemaning, alt i alt 40 000 (6 prosent) i det som gjerne omtales som heldøgns omsorgsplasser.

Avinstitusjonalisering har vært en allmenn trend for helse- og omsorgssektoren i Europa de siste tiårene, men med variasjoner mellom land og målgrupper. Kritikken mot å samle personer med særlige behov i egne institusjoner vokste fram på 1960-tallet, begrunnet i humanistiske idealer. Etter hvert ble den drevet fram av yngre funksjonshemmede, som krevde inkludering og normalisering: Å ha samme borgerlige rettigheter som andre, og herunder en bolig som en selv rådde over. «Fra bruker til borger», het det nå (jfr NOU 2001:22).

I Norge ble barnehjem erstattet med fosterhjem, antall plasser i psykiatrien ble redusert med 75 prosent mellom 1970 og 1990, og i 1990 ble sentralinstitusjonene for psykisk utviklingshemmede (HVPU) lagt ned og erstattet av vanlige boliger og boliganlegg i kommunene. Denne utviklingen omtales ofte som en boliggyrning av omsorgen (NOU 1992:1).

Kontroversielt i Norge

Etter hvert kom samme typer krav også i eldreomsorgen, men mens avinstitusjonalisering og boliggyrning gikk problemfritt i noen land, ble dette et kontroversielt spørsmål i andre. I Norge ble det ideologisert og konfliktfylt (Romøren og Svorken 2003), i Danmark og Sverige gikk det tilsynelatende glatt og uten kontroverser. Disse to landene avvirket institusjonsomsorgen ved overgangen til 1990-årene ved å omregulere tidligere aldersinstitusjoner til særskilt boende for Sveriges del og til ældreboliger og plejeboliger for Danmarks del.

Norge fortsatte som før og under to «regimer», et institusjonsbasert (sykehjem) og et bolig- og hjemmebasert (omsorgsboliger og hjemmetjenester). Sverige og Danmark tok nye veier, mens Norge langt på vei fortsatte i gamle spor. Hva skyldes den norske utakten, og hva betyr av-institusjonalisering i praksis? Dreier det seg om formaliteter eller om vesensforskjeller i måte å tenke og drive eldreomsorgen på?

Skandinaviske trender

«Hjemme så lenge som mulig» har vært det rådende idealet for eldreomsorgen i Norge i nær sagt alle år etter krigen, men i praksis var det institusjonsomsorg som gjaldt når familien ikke lenger strakk til. Hjemmebaserte tjenester og eldreboliger er av forholdsvis ny dato. Det var først på 1970-tallet at de fikk en form og et innhold som kunne bli et reelt alternativ til institusjonsomsorg. Danmark og Sverige gikk foran, Norge fulgte etter noen år seinere (Daatland et. al 1997).



Svein Olav Daatland
er psykolog og forsker 1 ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd, og aldring (NOVA).
(svein.o.daatland@nova.hioa.no)



Berit Otnes
er sosiolog og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.
(berit.otnes@ssb.no)

Institusjonsomsorgen var på sitt høyeste i Sverige og Danmark tidlig på 1970-tallet dersom det måles i antall plasser i forhold til befolkningen i alderen 80 år og over. Det kan være flere grunner til den nedgangen som så fulgte. Kanskje var den et stykke på vei et resultat av økonomiske innstramminger, men den skyldtes nok først og fremst at behovene var mindre blant nye årganger av gamle: De hadde bedre helse og økonomi enn dem som gikk foran, og de hadde bedre boliger og lettere tilgang på hjemmetjenester. Kanskje hadde også tenkemåten endret seg, med gjennomslag for kritikken av institusjonene, og med normalisering og sosial inkludering som viktige idealer.

En viss nedgang i institusjonsdekning fant også sted i Norge, men her startet nedgangen først på 1980-tallet, et tiår seinere og mer moderat enn i Sverige og Danmark. 1970-tallet var for Norges del tvert imot en gullalder for institusjonsomsorgen, eller riktignok for sykehjemmene. Dette hadde sammenheng med at sykehjemmene ble lagt inn under den nye Sykehusloven i 1970. Ansvar ble overført til fylket og så å si løftet et trinn nærmere staten, og utbyggingen drevet fram av store statstilskudd.

