

Eldresenteret nå og framover

*Svein Olav Daatland,
Odd H. Guntvedt &
Britt Slagsvold (red.)*

*Norsk institutt for forskning
om oppvekst, velferd og aldring*

Rapport 17/00

Eldresenteret nå og framover

Svein Olav Daatland,
Odd H. Guntvedt,
Britt Slagsvold (red.)

med bidrag fra
Elisabet Sommerfeldt, Per Erik Solem,
Bjørn Moen & Anne Helset

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 17/00

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

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 velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) 2001

ISBN 82-7894-104-1

ISSN 0808-5013

Forsidefoto: *Espen Røysamb /Samfoto*
Desktop: *Torhild Sager*
Trykk: *GCS*

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

Telefaks: 22 54 12 01

Nettadresse: <http://www.isaf.no/nova>

Forord

Med denne rapporten avrundes Eldresenterprogrammet, som startet i 1994 som et samarbeid mellom NOVAs gruppe for aldersforskning (daværende Norsk gerontologisk institutt) og Universitetsseksjonen ved Geriatrisk avdeling på Ullevål sykehus. Programmet har vært finansiert av Sosial- og helsedepartementet, som ønsket at hele FoU-virksomheten om eldre-sentrene ble sett i sammenheng og samordnet.

Den overordnede tanken bak programmet var at man gjennom eldre-sentrene på en billig og effektiv måte kunne nå store grupper med forebyggende tiltak. Det ble også lagt vekt på frivillig innsats og brukernes medvirkning og innflytelse på driften. Programmet skulle bidra til at eldre-sentertilbudet blir mer tilgjengelig for alle eldre. Man skulle vinne kunnskap om brukeres og ikke-brukeres behov og preferanser med sikte på å tilpasse tilbudet til behovene. Viktig var også å medvirke til en mer bevisst bruk av eldre-sentrene fra kommunenes side og å bidra til kompetanse-utvikling mer generelt.

Programmet ble planlagt og organisert som et samvirke mellom de to institusjonene, men hver partner hadde et selvstendig ansvar for sine egne prosjekter. Vi takker Universitetsseksjonen ved professor Knut Laake og forsker Anne Marie Pettersen for godt samarbeid.

Tidligere NGI – og nå NOVA – har fulgt eldre-sentrenes virksomhet praktisk talt siden starten for snart 50 år siden, først med støtte fra Nasjonalforeningen for folkehelsen, men snart etter med Sosial- og helsedepartementet som den viktigste partner og kilde til økonomisk støtte. Vi takker departementet for samarbeidet, og håper at rapporten og programmet er til nytte for utformingen av den framtidige politikken på området. Vi takker Eva Beverfelt, som har fulgt eldre-sentrene i forskning og praksis helt siden starten – også som medarbeider i Eldresenterprogrammet. Takk også for bistand fra Kirsten Danielsen, Reidun Ingebretsen, Åsmund Langsether og Kirsten Thorsen. En siste takk går til alle eldre-sentrene – ledere og ansatte, brukere og frivillige – for å ha stått opp når vi har trengt det.

Oslo, desember 2000

Britt Slagsvold
Forskningsleder
Gruppe for aldersforskning

Innhold

SAMMENDRAG	11
1 ELDRESENTERET – MÅL OG MIDLER	15
Et tilbud vokser fram	15
Hva er et eldresenter?	16
Eldresentrenes posisjon og potensiale	18
Idealer og mål	18
Demografisk og sosial endring	20
Sosiale behov og sosial forankring	22
Ensomhet og sosial isolasjon	25
Den foreliggende rapporten	27
Eldresenterprogrammet	27
Forhistorien	27
Hensikten	28
Strategi	29
Prosjektene ved NGI/NOVA	30
Prosjektene ved Ullevål	32
2 STATUS OG UTVIKLING I ELDRESENTRENE	33
Bakgrunn	33
Utbredelsen	34
Hvor mange eldresentre?	34
Hvor mange kommuner har eldresenter?	37
Forskjell mellom by og land	38
Oppsummering	38
Sentrenes organisering	38
Kommunale og private sentre	38
Frittstående og kombinerte sentre	40
Styre	42
Brukerinnflytelse	43
Virker brukerinnflytelse vitaliserende?	46
Oppsummering	48
Brukerne	48
Hvor mange bruker eldresentrene?	48
Ulike brukergrupper	51
Oppsummering	52
Frivillige medarbeidere	53
Hvor mange frivillige?	53
Frivillige i ulike typer sentre	54
Oppsummering	55
Utadrettet virksomhet og åpningstider	56
Utadrettet virksomhet	56
Sentrenes åpningstid	58
Oppsummering	60

Personell.....	61
Årsverk av lønnet personell	61
Frisør og fotpleier	62
Daglig leders utdanning	62
Oppsummering.....	63
Hva koster det å drive eldresentre?	63
Driftsutgiftene.....	64
Kommunale tilskudd	66
Oppsummering.....	67
Sentrenes plass i den kommunale eldrepolitikken	67
Formell tilknytning	67
Praktisk tilknytning	69
Sentrenes tilbud til hjemmebundne	71
Samarbeid med andre instanser	72
Oppsummering.....	73
Sammendrag	74
Utbredelsen av eldresentrene.....	74
Sentrenes organisering.....	74
Brukerne.....	75
Frivillige medarbeidere	76
Utadrettet virksomhet.....	76
Personell	76
Hva koster det å drive eldresentre?.....	76
Sentrenes plass i den kommunale eldrepolitikken.....	77
3 ELDRESENTERET OG SPESIELLE MÅLGRUPPER.....	78
Innledning.....	78
Menns bruk av eldresentre	78
Innledning.....	78
Kort tilbakeblikk.....	79
Et teoretisk riss.....	81
Et prosjekt	82
Hjelpeavhengiges bruk av eldresentre	85
Undersøkelsen	85
Hvor mange bruker eldresenteret jevnlig?	86
Hvilken betydning har funksjonssvikt?	87
Variasjon mellom kommuner	90
Sammenheng mellom bruk av eldresenter og sosial isolasjon?.....	91
Bidrar eldresenteret til deltakelse og aktivitet?.....	92
Oppsummering.....	95
Eldresenteret og innvandrerne.....	96
En ny utfordring.....	96
Forsøksvirksomhet i Moss og Holmestrand	97
Prosjekt i Gamle Oslo	98
Flerkulturelt senter	98
Flerkulturelle møter i et eldresenter.....	99
Store og små møter	103
Konklusjon.....	105

4 ELDRESENTERET – HVA NÅ?	107
Innledning.....	107
Behov og målgrupper.....	107
Eldresenter – eldres senter?.....	107
Arena for frivillig innsats.....	110
Integrasjon og innvandrere	112
I spredtbygde strøk	114
Oppsummert	116
Ytre rammer og indre liv.....	117
Ansvar og organisering.....	117
Modeller og drift	119
Oppsummerende konklusjon.....	123
SUMMARY	125
REFERANSER	127

Tabellregister:

1 ELDRESENTERET – MÅL OG MIDLER	15
Tabell 1.1. Prosentandel med liten/ingen kontakt med venner, naboer og familie etter kjønn og alder.....	23
Tabell 1.2. Andel som ofte eller av og til føler seg ensomme etter kjønn og alder.	25
Tabell 1.3. Sosial isolasjon etter kjønn og alder 1980 og 1995.....	26
2 STATUS OG UTVIKLING I ELDRESENTERNE	33
Tabell 2.1. Registrerte eldresentre. Fylkesoversikt for utvalgte år. Antall fordelt på fylke. Økning per år i siste periode før angitt årstall.....	35
Tabell 2.2. Antall sentre per 10 000 innbyggere over 67 år i 1999 etter fylke.	36
Tabell 2.3. Kommuner med eldresentre i 1999 etter fylke. Antall og prosent (n).	37
Tabell 2.4. Prosentandel kommuner (n) med eldresentre etter størrelse i 1998*.	38
Tabell 2.5. Eldresentre etter driftsform 1971–1998. Prosent (n).	39
Tabell 2.6. Sentre etablert av private, av kommunen eller i samarbeid mellom private og kommunen i ulike perioder. Prosent (n). Basert på spørreskjema for 1998.....	39
Tabell 2.7. Frittstående og kombinerte sentre 1975–1998*. Prosent (n).	41
Tabell 2.8. Frittstående og kombinerte sentre i 1998 etter etableringsperiode. Prosent (n).	41
Tabell 2.9. Frittstående og ulike typer kombinerte sentre i 1985 og 1994. Prosent (n).....	42
Tabell 2.10. Sentre med styre 1980–1998. Prosent (n).	42
Tabell 2.11. Andel sentre med eget styre etter eierform i 1998. Prosent (n).....	43
Tabell 2.12. Sentre med brukerråd 1987–1998. Prosent (n).....	44
Tabell 2.13. Brukerråd i sentre med og uten eget styre i 1998. Prosent (n).....	44

Tabell 2.14. Sentre etter ulike grader av formell brukerinnflytelse i 1994. Prosent (n).....	44
Tabell 2.15. Sentre etter eierform og formell brukerinnflytelse i 1994. Prosent (n).....	46
Tabell 2.16. Gjennomsnittlig antall brukere, brukerprosent og antall frivillige per 100 brukere etter grader av formell brukerinnflytelse i 1994 (n).....	47
Tabell 2.17. Brukerprosent etter brukerinnflytelse i frittstående og kombinerte sentre i 1994 (n).47	
Tabell 2.18. Andel sentre som registrerer brukerne og andel som har oppgitt antall brukere 1975–1999. Prosent (n = antall som har svart på spørreskjema).....	49
Tabell 2.19. Sentre etter antall brukere 1975–1999. Prosent (n) og gjennomsnittlig antall brukere per senter.	49
Tabell 2.20. Antall brukere på landsbasis 1975–1999. Oppgitte og beregnede tall.	49
Tabell 2.21. Gjennomsnittlig antall brukere etter type senter i 1994 (n = antallsgrunnlaget for gjennomsnittet).	51
Tabell 2.22. Brukere fordelt på alder 1994–1999. Prosent (n).	52
Tabell 2.23. Prosentandel (n) sentre som har frivillige hjelpere 1990–1999, og gjennomsnittlig antall frivillige per senter med frivillige.	53
Tabell 2.24. Frivillige på landsbasis 1990–1999. Oppgitte og beregnede tall.	53
Tabell 2.25. Frivillige fordelt på alder 1994–1999. Prosent (n).....	54
Tabell 2.26. Frivillige fordelt på alder og kjønn 1994. Prosent (n).....	54
Tabell 2.27. Gjennomsnittlig antall frivillige i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n = antallsgrunnlaget for gjennomsnittet).	54
Tabell 2.28. Antall frivillige per 100 brukere i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n).	55
Tabell 2.29. Gjennomsnittlig antall ansatte (årsverk) per 100 brukere i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n).....	55
Tabell 2.30. Andel som sender ut informasjon etter type senter 1994. Prosent (n).	56
Tabell 2.31. Andel av frittstående og kombinerte sentre som sender ut informasjon om senteret til eldre i distriktet 1994–1999. Prosent (n).	56
Tabell 2.32. Andel av frittstående og kombinerte sentre som driver oppsøkende virksomhet 1994–1999. Prosent (n).	57
Tabell 2.33. Andel av frittstående og kombinerte sentre som arrangerer informasjonsmøte for nye pensjonister 1998 og 1999. Prosent (n).	57
Tabell 2.34. Indeks for utadrettet virksomhet 1998. Prosent (n) og gjennomsnitt.....	57
Tabell 2.35. Antall uker i året sentrene er åpne 1994 og 1999. Prosent (n) og gjennomsnitt.	58
Tabell 2.36. Antall uker i året ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.	58
Tabell 2.37. Antall dager i uka sentrene er åpne 1990–1999. Prosent (n) og gjennomsnitt. .	59
Tabell 2.38. Antall dager i uka ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.	59
Tabell 2.39. Antall timer i uka sentrene er åpne 1990–1999. Prosent (n) og gjennomsnitt. ..	60
Tabell 2.40. Antall timer i uka ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.	60
Tabell 2.41. Årsverk av lønnet personell per senter i alt og per 100 brukere.....	61
Tabell 2.42. Driftsutgifter per år per senter og per bruker 1990–1998 i 1998-kroner (n).	64
Tabell 2.43. Driftsutgifter per bruker etter type senter 1994 og 1998 i 1998-kroner (n). Svarprosent.	65
Tabell 2.44. Kommunale tilskudd til private sentre 1994–1998 (1998-kroner) – per senter, per bruker og i prosent av samlede utgifter (n). Svarprosent.	66
Tabell 2.45. Andel av sentrene etter styre og kommunal representasjon 1994. Prosent (n).	68

Tabell 2.46. Prosentandel (n) av sentrene som er underlagt ulike former for kommunal styring 1994.	69
Tabell 2.47. Andel av sentrene som har ulike former for praktisk tilknytning til kommunen etter eierform 1994. Prosent (n)	70
Tabell 2.48. Indeks av ulike former for praktisk tilknytning til kommunen etter eierform 1994. Prosent (n).....	71
Tabell 2.49. Indeks for tiltak for hjemmehundne etter type senter 1988. Prosent (n).	72
Tabell 2.50. Tiltak for hjemmehundne etter type senter 1998. Prosent (n).	72
Tabell 2.51. Andel av sentrene som samarbeider med frivillighetsentral og eldreråd 1998 og 1999. Prosent (n).	73
3 ELDRESENTERET OG SPESIELLE MÅLGRUPPER	78
Tabell 3.1. Brukerandel (prosent) av lokalbefolkningen 70 år* og eldre for Uranienborg/ Homansbyen helse- og velferdssentral 1967–1970.	80
Tabell 3.2. Frivillige etter kjønn 1990–1994. Prosent (n).....	83
Tabell 3.3. Benytter jevnlig eldresenter etter boform. Prosent (n).....	86
Tabell 3.4. Jevnlig bruk av eldresenter for beboere i omsorgsboliger med og uten tilknyttet eldresenter. Prosent (n).....	87
Tabell 3.5. Bruker jevnlig eldresenter etter boligtype og funksjonsevne. Prosent (n).	88
Tabell 3.6. Bruker jevnlig eldresenter etter funksjonsevne i omsorgsboliger med eller uten tilknyttet eldresenter. Prosent (n).....	88
Tabell 3.7. Jevnlig bruk av eldresenter i forhold til boform – justert for fysisk funksjonsevne, om man bor alene og kjønn. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon (n=796).	89
Tabell 3.8. Bruksrater (jevnlig bruk) av eldresenter etter kommunetype. Prosent (n).....	90
Tabell 3.9. Jevnlig bruk av eldresenter i forhold til kommunetype – justert for fysisk funksjonsevne og boligens tilgjengelighet til eldresenter. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon (n=798).	91
Tabell 3.10. Sosial isolasjon og ensomhet blant brukere og ikke brukere av eldresentre. Prosent (n).....	92
Tabell 3.11. Problemer og behov for tiltak og sosial aktivisering for brukere og ikke-brukere av eldresentre. Prosent (n).....	93
Tabell 3.12. Aktivitetsproblemer og for lite tiltak etter bruk eller ikke-bruk av eldresenter – justert for fysisk funksjonsevne. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon.....	94

Sammendrag

Det er omtrent femti år siden det første eldresenteret ble opprettet. I dag er det ca. 330 eldresentre i landet med nær 130 000 brukere. Det finnes eldresentre i omtrent hver tredje kommune, og alt i alt har omtrent sju av ti alderspensjonister tilgang til et eldresenter i sin hjemkommune, og én av tre eldre i disse kommunene er brukere av et slikt senter. Småkommunene er dårligst dekket. I denne rapporten som avrunder det såkalte Eldresenterprogrammet, gir vi en oppsummering av hva vi nå vet, og hva som er ønskelig å utvikle videre.