Norge seint ute med alternative tilbud

I løpet av 1970-tallet ble antall sykehjemsplasser i Norge fordoblet. Først ved tilbakeføringen av sykehjemmene til kommunene i 1988 startet avinstitusjonaliseringen også her i landet. Tjenestene ble samlet på kommunenivå, og overgangen til rammefinansiering innbød kommunene til å prioritere innenfor rammen, og å velge den kombinasjonen av tjenester som ga mest omsorg for pengene.

Norge hadde den laveste institusjonsdekningen av de tre landene ved inngangen til 1970-årene og den høyeste ved utgangen av 1980-årene, og kan i alle årene siden ha blitt preget av den usedvanlig sterke satsningen på sykehjem på 1970-tallet. Til gjengjeld var Norge seint ute i satsningen på alternative tjenester for eldre, med lav dekning av hjemmetjenester, og sein satsning på eldreboliger sammenliknet med Danmark og Sverige (Daatland et al. 1997, Szebehely 2005).

Det kom en felles vending av omsorgspolitikken i alle tre landene ved inngangen til 1990-årene. Hensikten var den samme i alle landene, men løsningene kom til å bli forskjellige. Man ønsket en mer individualisert omsorg, mer normaliserte boformer, og en ny grenseoppgang mellom offentlig og privat ansvar. Det offentliges (kommunens) ansvar skulle begrenses til tjenestene, mens boligen i prinsippet var et personlig (privat) ansvar ved å være en «egen bolig».

Skandinaviske kontraster

Norge valgte som kjent å beholde sykehjemmene, mens Danmark og Sverige tok steget helt ut og avvirket institusjonsomsorgen. For Danmarks del skjedde det ved en ny Eldreboliglov i 1987 som stoppet videre utbygging av pleiehjem (det danske navnet på aldersinstitusjoner). Allerede etablerte pleiehjem kunne fortsette, men de ble faset ut fra å ha ca. 50 000 plasser tilsammen i 1987 til ca. 5 000 i dag. Et lite antall «beskyttede boliger» (2 000-3 000) er også regulert som institusjonsplasser og kommer i tillegg (Daatland et al. 1997, Danmarks statistikk).

Fra 1988 av var det eldreboliger som gjaldt, og etter hvert også plejeboliger i Danmark. De sistnevnte har såkalt tett pleiemiljø, og er bemannet og utstyrt som pleiehjem, men normalt med høyere boligstandard enn de tidligere pleiehjemmene. Eldre- og pleieboligene var fra da av juridisk og økonomisk regulert som boliger, og beboerne ble regnet som borgere og leietakere, ikke som pasienter eller klienter.

Sverige avvirket sin institusjonsomsorg i og med den såkalte Ädelreformen i 1992, som del av en desentralisering og samling av tjenestene på kommunenivå. Et samlet ansvar for omsorgssektoren på kommunenivå var da for lengst



gjennomført i Danmark, og fra 1988 også i Norge, da norske sykehjem ble tilbakeført til kommunene.

Ansvar for svenske sykehjem, som i 1992 talte ca. 22 000 plasser, ble overført fra landstinget til kommunene. Alle omsorgsplassene for eldre – sykehjem, aldershjem, gruppeboliger, serviceboliger m.fl. – ble fra da av regulert som boliger fra en juridisk, administrativ og økonomisk synsvinkel, og samlet under én betegnelse, som særskilt boende (eller äldreboende). Til sammen var det om lag 120 000 plasser i særskilt boende i 1993. Tjue år seinere, i 2012, var antallet plasser redusert til knapt 87 000, og altså ingen sykehjemsplasser.

Av- eller re-institusjonalisert?

I hvilken grad de nevnte boformene er avinstitusjonalisert eller snarere er re-institusjonalisert under sin nye betegnelse, er avhengig av øynene som ser. En evaluering ti år etter Ädelreformen konkluderte for Sveriges del at man stort sett fortsatte som før, og at man lokalt i kommunene gjerne brukte de gamle betegnelser som man var vant til (Socialstyrelsen 2001). Og dessuten, når ca. 20 prosent av beboerne i svenske eldreboliger i 1997 ble anslått til ikke å ha tilgang til sitt eget toalett, og 9 prosent fortsatt måtte dele rom med andre, var det tydelig at en ikke ubetydelig del av plassene fortsatt manglet de kvaliteter som hører en fullverdig bolig til, og i praksis framsto som institusjoner mer enn som (egne) boliger.

På den annen side kan man anta at en lovregulering som omfattet boliger, med rettigheter og plikter for leietakere, kan ha bidratt til en avinstitusjonalisering av arkitektur, drift og tenkemåter på noe lengre sikt, slik også hensikten var.

Sverige har i dag om lag 87 000 personer (i aldersgruppen 65+) med permanent bolig i eldreboliger (særskilt boende), som er en nedgang fra ca. 130 000 i 1997 (Paulsson 2002). Antall plasser for korttidsopphold har i storparten av perioden ligger nokså fast på ca. 10 000, som er noe lavt sammenliknet med Norge.

For Norges del ble behovet for en omlegging fra en institusjonsbasert til en boligbasert omsorg formulert av Gjærevollutvalget (NOU 1992:1) og fulgt opp politisk i en velferdsmelding til Stortinget et par år etter (St m 35, 1994-95, (se artikkel av Otnes i dette nummer). Men mens «yngreomsorgen» forholdsvis raskt ble boliggjort, kom «eldreomsorgen» langt på vei til å fortsette som før, der storparten av ressursene fortsatt går til institusjonsomsorgen, dvs. til sykehjemmene.

Uenighet om «boliggjøring»

I helt gamle spor gikk det likevel ikke, for en viss boliggjøring skjedde også i Norge fra midten av 1990-årene ved hjelp av store statlige bevilgninger til kommunene via Husbanken for å bygge «omsorgsboliger» av ulike slag. Men mens utviklingen gikk glatt i Danmark og Sverige, ble det store kontroverser i Norge.

Tilhengerne argumenterte for at boliggjøring ble både bedre og billigere og ga større friheter og mer fleksibel drift for kommunene. Motstanderne var skeptiske og var redde for at kommunene kunne misbruke denne friheten og tilby boliger uten tilstrekkelig omsorg (Romøren og Svorken 2003). Folk flest ønsket omsorgsbolig framfor sykehjem for sin egen del (Brevik og Schmidt 2005), men de ønsket gjerne sykehjem for sine pårørende, fordi det da var mindre risiko for at familien ble overbelastet.

Kommunene fulgte sjelden opp

Kommuner med trang økonomi var nok fristet av boliggjøring, som de antok var billigere, og som (indirekte) ga dem høyere statlige tilskudd via bostøtte og gratis medisiner. Men kommunene fulgte sjelden opp med tilstrekkelige tjenester i omsorgsboligene, og tilliten til denne omsorgsformen ble dermed

Tabell 1 **Brukere av omsorgstjenester etter type tjeneste og alder. Norge 2012. Prosent**

	0-67 år	67 år og eldre
Institusjon (langtids- eller tidsbegrenset)	5	23
Bolig (med eller uten bemanning)	19	15
Hjemmetjenester	77	62
Tjenestetype	100	100
Antall personer	102 499	169 031

Kilde: Pleie og omsorgstestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

svak. Omsorgsboligene representerte noe nytt. Tilbudet ble av mange sett på som usikkert, til dels med god grunn, for de ble sjelden fulgt opp med bemanning i en grad som tilsvarte det man fikk i sykehjem. De som var redde for at omsorgsboliger ble boliger uten tilstrekkelig omsorg, var tilbøyelige til å fylke seg rundt sykehjemmene, som et tryggere alternativ.