Eldresenteret var tiltenkt flere roller og funksjoner – som et sted å være, som et aktivitetstilbud, en kilde til service og tjenester og en arena for sosial kontakt og deltakelse. Dermed skulle senteret også fungere som et forebyggende tiltak, både ved å forhindre eller avhjelpe psykososiale problemer så som sosial isolasjon og ensomhet, og ved å være et helsefremmende tiltak via aktivisering og oppsøkende virksomhet.

Eldresenteret var motivert utfra et ønske om å integrere eldre mennesker i samfunnet, ikke å segregere dem. Tanken var å motvirke de faktorer som lett fører til passivitet og sosial isolasjon i eldre år, så som sviktende helse og sorg etter tap av ektefelle og venner. Det var derfor behov for et særskilt tilbud med lav terskel for deltakelse. Man har på mange måter lyktes i dette forsettet, for en betydelig andel av alderspensjonistene bruker eldresenteret jevnlig eller fra tid til annen.

Eldresentrene når særlig godt ut til de midlere aldersgrupper av eldre. Mange av de yngste eldre føler seg for unge for eldresenteret og har andre arenaer å delta på. En del av de eldste kan være svekket av sykdom eller funksjonstap og kan av den grunn ha tapt interessen – især dersom det er tungvint å komme seg dit. Men det ligger et betydelig potensiale for å nå bedre ut til hjelpetrengende. Hjelpetrengende som bor i omsorgsboliger med tilknyttet senter har seks ganger høyere bruksrater enn hjelpetrengende i vanlige boliger, noe som viser at tilgjengeligheten er en avgjørende faktor for deltakelse.

Eldresentrene har nær 10 000 frivillige hjelpere, som utfører ca. 1 000 årsverk. Til sammenlikning er det ca. 1 200 ansatteårsverk i eldresentrene. Flertallet av de frivillige i eldresentrene er selv eldre, og mange er også brukere av eldresenterets øvrige tilbud. Slik kan senteret fungere som et verksted for aktiv medvirkning, og som en arena der pensjonisters arbeid og deltakelse er etterspurt.

Eldresenteret er et alderssegregert tilbud, og nettopp dette er noe av attraksjonen med senteret. Her kan man treffe sine jevngamle og mer eller mindre likesinnede, men de fleste sentre holder også åpent for yngre som måtte ha behov for det. Eldresentrene har vært dårlig utbygd i spredtbygde strøk, der befolkningsgrunnet ofte har vært for tynt. Noen av de modeller og arbeidsformer som har vært utviklet for å kompensere for dette, som f.eks. mobile tilbud, kan med fordel også brukes i større byer. Her er det ikke først og fremst den geografiske avstanden som må overkommes, men den psykiske og sosiale avstanden.

Forholdene må legges spesielt til rette for at eldre med innvandrerbakgrunn skal ha den samme reelle tilgangen til eldresentre som norske. Forsøkene som til nå er gjort er positive – især for innvandrerne og spesielt for kvinnene blant dem, som har få andre arenaer der de møter nordmenn og det norske. Erfaringene viser at det også er betydelige problemer knyttet til integrasjon, og at man bør prioritere forsøk med parallelle tiltak og såkalt «myk integrering».

Fram til 1975 var nesten alle sentrene drevet av frivillige organisasjoner, men utviklingen gikk i retning av stadig flere kommunale sentre. I dag er omtrent halvparten av sentrene kommunale. Selv om mange kommuner har engasjert seg i eldresentertilbudet, har kommunene vært langt mer tilbakeholdne og nølende på dette området enn de har vært når det gjelder pleie- og omsorgstjenestene. Det har rimeligvis sammenheng med at eldresentrene ble sett som et «velferdsekstra» snarere enn som et omsorgstilbud, og dermed noe som lå på grensen av hva det offentlige skulle ta et ansvar for.

Det er behov for en mer systematisk satsning på forebyggende virksomhet. I dette bør også kunne ligge en økonomisk gevinst. Brutto driftsutgifter til eldresentrene er ca. 450 millioner kroner per år, hvorav omtrent 40 prosent er dekket av brukerbetaling. Dersom eldresentrene i gjennomsnitt utsetter sykehjemsinnleggelse med et par dager per bruker, vil hele utgiften være spart inn.

Eldresenterprogrammets mål var (1) å gjøre eldresenteret bedre tilgjengelig for alle eldre, (2) å vinne bedre kunnskaper om brukeres og ikke-brukeres behov og preferanser med sikte på å tilpasse tilbudene til eldrebefolkningen, (3) å bidra til at eldresentrene får en klarere og mer bevisst rolle innenfor den kommunale eldrepolitikken og (4) å bidra til å heve kompetansen i eldresentrene.

Vi kan ikke anbefale én enkelt modell for framtidens eldresenter, men det må trolig preges av større pluralisme og mangfold, og en sterkere vilje

til endring, enn det som har preget eldresentrene fram til nå. Kanskje «torget» kan være en god metafor – et sted som er lett tilgjengelig og har lav terskel for deltakelse. Her kan ulike grupper og tiltak ha sine «boder» og tilbud. Eldresenteret har to ansikter – ett som peker mot «omsorgs-senteret» for de hjelpetrengende, og ett som framstår som «seniorsenteret» for spreke pensjonister. Det bør være rom for begge deler og for å bruke senteret som en bro overfor yngre mennesker og samfunnet utenfor.

På dette grunnlaget anbefaler vi konkret:

- at det settes i verk et kompetanseutviklingsprogram for forebyggende arbeid overfor eldre, med spesiell vekt på eldresenterets rolle i den sammenheng,
- at det gis et stimuleringsstipend for utvikling av tiltak for å bedre tilgjengeligheten for særlige grupper, så som hjelpetrengende og innvandrere,
- at kommunene bes om å synliggjøre eldresentrenes rolle i sine planer for den kommunale tiltakskjeden, og
- at det gis støtte til utviklingsprosjekter som kan styrke kontakten mellom generasjonene og bidra til at senteret blir en «åpen» institusjon i nærmiljøet. Man bør også stimulere samarbeidet med andre kommunale etater og samspillet med andre organer så som eldreråd, pensjonistforeninger og frivillighetssentraler.

1 Eldresenteret – mål og midler

Svein Olav Daatland, Odd H. Guntvedt & Britt Slagsvold

Et tilbud vokser fram

Den første «helse- og velferdssentralen» for eldre ble etablert i en nedlagt melkebutikk på hjørnet av Schultzgate og Schøningsgate på Majorstua i Oslo i regi av Oslo krets av Nasjonalforeningen for folkehelsen. Åpningen fant sted den 14. januar 1952 etter noen måneders planlegging. Nasjonalforeningen var på spor etter nye oppgaver etter at tuberkolosen var bekjempet, og eldresaken ble et nytt satsningsområde. Man stiftet «De gamles helsekomité» i 1950, som ble tiltrådt av Norske kvinners sanitetsforening året etter. Komitéen arbeidet ikke bare med praktiske tiltak for å bedre eldreomsorgen, men tok også initiativ til kartlegging og forskning. Dette ledet etterhvert fram til stiftelsen av Norsk gerontologisk selskap (senere Norsk selskap for aldersforskning) i 1954 og Nasjonalforeningens (senere: Norsk) gerontologisk institutt i 1957. Fra dette miljøet oppsto altså norsk aldersforskning.