Norge kom av disse grunner til å satse på to hester, som ga noe til både omsorgsbolig- og sykehjemstilhengere. Under en egen «Handlingsplan for eldreomsorgen» ble det bygget ca. 25 000 nye omsorgsboliger mellom 1995 og 2005, men det ble også anlagt 5 000 nye sykehjemsplasser. De få gjenværende aldershjemmene ble gradvis faset ut og erstattet av omsorgsboliger på den ene sida og sykehjem på den andre (Romøren og Svorken 2003, Daatland et al 2014, 2015). Mange sykehjem ble imidlertid opprustet og modernisert, bl. a. ved å tilby enerom for alle. Det var med andre ord en viss boliggyrning også innenfor sykehjemmene, men de var fortsatt regulert og drevet som institusjoner, som primært er personalets og ikke beboernes domene og hjemmebane.

Norge har i dag ca. 32 000 eldre (67 år+) bosatte i sykehjem, bare 8 000 i omsorgsboliger med heldøgns bemanning, alt i alt ca 40 000 (6 prosent) i det som gjerne omtales som heldøgns omsorgsplasser. Ytterligere 18 000 bor i ordinære omsorgsboliger (4 000 bemannet deler av døgnet, 14 000 ubemannet), mens 6 500 er på korttidsopphold i sykehjem for rehabilitering eller avlastning. (Mørk et al 2013).

Tabell 1 illustrerer den ulike profilen av tilbud for yngre og eldre. «Yngreomsorgen» er i all hovedsak bolig- og hjemmetjenestebasert, «eldreomsorgen» er mer institusjonsorientert. Riktignok er bare 23 prosent av de eldre brukerne i sykehjem, men de konsumerer nær tre fjerdedeler av ressursene i eldreomsorgen (Kjelvik 2012).

De første årene ble det overveiende bygget såkalte selvstendige omsorgsboliger, som oftest var et supplement snarere enn et alternativ til sykehjem, og som dermed av mange ble ansett som en unødvendig mellomstasjon. De etterlyste boliger med varierende grader av fellesskap og bemanning, som kunne gjøre omsorgsboligen til et alternativ eller i det minste kunne utsette innflytting i sykehjem.

Dagens tjenester

«Omsorgsplassene» i de tre skandinaviske landene er altså av mange slag, men skal dekke noenlunde samme behov og fylle noenlunde samme funksjon som det høyeste trinnet i omsorgstrappen. Sverige samler alle tilbudene under én hatt som særskilt boende, Danmark under to hatter som pleieboliger og (ordinære) eldreboliger. Norge hegner fortsatt om institusjonsomsorgen, men nå praktisk talt bare i form av sykehjem, mens et antall omsorgsboliger med heldøgns bemanning har kommet til, til dels som erstatning for de tidligere aldershjemmene.

Det er dermed ikke lett å sammenlikne tilbudene i de tre landene. Freedman og Spillman (2014) har forsøkt å ordne begrepene ved å plassere de ulike tilbud av «omsorgsplasser» langs en skala fra ordinære boliger via seniorboliger til ulike former for kombinerte bo- og omsorgstilbud. På engelsk omtales det gjerne som «residential care», som her omfatter tjenester og tilbud under et offentlig ansvar og som tildeles etter behovsvurdering (se figur 1).

I alle tre landene har et økende antall seniorboliger kommet til de seinere årene, bygget og drevet i privat sektor, for personer over en viss alder, med eller uten integrerte tjenester. Disse dekkes ikke av offentlig statistikk, og det er følgelig ingen oversikt over dem. En fersk utredning har antydnet at det for Danmarks vedkommende kan dreie seg om ca. 5 prosent av eldrebefolkningen, og en del av disse er lokalisert under en mer solrik himmel ved Middelhavet (Social- og integrationsministeriet 2012, 2013).

Selvstendig eller assistert boform?

Freedman og Spillman har forsøkt å rydde i begrepene ved å skille mellom ulike nivåer av boligrettet omsorg (residential care): uavhengige boliger (independent living), assisterte boformer (assisted living) og institusjonsomsorg (institutional care). Bare Norge opererer nå med det tredje nivået, institusjonsomsorg, nærmere bestemt i form av sykehjem. Det som fortsatt er igjen av tjenester med et tilsvarende høyt omsorgsnivå er nå i Danmark og Sverige å finne blant plejeboliger og særskilt boende, som hver for seg rommer både uavhengige og assisterte boformer.

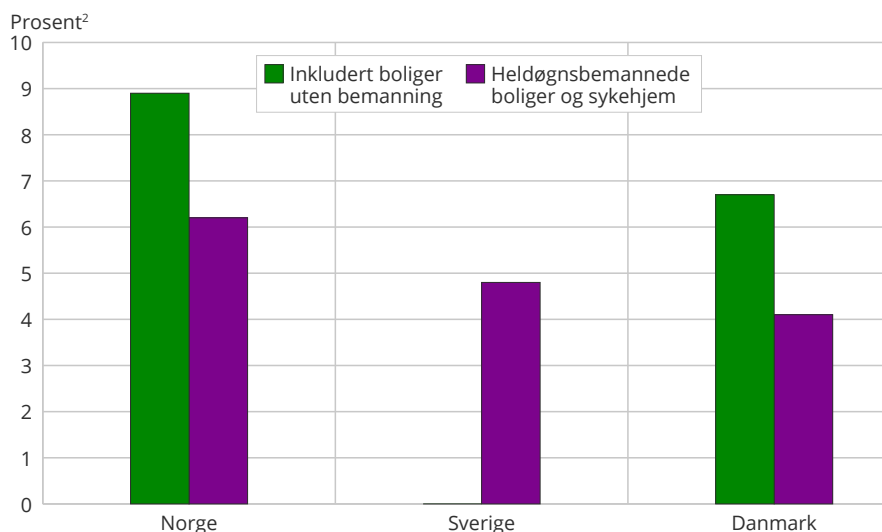
Hver av disse kategoriene inneholder dermed en større variasjonsbredde enn hva sykehjemmene gjør for Norges del. Det dreier seg dessuten både om varige og mer kortvarige opphold, i det siste tilfellet i form av rehabilitering, avlastning og lignende. Mange boliganlegg driver også dagsentertilbud, og noen av dem har spesielle avdelinger for beboere med særlige behov, f.eks. beboere med demens, især når kognitiv svikt er kombinert med vanskelig atferd.

Utviklingen har resultert i et større mangfold av tjenester i omsorgsforløpet, som bedre fanger opp den store variasjonen av behov mot slutten av livet enn den tradisjonelle modellen (enten hjemme eller i institusjon) ga anledning til. Eldreomsorgen har i så måte utviklet seg langt, og dagens modell, som er mindre dominert av institusjoner, gjør det mulig å dele de begrensede ressursene på relativt flere.

Inkluderer vi bare tilbudene på høyeste omsorgstrinn, det vil si sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger for Norges del, pleieboliger for Danmarks del og særskilt boende for Sveriges del, blir tilbudet av «omsorgsplasser» (residential care) lavest i Danmark (4,1 prosent av befolkningen 65+), høyest i Norge (6,2 prosent av befolkningen 67+), med Sverige i en mellomstilling (4,8 prosent av befolkningen 65+).

Norske tall er noe overestimert ettersom de refererer til befolkningen over 67 år, ikke over 65 år, slik tilfellet er for de to andre landene. Det svenske nivået er noe overestimert ved at alt særskilt boende er inkludert, mens danske tall bare inkluderer pleieboliger, og norske tall bare sykehjem og heldøgnsbemannede omsorgsboliger (se figur 1).

Figur 1. Andel av eldrebefolkningen som har heldøgns omsorgsplass (eldrebolig eller sykehjem), og inkludert også eldrebolig uten bemanning i Norge, Sverige¹ og Danmark. 2012



¹ For Sverige finnes ikke tall for ubemannede eldreboliger.

² Prosentgrunnlaget er 65 år+ for Danmark og Sverige og 67 år+ for Norge.

Kilde: Norge: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Sverige: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg>.

Danmark: <http://www.danmarksstatistik.dk/da/Statistik/NytHtml.aspx?cid=18956>

Dersom vi gjør kategoriene bredere, og inkluderer også (ordinære) eldreboliger for Danmarks del, og alle omsorgsboliger for Norges del, så øker ratene til 6,7 prosent for Danmark og 8,9 prosent for Norge. Sverige ligger da lavest med sine 4,8 prosent for særskilt boende, men den svenske statistikken lar seg altså ikke dele i to grupper slik tilfellet er for Danmark og Norge.