På denne tida var eldreomsorgen praktisk talt ensbetydende med gamlehjem, eller aldershjem som betegnelsen etterhvert ble endret til. Det var ingen hjemmebaserte omsorgstilbud, dersom vi ser bort fra noen innslag av menighetssykepleie på enkelte steder. Behovet for tiltak var imidlertid stort, især i storbyene, der det var mange enslige eldre. Dette var noe av bakgrunnen for den helse- og velferdssentralen som ble åpnet på Majorstua for snart 50 år siden. En prøveordning med hjemmehjelp ble startet opp omtrent samtidig i samme område. Nasjonalforeningen sto også bak dette tiltaket.

Hjemmehjelpstjenesten ble snart fanget opp av kommunene og ble bygget sterkt ut til det største og viktigste tilbudet for hjemmeboende eldre i årene som kom. Frivillige organisasjoner hadde introdusert tilbudet som et modellprosjekt – et eksempel som man ønsket å få kommunene til å følge opp. Kommunene hadde allerede fått vite fra husmorvikarene at det var et stort og stigende behov for praktisk hjelp i hjemmet ikke bare i barnefamilie, som var husmorvikartjenestens primære ansvarsområde, men også blant eldre. Staten fulgte etterhvert opp med et eget økonomisk tilskudd til hjemmehjelpstjenesten, men først fra 1969 av, da de fleste kommunene allerede hadde innført tjenesten på egen hånd.

Mens hjemmehjelp og hjemmesykepleie snart ble et kommunalt ansvar, fortsatte helse- og velferdssentralene lenge som et privat tilbud i regi av frivillige organisasjoner; etterhvert også med offentlig støtte, men i regelen en nokså beskjeden støtte. De private sentrene dominerte helt fram til 1980-årene. I 1971 var bare to av 55 sentre kommunale, i 1975 var den kommunale andelen økt til 17 prosent, og i dag er omtrent halvparten rent kommunale sentre, mens ytterligere ni prosent er samarbeidsprosjekter mellom kommunen og organisasjonene (se kapittel 2).

Eldresentrene fikk karakter av å være et velferdstilbud mer enn et omsorgstilbud og var dermed ikke et like naturlig offentlig ansvar som hjemmehjelp, hjemmesykepleie og aldersinstitusjoner. Tilbudet skulle være åpent for alle eldre, både for hjelpetrengende og de spreke, og de siste ble invitert til å bruke eldresenteret som et sted å yte hjelp til andre snarere enn som et sted der de selv fikk hjelp. Mange gikk inn i begge roller.

Den gamle melkebutikken som huset den første velferdssentralen hadde begrenset plass, men ble til en sentral for ombringning av mat og for sosial kontakt i den utstrekning plassen tillot det. To sentraler til ble opprettet i 1953 i Nasjonalforeningens regi, men uten egne lokaler. Den ene fikk dele et kjellerrom i Piperviken kirke sammen med speiderne. Den andre fikk benytte et rom i Frogner menighetshus tre formiddager i uka (Klingen 2000). Den første sentralen på østkanten – på Grünerløkka – kom i 1956. Nasjonalforeningen og andre hjelpeorganisasjoner innenfor den veldedige tradisjonen sto sterkere på vestkanten.

En større modellsentral med egne lokaler ble så opprettet i Homansbyen i Oslo i 1957, og det nyopprettede gerontologiske instituttet som var lokalisert på samme sted skulle kombinere forskning med ledelsen av senteret.

Nyetableringen var beskjeden de nærmeste årene og antallet sentre passerte 50 først omkring 1970. En særlig sterk vekstperiode fulgte i perioden 1975–1985, mens antallet kulminerte tidlig på 1990-tallet og har kanskje gått noe ned de aller siste årene. I dag er det ca. 330 eldresentre i landet – de fleste av disse i byer. Mer om utviklingen i tekst og tall i kapittel 2.

Hva er et eldresenter?

Eldresenteret har seilt under forskjellige navn. Først altså som helse- og velferdssentral og siden også som pensjonistsenter, aktivitetssenter eller servicesenter (for eldre). I de senere årene har man i enkelte kommuner også brukt betegnelsen «eldresenter» om et kombinert bolig- og service-

anlegg, gjerne også kombinert med det lokale sykehjemmet. Denne typen bo- og behandlingssentre er ikke «eldresentre» i den forstand vi her forstår det. Eldresentre må også skilles fra «dagsenter», som er et tilbud om omsorg på dagtid for hjemmeboende med store omsorgsbehov. Slike dagsentre vil ofte være etablert i tilknytning til aldersinstitusjoner.

Eldresentrene er et aktivitets- og servicetilbud som retter seg mot *alle* hjemmeboende eldre innenfor et avgrenset geografisk område. Tilbudene gis i første rekke på sentret, hvor man under samme tak finner et variert aktivitetstilbud – tildels organisert av brukerne selv – så som kafeteria, hår- og fotpleie og sosialrådgivning. For skrøpelige eldre som ikke kan komme til senteret, yter mange sentre tjenester som matombringing og hår- og fotpleie i hjemmet. Opplegget av aktiviteter ved det enkelte senter formes ut fra lokale forhold og varierer fra sted til sted.

Det overordnede målet er å opprettholde aktivitet og førlighet både fysisk og psykisk, samt å forebygge psykososiale problemer som ensomhet og sosial isolasjon. Mange eldresentre samarbeider nært med kommunens hjelpeapparat for øvrig, og har gjennom sin brede kontakt med eldrebefolkningen muligheter for å gripe inn på et tidlig tidspunkt slik at sosiale og helsemessige problemer hos eldre kan unngås eller avhjelpes. Sentrene kan på denne måten fungere som omsorgstjenestenes forlengede arm og være et bindeledd til hjemmeboende eldre. Det praktiske formålet med eldresentrene er å gi ulike former for service, mulighet for sosial kontakt og selvtillit gjennom aktiviteter og/eller som frivillig hjelper.

Brukerne er en svært sammensatt gruppe. Vi finner yngre og spreke pensjonister som bruker senteret til aktiviteter og utfoldelse. Mange arbeider som frivillige i sentrene. Vi finner også skrøpelige brukere som har senteret som sin viktigste arena utenfor hjemmet, der de kan møte jevngamle og likesinnede eller få stelt hår eller føtter.

Eldresentrene er kanskje det fremste tiltaket for forebyggende arbeid overfor eldre. Man har kontakt med en stor del av lokalbefolkningen – noen sentre har 40-50 prosent av de lokale pensjonistene som brukere – og kan dermed nå ut til mange med informasjon og rådgivning. Turen til senteret og kontakten med andre kan i seg selv være en viktig kilde til identitet og trivsel og kan forebygge helseproblemer.

Det er betydelig variasjon fra senter til senter både hva gjelder størrelse, profil og sosialt klima. Stor variasjon er det også blant brukerne fra dem som først og fremst har senteret som et sted å være – tildels et annet hjem – til dem som har et fjernere og/eller mer instrumentelt forhold til stedet. Blant disse er det noen som først og fremst er frivillige hjelpere og f.eks. deltar i

matombringning eller besøkstjeneste overfor hjelpetrengende. Andre oppsøker først og fremst tilbudene, så som frisøren eller fotpleieren.