Mer privat drift og mer privat ansvar

Tilgangen til omsorgsplasser er altså lavest i Danmark om vi bruker den smale definisjonen (det vil si heldøgnsbemannede boliger og sykehjem). Men er tilbudet dermed dårligst i Danmark eller tvert imot best? Den nevnte statistikken gir oss ikke svaret.

For å få en ide om kvaliteten av tilbudet må vi inkludere også de øvrige tjenestene som tilbys. Danmark har tradisjonelt vært regnet som det mest generøse landet i Norden hva hjemmetjenester angår, og kan i så fall ha kompensert sin lave dekning av omsorgsplasser med større satsning på hjemmetjenester. Norge har tradisjonelt hatt et lavt tilbud av hjemmetjenester, fordi den høye satsningen på sykehjem gir mindre til overs for andre (hjemmebaserte) tjenester.

De seinere årene har Sverige, som på 1970-tallet lå særlig høyt både hva institusjoner og hjemmetjenester angår, strammet inn tilgangen til tjenester, og valgt en smalere og mer selektiv fordelingsprofil, der det gis mer hjelp til «de som trenger det mest». Mindre alvorlige behov (praktisk hjelp, sosial kontakt) blir i og med dette definert som et privat ansvar, og har i følge svenske forskere resultert i en ikke ubetydelig grad av re-familialisering av svensk eldreomsorg i svensk eldreomsorg (Johansson et al. 2003). Dette er foreløpig ikke tilfellet for norsk og dansk eldreomsorg.

Felles for alle landene er imidlertid en tiltakende privatisering av eldreomsorgen, tidligst og lengst i Sverige, senest og (foreløpig) kortest i Norge. Privat sektors andel av særskilt boende er i Sverige anslått til ca. 25 prosent, som representerer en fordobling siden tidlig på 1990-tallet. Til sammenlikning er ca. 10 prosent av norske aldersinstitusjoner i privat drift, men langt høyere i enkelte kommuner, og mer enn halvparten i Oslo, noenlunde likt fordelt mellom kommersielle og ideelle aktører, men i begge tilfeller for offentlige penger.

«Boliggjøring» kan i seg selv ses som en form for privatisering, ved at ansvaret for boligen dermed legges på beboeren, mens det offentlige tar ansvaret for tjenestene. I praksis er vel betalingen i institusjon og omsorgsbolig med bemanning nokså lik, men for kommunene er det i prinsippet økonomisk gunstig å tilby institusjonsopphold for personer med høy pensjon (fordi prosenttrekket som betaling for oppholdet da blir høyt), og å tilby omsorgsbolig til personer med lav pensjon (fordi de da får høyere (statlig) bostøtte).

Norge i utakt – fordi vi har råd?

Hvorfor har Norge så stadig holdt fast ved sykehjemmene, og dermed – får vi tro – valgt en dyrere modell enn Danmark og Sverige? Det enkle svaret er «olje», med andre ord at Norge simpelthen har hatt råd til det. Lokalt for Norge ser vi dessuten at høy satsning på sykehjem har sammenheng med høye driftsinntekter for kommunen.

Den norske økonomien har i siden midt på 1990-tallet vært betydelig sterkere enn den svenske og danske, så pengene har nok spilt en rolle, men neppe den eneste, og kanskje heller ikke den mest avgjørende. Den observerte trenden går for langt tilbake til det. Av-institusjonaliseringen startet allerede i 1970-1975 i Sverige og Danmark, og dermed lenge før knappheten på 1990-tallet. Sverige og Danmark var kanskje rett og slett mer «moderne» og derfor tidligere ute? Norge etablerte derimot en profilert medisinsk-faglig tradisjon i og med den store utbyggingen av de norske sykehjemmene på 1970-tallet, en tradisjon og ideologi som kan ha preget norsk eldreomsorg i alle årene deretter.

Mer sosialt og lokalt i Danmark

Danmark representerer i så måte en alternativ modell og tenkemåte, ved at Danmark i alle år har beholdt sine eldreomsorgstjenester på lokalt nivå og under en sosial lovgivning. Her ligger kanskje noe av forklaringen til den mer sosiale profilen for dansk eldreomsorg, kjennetegnet av det mest generøse tilbudet av hjemmetjenester og ideologisk sett med vekt på hjelp til selvhjelp prinsippet.

Denne ideologien har i de siste årene fått en ny omdreining i deres siste «eldrekommission» fra 2012 og 2013, som prioriterer forebygging og rehabilitering, nå under betegnelsen hverdagsrehabilitering, som har blitt et nytt credo for eldreomsorgen (Ældrekommissionen 2012, Hjemmehjælpskommissionen 2013). Det dreier seg i realiteten om en fornyelse av en gammel målsetting, og om en endring fra lengst mulig i eget hjem til lengst mulig i egnet hjem.

Den sosiale tradisjonen i dansk eldreomsorg har også ytret seg i form av at man har tilbudt mer hjemlige omsorgsplasser enn i Sverige og Norge. Danmark kunne f. eks. tilby enerom til praktisk talt alle beboere i sine pleiehjem allerede på 1970-tallet. På dette tidspunktet hadde Sverige og Norge fortsatt et flertall som delte rom i sykehjem. De sosiale og boligmessige kvalitetene måtte vike for de medisinske i svenske og norske sykehjem (Daatland et. al 1997).

Da de norske sykehjemmene ble tilbakeført til kommunene i 1988, var det derfor med en sterk medisinsk ballast, som kan ha bidratt til å forklare den sterke posisjonen til sykehjemmet nettopp i Norge. En viss avinstitusjonalisering har skjedd også i Norge, men institusjonsomsorgen står fortsatt sterkt, og legger som alt nevnt beslag på nær tre fjerdedeler av de samlede driftsutgiftene i eldreomsorgen. Mens institusjonsomsorgen praktisk talt ble avviklet for yngre aldersgrupper, fortsatte eldreomsorgen i mer tradisjonelle spor. Hjemmetjenester og omsorgsboliger fikk dermed lavere prioritet enn i Danmark og Sverige. Brorparten av ressursene ble fortsatt reservert for sykehjemmene, og det ble dermed relativt mindre igjen til de alternative tjenestene.

Dreier det seg om en form for alders-paternalisme, en ovenfra-og-ned-holdning til eldre, eller er behovene simpelthen annerledes i eldre år og bedre ivaretatt under et institusjonsregime?

Kane og Kane (2005) er skeptiske til institusjonsmodellen når de retorisk spør: «Hvordan har det seg at institusjoner som er ansett som irrelevant eller inhumane for yngre mennesker, fortsatt blir ansett som velegnet og passende for eldre?» Ligger svaret i det økende antallet personer med demens, som trenger en sterkere regulering omkring sitt liv og sin omsorg enn hva hjemmetjenester og omsorgsboliger kan tilby? Er det ikke nok, eller ikke godt nok, med omsorgsboliger, uansett hva som legges til av bemanning og tjenester?

Bærekraftig omsorg?

Svaret er ikke entydig, for noen norske kommuner har valgt en mer dansk løsning ved å gi høy prioritet til omsorgsboliger og hjemmetjenester og lav prioritet til sykehjem. Da dreier det seg oftest om «mellom-store» kommuner (5 000-20 000 innbyggere), med store behov i befolkningen, men med svak økonomi (Daatland et. al 2014, 2015).

Det er nærliggende å anta at det nettopp er denne kombinasjonen av vilkår som har motivert en søkning etter alternative og billigere omsorgsformer. Kommunens moderate størrelse kan dessuten være gunstig for å få til en endring av kursen. De når ut til relativt flere brukere, og følger en modell som i følge Borge og Haraldsvik (2005) «... framstår som mer effektiv, i den forstand at flere får et tilbud til mindre bruk av ressurser, og uten at det kan dokumenteres at tilbudet blir dårligere.» (s 5).

Referanser

Borge, L.E. og Haraldsvik, M. (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.