Miljøet er heterogent hva brukernes behov og preferanser angår, men det er aldershomogent i den forstand at det primært er forbeholdt eldre mennesker. Denne avgrensningen håndteres i regelen svært romslig. De aller fleste sentrene er åpne også for yngre som måtte ønske eller ha behov for det. Det store flertallet av brukerne og de frivillige er imidlertid alderspensjonister, varierende fra midt i 60-årene til de hundre. Å dømme etter en fersk undersøkelse fra to sentre i Oslo og Akershus er det trolig en overrepresentasjon i de midlere gruppene (Pettersen & Laake 2000). Forholdsvis mange yngre pensjonister føler seg for unge til å gå der, mens en del av de eldste er for skrøpelige. Dermed blir eldresenteret gjerne en arena for mellomgruppene både hva alder og helse angår.

Noen eldresenter er innadvendte, og har nok med tilbud og tiltak for sine egne. Andre er utadvendte og kan engasjere seg i nærmiljøet – også utenfor sine egne aldersgrupper. Sommerfeldt (1993) gir eksempler på slike tiltak, som f.eks. prosjektene «Eldre og selvbetjent teknologi», «Eldrekontakt som valgfag i skolen» og prosjektet «Eldre hjelper eldre». Det første prosjektet tok for seg moderne teknologi i hverdagen via utstillinger og prøveprosjekter som tilbud til dem som følte seg fremmedgjort og usikre på steder som preges av den moderne teknologien. Mange sentre har fra tid til annen samarbeidsprosjekter med skoler og barnehager – enten med eldre som ressurspersoner og formidlere av historie, eller med barna som hjelpere for skrøpelige gamle. Prosjektet «Eldre hjelper eldre» har ført til etablering av diverse rådgivnings- og hjelpetiltak, der pensjonister med etterspurte ferdigheter og kompetanser kan gi hjelp til andre. Blant eksemplene er juridisk eller økonomisk rådgivning. Det var også med utgangspunkt i et eldresenter at man startet opp prosjektet «Vern for eldre», som bidro til å sette overgrep mot eldre på dagsorden. Her inngikk en støtte- og rådgivningstjeneste for ofre og overgripere, og et samarbeid med det lokale politiet, bl.a. for å nå bedre ut med informasjon og sikringstiltak (Johns m.fl. 1993).

I de senere år har det vært satt i gang eldresentertilbud også for eldre med innvandrerbakgrunn. Mer om dette i kapittel 3.

Eldresentrenes posisjon og potensiale

Idealer og mål

I handlingsplanen for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50, 1996-97) heter det at eldresenterne «... representerer et viktig forebyggende tiltak, særlig med

tanke på å bringe eldre ut av sosial isolasjon og ensomhet.» Det heter videre at: «For yngre eldre ... vil eldresentre og tiltak som bygger på egen aktivitet og gjensidig hjelp kunne ha forebyggende effekt.» I mer generelle ordelag legger handlingsplanen også vekt på at et hovedmål er å legge til rette for at man skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. «En forutsetning for dette er at tjenestene ... er utbygd slik at eldre føler seg trygge på at de får gode tjenestetilbud når de trenger det.» Målsettingen er en helhetlig omsorgskjede, og overordnede mål er trygghet, fleksible tilbud og større rom for brukermedvirkning og valgmuligheter.

Disse målene er formulert spesielt med tanke på pleie- og omsorgstjenestene, og eldresentrene ligger i grenselandet mellom disse tjenestene og det vi snarere kunne kalle velferds- og kulturtiltak. Det som skjer i den ene sektoren påvirker imidlertid den andre, uten at det nødvendigvis har vært tilsiktet, og uten at man er tilstrekkelig klar over det. Eldresenterets rolle og betydning er f.eks. rimeligvis påvirket av endringene i pleie- og omsorgstjenestene, f.eks. at institusjonsdekningen (plasser i forhold til antall eldre) gikk betydelig ned i perioden 1970–95 (Daatland 1997). Utbyggingen av forskjellige typer eldreboliger kompenserte bare delvis for dette. Følgen er at relativt flere av de hjelpetrengende eldre har blitt boende hjemme og vært avhengige av hjemmebaserte tjenestetilbud.

De siste årene har vi så fått en ny utbyggingsbølge av sykehjem og omsorgsboliger som kan komme til å endre denne balansen, men utviklingen har i store trekk gått i retning av mindre vekt på institusjoner og mer vekt på hjemmebaserte omsorgstilbud. Dette har alt i alt vært en positiv utvikling, men de hjemmebaserte tjenestene har ikke klart å følge opp, og i de senere år har vi sett en relativ svekkelse av tilgangen til hjemmehjelp. Knappheten på ressurser i forhold til behovene gjør at man rimeligvis prioriterer de skrøpeligste, men i og med dette endrer også tjenesten form og retning. Behovet for praktisk hjelp i hjemmet for å gjøre hverdagen lettere, og ikke minst behovet for sosial kontakt, blir i stigende utstrekning definert bort som et offentlig ansvar. De forebyggende og psykososiale sider ved hjemmehjelpstjenestene har blitt svekket. Utviklingen er den samme i alle nordiske land (Daatland 1997, Szebehely m.fl. 1997). Men ettersom Norge i utgangspunktet hadde liten satsning på hjemmetjenester sammenliknet med Sverige og især Danmark, har man kanskje merket denne dreiningen særlig sterkt i Norge.

I en slik situasjon skulle man tro at et sosialt og forebyggende tiltak som eldresentrene ville få økt betydning, bl.a. for å kunne kompensere for det snevrere fokus for pleie- og omsorgstjenestene. Eldresentrenes mulige

betydning i dag og framover bør også ses i sammenheng med de demografiske og sosiale endringene.

Demografisk og sosial endring

Vi har i dag omtrent dobbelt så mange eldre i befolkningen som tidlig på 1950-tallet, da de første eldresentrene (helse- og velferdssentraler) ble etablert. Eldrebefolkningen kommer som kjent til å fortsette å øke i årene som kommer, men utviklingen går i bølger fordi fødselstallene i sin tid gjorde det. Vi har bak oss en stor økning av antall eldre, som i perioden 1960–1990 var på 82 prosent. De nærmeste årene blir det forholdsvis små endringer, men en ny periode av vekst følger så fra ca. 2010. De følgende tre år gir oss omtrent den samme prosentvise økningen som i årene vi nettopp har bak oss, men målt i absolutte tall blir økningen en del større.

Vi lever altså stadig lengre, og stadig flere av oss gjør det. Denne utviklingen er kanskje det klareste uttrykk for velferdsveksten i det moderne samfunnet, men i dette ligger også en stor utfordring. Noe av utfordringen består i økte helseproblemer og omsorgsbehov. Det lengre livet har i hovedsak gitt oss flere år med (forholdsvis) god helse – flere såkalt «aktive leveår». Det er fortsatt noe uenighet blant forskere om det lengre livet fører til en sammentrekning av perioden av sykkelighet eller ikke, men foreløpig ser det ut til at perioden med alvorlige funksjonstap og avhengighet av hjelp ikke har blitt kortere, men har snarere blitt forskjøvet oppover i alderen (Romøren 2000). Nye generasjoner av eldre har jevnt over bedre helse og førlighet enn de som gikk foran på tilsvarende alderstrinn, men også de vil møte den fjerde alderens besvær om de lever lenge nok. Helsekarrieren varierer imidlertid mellom kvinner og menn, og det er også stor individuell variasjon. Kvinner lever i gjennomsnitt lengre enn menn, men de har en lengre periode med hjelpebehov mot slutten av livet. Mange – især blant menn – dør nokså brått uten en lengre periode av pleie. Alt i alt er de fleste pensjonistårene aktive leveår. I gjennomsnitt gjenstår godt og vel ett (for menn) til tre (for kvinner) år med alvorlige funksjonstap mot slutten av livet. Med aldringen av befolkningen følger dermed en feminisering av alderdommen og især en feminisering av eldreomsorgen (Manton 1997).