Brevik, I. og Schmidt, L. (2005). *Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser*. Oslo: NIBR, rapport 2005:17.

Daatland, S.O. (2012): Komparative perspektiver på omsorgstjenestene – Norge i en internasjonal sammenheng, i S.O. Daatland og M. Veenstra (red.): *Bærekraftig omsorg?* Oslo: NOVA Rapport 2/2012.

Daatland, S.O. og Ottesen, B. (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen: Utviklingslinjene, i S.O. Daatland (red.), *Boliggjøring av eldreomsorgen*. Oslo: NOVA, rapport 16/2014.

Daatland, S.O. et al (1997). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-1995*. Oslo: NOVA rapport 22/1997.

Daatland, S.O. et al (2014). *Boliggjøring av eldreomsorgen*. Oslo: NOVA rapport 16/2014.

Daatland, S.O., Høyland, K. and Ottesen, B. (2015). Scandinavian contrasts and Norwegian variations in special housing for older people. *Journal of Housing for the Elderly*, 29, 180-196.

Freedman, V.A. and Spillman, B.C. (2014). The residential continuum from home to nursing home: Size, characteristics and unmet needs of older adults. *Journals of Gerontology, Psychological Sciences and Social Sciences*, 69, 7, S42-S50.

Hjemmehjælpskommissionen: Fremtidens hjemmehjælp - ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. København: Social og integrationsministeriet 2013.

Johansson, L., Sundström, G. and Hassing, L. (2003). State provisions down, offspring's up: The reversed substitution of old-age care in Sweden. *Ageing and Society* 23(3): 269-280.

Kane, R. L. and Kane, R. A. (2005). Long-term care, in: M. L. Johnson, (ed.) *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge, Cambridge University Press.

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.

Mørk, E. et al (2013). Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Rapporter 43/2013.

NOU 1992:1. *Trygghet – verdighet – omsorg* (Gjærevollutvalgets innstilling). Oslo: Norges offentlige utredninger.

NOU 2001:22. *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Norges offentlige utredninger.

Paulsson, J. (2002). *Det nya äldreboendet*. Stockholm: AB Svensk Byggtjänst,

Romøren, T. I. og Svorken, B. (2003). *Velferdsstat og velferdskommune*. Oslo: NOVA, rapport 12/2003.

Social- og integrationsministeriet (2012): Livskvalitet og selvbestemmelse på plejehjem. Ældrekommissionen – Kommissionen om livskvalitet og selvbestemmelse i plejebolig og plejehjem. København.

Social- og integrationsministeriet (2013): Fremtidens hjemmehjælp – ældres ressourcer i centrum for en sammenhængende indsats. Udgivet af Hjemmehjælpskommissionen, Sekretariatet, København, juli 2013.

Socialstyrelsen (2001). *Vad är särskilt vid särskilt boende för äldre. En kartläggning*. Stockholm.

Stortingsmelding 35, 1994-95: *Velferdsmeldingen*.

Szebehely, M. (2005) (red.) *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. København: Nordisk Ministerråd, TemaNord 2005:508.

Denne artikkelen støtter Borge og Haraldsviks hypotese, men vi har foreløpig ikke tilgang til data som gjør det mulig å prøve hypotesen kritisk. Vi vet f.eks. ikke nok om det indre livet i sykehjem og omsorgsboliger, og i hvilken grad de dekker, eller kan dekke, de samme typer av behov.

Det er også ønskelig å kunne vurdere samspillet med familieomsorgen ved bruk av ulike tjenestemodeller, f. eks om familien inkluderes eller snarere utnyttes i en boligorientert modell. Formelt sett er det temmelig beskjedne forskjeller mellom institusjoner (sykehjem) og omsorgsboliger. Det er altså intet formelt i veien for å boliggi sykehjemmene ytterligere, og intet i veien for å tilføre omsorgsboligene mer omsorg og pleietilbud.

Det ser ut til at en boliggiort modell gir større åpenhet for variasjon og endring, og i så måte en større tilpasningsevne og bærekraft innfor framtida. Kanskje også større risiko, men en viss risiko må alltid påregnes om man ønsker endring.