Med tanke på den store individuelle variasjonen i helsekarriere og de store forskjeller mellom sosiale klasser i levealder og helse, burde det ligge et stort potensiale for forebyggende helsearbeid her. Det dreier seg dels om helsefremmende tiltak og dels om sykdomsforebyggende arbeid. Som det heter i en offentlig utredning om folkehelsearbeidet (NOU 1998:18), så må denne typen innsatser i hovedsak basere seg på nærmiljøstrategier og medvirkning fra lokalbefolkningen og frivillige organisasjoner. Statens rolle er

å legge forholdene til rette. En slik beskrivelse passer godt for eldre-
sentrene som en arena for denne typen arbeid. Sentrale gerontologer har
dessuten påpekt at det er et stort reservepotensiale hos eldre mennesker,
både hva gjelder fysisk og mental funksjonering (Daatland & Solem 2000).
Fra helsepsykologien vet vi dessuten at mestringssevne og en optimistisk
livsholdning har positiv betydning for helsa. Negative forventninger og
manglende sosial støtte vil føre til unødvendig eller for tidlig funksjons-
svækkelse og tilsvarende økte behov for hjelp.

«Alderdommen» er også forlenget nedover i alderen på grunn av
stadig tidligere pensjonsavgang. Pensjonsalderen var 70 år på 1950-tallet, i
dag er den 67 år, men flertallet er pensjonert før de når pensjonsalderen.
Gjennomsnittlig pensjoneringsalder kryper nedover mot 60 år, slik situa-
sjonen forlenget er blitt i mange andre europeiske land.

Utviklingen har dermed gitt oss en ny fase av livet – den såkalt tredje
alder – der vi er eldre i betydningen pensjonert, men ikke gamle i betyd-
ningen skrøpelige. Vi har verken som individer eller samfunn tatt inn over
oss disse endringene og er i følge Riley & Riley (1985) preget av et struk-
turelt etterslep av tenkemåter og sosiale strukturer som hørte gårsdagens
livsløp og befolkningsstruktur til. Men det er i ferd med å vokse fram nye
livsformer, sosiale institusjoner og oppfatninger som passer bedre til en ny
tid og et nytt livsløp, og eldresenteret er én av de sosiale institusjonene
som kan ha fått økt betydning i denne sammenhengen.

Det blir stadig flere som sogner til denne sosiale arenaen, men
hvorvidt man faktisk vil komme til å gjøre bruk av den, avhenger av om
sentrene tilpasser seg en ny tid og dermed blir attraktive arenaer for nye
generasjoner av eldre. Eldresenteret har fått en større potensiell deltaker-
masse i begge retninger av alderdommen – flere yngre og spreke pensjo-
nister og flere hjelpetrengende. Er det mulig – og ønskelig – å fange opp
begge, eller skal man prioritere i retning av den fjerde alderen?

Eldresentrenes posisjon i dag sammenliknet med tidligere må også ses i
lys av endringer i familie- og husholdsstrukturen. Vi kan for det første
konstatere at det er store forskjeller mellom kvinner og menn i så måte, idet
flertallet av mennene fortsatt er gift når de passerer 80 år, mens flertallet av
kvinnene er enslige allerede tidlig i 70-årene. Mennene lever gjerne livet ut
sammen med en ektefelle, mens de fleste kvinner har mange år som enslige
og aleneboende og vil av denne grunn søke sosial kontakt utenfor hjemmet.
Økningen av alenehusholdene har endret forutsetningene for sosialt liv i
eldre år især for kvinner. Omtrent 70 prosent av kvinner over 80 år bor
alene, mot 40 prosent av de jevngamle mennene (Birkeland et al. 1999).

Sosiale behov og sosial forankring

Nettøpp det å være et sosialt rom for deltakelse og et vern mot sosial isolasjon og ensomhet har vært framhevet som et av eldresentrenes fremste hensikter og mål.

Hvorvidt sosial tilbaketrekking er en naturlig følge av aldring eller snarere er resultater av sosial utstøtning var lenge ett av de sentrale stridsspørsmål i gerontologien. Teorier og forklaringer varierer, men det er rimelig stor enighet om at høy alder som regel fører med seg en reduksjon av sosial deltakelse og aktivitet. Denne reduksjonen er imidlertid selektiv, og berører noen typer av relasjoner mer enn andre. Dette trenger ikke skyldes noen indre drift, men kan være reaksjoner på sviktende ressurser. Fordi sosial aktivitet er handlinger som krever krefter, vil aktiviteten rimeligvis reduseres når kreftene svekkes. Forutsetningene for sosial deltakelse er dessuten ikke bare avhengig av individet selv, men også av andre. Risikoen for at ektefelle og nære venner faller fra øker med alderen. Man kan også møte formelle og uformelle hindringer, f.eks. normer om at man er blitt «for gammel» til å delta i bestemte sammenhenger. Det er derfor viktig å ha arenaer en føler seg velkommen og trygg i.

Familien er særlig viktig i eldre år, men mange mangler nær familie eller har dem boende langt unna. Familien er dessuten bare ett av flere typer sosiale fellesskap. Folk flest har et bredere nettverk av kontakter som i noen perioder av livet og for noen behov kan være viktigere enn familien. Det dreier seg dels om uformelle sosiale fellesskap som kontakt med venner og naboer, og dels om formelle sammenhenger, f.eks. i foreninger og organisasjoner. Noen fellesskap er nære, personlige og tette; andre er fjernere, større og mer forretningsmessige. Vi trenger dem begge – ikke bare de nære, men også de fjernere relasjonene (Daatland & Solem 2000).

Vennskap er basert på frivillighet og gjensidig tiltrekning. I vennskapet ligger adspredelse, glede og informasjon, men samtidig forpliktelser. Vennsapsrelasjonene er gjensidige, med de samme rettigheter og plikter på begge sider. Det ligger dermed også en trygghet i gode venner. De representerer en kontinuitet i livet og er en kilde til identitet og tilhørighet (Jerrone 1990).

Risikoen for at gamle venner faller fra stiger med alderen, og et betydelig mindretall av de eldre mangler en fortrolig venn (tabell 1.1). Vennskap ser ut til å ha større plass i kvinners enn i menns liv. På alle alderstrinn er det flere menn enn kvinner som mangler en fortrolig venn bortsett fra blant de aller eldste, noe som rimeligvis kan forklares ved at kvinner lever lengre enn menn og derfor har større risiko for å miste sine

gamle venner. Mennene ser ut til å få mer av sine behov for nærhet dekket hos ektefellen, mens kvinner i større grad finner sine fortrolige blant venninner.

Tabell 1.1. Prosentandel med liten/ingen kontakt med venner, naboer og familie etter kjønn og alder.

	Alle	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
<i>Menn</i>						
Uten fortrolig venn	23	13	19	26	40	41
Uten besøkskontakt med naboer	28	29	28	26	27	30
Sjelden familie-venne-kontakt*	10	2	11	14	10	7
(n)	(1827)	(318)	(720)	(548)	(197)	(44)
<i>Kvinner</i>						
Uten fortrolig venn	15	5	6	16	35	48
Uten besøkskontakt med naboer	27	40	26	21	26	36
Sjelden familie-venne-kontakt*	11	5	12	11	12	16
(n)	(1893)	(293)	(724)	(538)	(251)	(87)

* Sjelden familie-venne-kontakt = som verken har kontakt med familiemedlemmer hver uke, eller kontakt med gode venner på stedet hver uke («sosial isolasjon»). Kilde: Levekårsundersøkelsen 1995.

Eldresenteret kan være en viktig arena for å finne nye venner. Vennskap oppstår gjerne mellom personer som på en eller annen måte er like hverandre. Likheten kan bygge på forskjellig grunnlag – interesser, klassebakgrunn, utdanning og kjønn. Av særlig interesse i denne sammenheng er alderslikhet – at venner oftest er jevnaldrende. Kontakten med jevnaldrende har en særlig betydning av flere grunner. Man hører til samme generasjon og har mange felles erfaringer. Av den grunn er en også tilbøyelig til å dele grunnleggende verdier og normer. Det er derfor lett å omgås. Man følger de samme kodene, kjenner den samme musikken, har de samme regler for skikk og bruk osv. De jevngamle representerer en forankring i historien og en kontinuitet med fortida. Fordi en er i samme fase av livet, kan jevnaldrende også være en kilde til sosial støtte.

Vi er en slags reisende i tid, og blir vi gamle nok kan vi føle oss i eksil i et fremmed samfunn (Dowd 1986, Coleman 1990). Dette er kanskje særlig utpreget i moderne tid, fordi vi lever stadig lengre, og fordi samfunnet endrer seg raskt. Personer i alderen 80, 90 eller 100 år vokste opp i et samfunn som var radikalt forskjellig fra det vi kjenner i dag, og det er kanskje bare jevngamle som fullt ut kan forstå og verdsette ting noenlunde likt, og som dermed får oss til å føle oss hjemme.

Betydningen av gode *naboer* kan variere over livsløpet og ikke minst mellom typer av lokalmiljø. Noen er forsiktige med sitt forhold til naboer, nettopp fordi de bor nær, og forholdsvis mange har ingen besøkskontakt med naboene (jfr. tabell 1.1).

Det kan også ligge viktige sosiale fellesskap i større lokale enheter, så som bygda, byen eller for den sakens skyld eldresenteret. Her kan ligge en viktig kilde til identitet. I det å bli «sett» i nærmiljøet kan ligge psykologiske og sosiale kvaliteter, selv om det ikke dreier seg om nære og personlige relasjoner, eller kanskje nettopp fordi det *ikke* gjør det. Det kjennes godt å møte såkalt «vennlig fremmede» når vi spaserer en tur, og det er hygge i å slå av en prat med kjente. Den som blir bundet til hjemmet og ikke kommer seg ut i det offentlige rom, vil oftest bli avsondret fra dette sosiale livet. Hjemmet er vanligvis den nære familiens arena.

Tilbøyeligheten til å foretrekke kontakt med jevnaldrende har bidratt til framveksten av egne boligområder for eldre, først og fremst i USA. I de seinere år har norske pensjonister fulgt etter ved å bosette seg for kortere eller lengre tid i Spania (Helset 1999, 2000). Det ligger et dilemma i denne utviklingen, der bedre muligheter for integrasjon blant jevnaldrende kan komme i strid med integrasjon og samhold på tvers av generasjonene. Det er behov for arenaer og møteplasser der både unge og gamle kan møte sine jevngamle, men også et behov for sammenhenger der generasjonene kan komme sammen, lære hverandre bedre å kjenne og på den måten bidra til gjensidig forståelse og solidaritet. Der det er lite kontakt mellom grupper, blir forholdet dem imellom gjerne preget av stereotype forestillinger om hverandre. Noen steder har eldresenteret og skolen et samarbeid nettopp for å bedre kontakten på tvers av generasjonsgrensene, men det er behov for mer aldersintegrering og flere sammenhenger der yngre og eldre kan møtes. I det å møte unge mennesker ligger en mulighet for eldre til å følge med i den nye tida. De unge kan på sin side få kjennskap til hverdags-historien via de eldre.

Selv om mange eldre er aktive i *foreninger* og som brukere av kultur-tilbud, så reduseres deltakelsen med alderen, især etter 75-80 år. Det er rimelig å se dette i sammenheng med sviktende helse og krefter, men kanskje også ved at man forventes å trekke seg tilbake. Fordommer om aldring kan gi grunnlag for normer om at en bør trekke seg tilbake, fordi en antas å være svekket og dårlig skikket. I andre sammenhenger er høy alder ingen ulempe for deltakelse, snarere tvert imot. Man forventes å delta nettopp fordi man er eldre, som f.eks. i eldresentre og pensjonistforeninger. Deltakelsen varierer altså med hvilke sammenhenger det dreier seg om. I religiøse foreninger og humanitære organisasjoner står eldres deltakelse

forholdsvis sterkt, især blant kvinner, for dette har tradisjonelt vært kvinners arena. Dagens eldre kvinner hører til generasjoner som var preget av ulønnet arbeid i hjem og foreningsliv, og dette engasjementet har de kunnet ta med seg over i eldre år. Det er dermed mer kontinuitet over livsløpet for denne generasjonens kvinner enn for de jevngamle mennene, som i stor utstrekning har konsentrert seg om arbeidet og yrkesrollen og er mindre aktive i organisasjonslivet – herunder i eldresentrene.

Ensomhet og sosial isolasjon

Ensomheten blir av mange sett som alderdommens sikreste og bitreste følgesvenn, men skal vi dømme etter undersøkelser om forekomsten av ensomhet, er den på langt nær et så utbredt problem blant eldre som folk flest tror. De fleste studier viser likevel at ensomhetsfølelse øker med alderen, men at den er et problem bare for et mindretall av de eldre, med en forekomst på omkring 25 prosent som «ofte eller ganske ofte» føler seg ensomme (Andersson 1998).

Å dømme etter Levekårsundersøkelsen er det klart flere ensomme blant aleneboende enn blant gifte og samboende, og ensomheten ser ut til å være betydelig vanligere blant kvinner enn blant menn (tabell 1.2). En undersøkelse fra Nord-Trøndelag gir tilsvarende resultater – en klar økning av andel ensomme i høy alder, især etter 70-75 år (Næss 1991). Det skyldes først og fremst at mange blir enslige i eldre år, og dernest at mange gamle har svekket helse.

Tabell 1.2. Andel som ofte eller av og til føler seg ensomme etter kjønn og alder.

	Alle	16-24	25-44	45-66	67-79	80+
<i>Menn</i>						
Ofte ensom	3	3	3	2	5	5
Av og til ensom	14	12	13	16	13	21
<i>Derav aleneboende menn</i>						
Ofte ensom	11	2	14	10	15	..
Av og til ensom	31	24	28	43	33	..
<i>Kvinner</i>						
Ofte ensom	5	1	4	4	10	19
Av og til ensom	22	24	19	20	25	33
<i>Derav aleneboende kvinner</i>						
Ofte ensom	15	3	10	11	21	24
Av og til ensom	33	35	30	35	32	37

Kilde: Sosialt utsyn 1998.

Dersom vi regner personer som bor alene og ikke har ukentlig kontakt med familie eller venner som *sosialt isolerte*, er det forholdsvis få sosialt isolerte når vi måler det i prosenttall. Det dreier seg om 7–12 prosent av over-åtti-årige menn og kvinner (jfr. tabell 1.3). Dersom vi også inkluderer personer uten fortrolige venner, blir andelen «sosialt isolerte» langt høyere, især blant eldre kvinner. Og nå vi regner prosenttallene om til antall personer, dreier det seg om tusener.

Tabell 1.3. Sosial isolasjon etter kjønn og alder 1980 og 1995.

		16-24	25-44	45-66	67-79	80+
<i>Bor alene og uten ukentlig kontakt</i>						
Menn	1980	0	1	1	4	..
	1995	1	1	2	2	7
Kvinner	1980	0	0	2	8	
	1995	1	1	2	5	12
<i>Ikke i samliv og uten fortrolig venn</i>						
Menn	1980	16	5	6	10	..
	1995	11	4	4	9	25
Kvinner	1980	4	2	8	30	..
	1995	4	1	4	18	34

Kilde: Sosialt utsyn 1998.

Vi mangler større undersøkelser som kan avgjøre om eldresentrene motvirker disse sosiale problemene, men det er nok av eksempler på at så er tilfellet, og det er under alle omstendigheter et stort behov for sosiale tilbud, som per i dag faller utenom de vanlige omsorgstjenestenes oppgaver.

At eldresenteret også kan være en arena for aktiv deltakelse som frivillig hjelper, skal vi komme nærmere tilbake til i neste kapittel. La oss bare nevne her at å dømme etter en europeisk studie, er det flere svenske og danske eldre (Norge var ikke med i studien) som besøkte en forening eller et aktivitetssenter for eldre (20-24 prosent) enn i noen andre europeiske land (Andersson 1993, Walker 1993). Andelen eldre som var aktive i frivillig arbeid var også særlig høy i Norden (12-14 prosent). Man kan anta at den høye deltakelsen i Skandinavia har sammenheng med at mulighetene er gode, f.eks. ved at det finnes aktuelle arenaer utenfor familien som man kan bidra på også som pensjonist.

Det store potensialet ved eldresenteret som tilbud, og en oppfatning om at dette potensialet ikke var utnyttet – ja at eldresenteret i mange

kommuner ikke ble brukt bevisst i den kommunale eldrepolitikken – var noe av bakgrunnen for at vi ønsket å starte opp et større forsknings- og utviklingsprogram for å vinne mer kunnskap om driften og mulighetene ved eldresentrene. Som del av motivasjonen for programmet var også den raske sosiale endringen og dermed spørsmålet om eldresenteret måtte finne en ny form for å passe til en ny tid og nye grupper.

Den foreliggende rapporten

Vi avrunder det innledende kapitlet med en redegjørelse nettopp for eldresenterprogrammet. I kapittel 2 følger så en beskrivelse av status og utvikling i eldresentrene – om brukere og frivillige, aktiviteter og økonomi osv. I kapittel 3 tar vi opp eldresenterets rolle og dilemma i forhold til spesielle målgrupper – menn, hjelpetrengende og innvandrere – som hver på sine måter har vært vanskelig å integrere i tilbudet. I det avsluttende kapittel 4 diskuteres erfaringer og dilemmaer, og vi forsøker å se framover. Hører eldresentrene framtida til, og i så fall i hvilken form? Den forskjellige hensikten med kapitlene gjør at de uvegerlig får en noe ulik form, fra den detaljpregede dokumentasjonen i kapittel 2 til de mer generelle betraktningene i kapittel 4.

Eldresenterprogrammet

Forhistorien

Studier av og støtte til eldresentre var en vesentlig oppgave for Norsk gerontologisk institutt (NGI) i alle år, og især de første årene. Da instituttet startet under navnet Nasjonalforeningens gerontologiske institutt i 1957 var en av oppgavene å stå ansvarlig for driften av et eldresenter som holdt til i samme lokaler som instituttet. Dette ble starten på et mangeårig arbeid med veiledning, registrering og forskning om eldresentrenes virksomhet og utvikling.

Eldresentrene fikk mange steder et liv på siden av eldreomsorgens tjenester og tiltak. Mens hjemmehjelp og hjemmesykepleie ble kommunale tjenester, så ble eldresentrene betraktet som et velferdstiltak, som i større grad var å anse som et privat ansvar. Etterhvert kom kommunene sterkere inn, og nå er halvparten av sentrene rent kommunale, mens ytterligere ti prosent drives i samarbeid med organisasjoner. De resterende 40 prosent drives av frivillige organisasjoner, men i regelen med kommunal støtte.

Eldresentrenes status som velferdstiltak mer enn omsorgstjenester bidro også til at de ikke var omfattet av den statistikk som Statistisk

sentralbyrå (SSB) samlet inn for eldresektoren. Det var derfor NGI som fulgte opp dette tilbudet, og fra 1968 gjennomførte instituttet årlige registreringer av landets eldrecentre med opplysninger om personell, økonomi, aktiviteter, brukere, frivillig arbeid med mer. Resultatene av disse undersøkelsene ble hvert år publisert i en egen rapport. Etter noen års samarbeid med SSB på 1990-tallet, har byrået overtatt ansvaret for denne registreringen og integrert den i det nye statistikksystemet KOSTRA.

En rekke enkeltundersøkelser ble også gjennomført ved NGI, bl.a. om levekår og bruk av eldrecentre (Thorsen 1983), om frivillig arbeid i sentrene (Dyb m.fl. 1991), om konsekvenser for eldrecentrene av økonomiske nedskjæringer (Sommerfeldt m.fl. 1992) og om erfaringer fra utviklingsarbeid i eldrecentrene (Ingebretsen & Guntvedt 1993). I 1993 ble for øvrig instituttets erfaringer sammenfattet i en praktisk rettet veileder om etablering, organisering og drift av eldrecentre (Sommerfeldt 1993).

Universitetsseksjonen ved geriatrisk avdeling på Ullevål sykehus tok på begynnelsen av 1990-tallet opp undersøkelser om eldrecentrenes virke med fokus på sentrenes *helseforebyggende* muligheter. Både ved Ullevål og NGI ble det meste av forskningen og utviklingsarbeidet som omhandlet eldrecentrene finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Ved tildelingen av midlene for videreføring av arbeidet i 1994 ba departementet om at hele FoU-virksomheten vedrørende eldrecentrene ble samordnet og systematisert. På denne bakgrunn ble eldrecenterprogrammet opprettet i 1994 som et samarbeid mellom de to forskningsmiljøene. Det ble utarbeidet et felles programnotat hvor både igangværende og planlagte prosjekter ble beskrevet. Programmets planlagte tidsramme var fram til utgangen av 1998.

Hensikten

Bakgrunnen for programmet lå i eldrecentrenes potensiale for aktivisering og forebyggelse av helsemessige og sosiale problemer. Aldersgruppen 67 år og eldre utgjør om lag 15 prosent av landets befolkning. Selv om de fleste er friske og selvhjulpne, kan alderdommen også bli preget av ensomhet, dårlig livskvalitet og helse- og funksjonssvikt. Eldre mennesker er storforbrukere av helse- og omsorgstjenester.

Eldrecentrene hadde allerede vært i virksomhet i mer enn 40 år, men forskningen viste at det fortsatt gjensto mye før man klarte å utnytte de forebyggende mulighetene. Bare 30 prosent av landets kommuner hadde eldrecentre, og bare halvparten av eldrebefolkningen bodde i kommuner som hadde et eldrecenter tilbud da programmet ble startet. Videre var – og er – sentrene utbygd i svært ulik grad, både mht. organisering og systema-

tikk i arbeidet. Ikke minst er det store forskjeller i kommunenes satsing på tiltaket, noe som reflekteres både i sentrenes personellmessige ressurser og deres kontakt og samarbeid med andre kommunale tjenester. I de siste årene før programmet ble formulert hadde for øvrig en stigende andel av sentrene vært utsatt for nedskjæringer i kommunenes tilskudd til driften. Undersøkelsen «Eldresentre i hardt vær» (Sommerfeldt m.fl. 1992) hadde bl.a. dokumentert at andelen av driftsutgiftene som ble dekket av kommunene hadde sunket gjennom flere år. Sammenfattende kan en si at det forelå et åpenbart behov og potensiale for forbedring og videreutvikling av eldresentrene.

Den overordnede tanken bak eldresenterprogrammet var at man gjennom eldresentrene på en billig og effektiv måte kunne nå store grupper av eldre med forebyggende tiltak. Det ble også fremhevet at arbeidet i sentrene i stor grad kunne skje på eldres egne premisser gjennom brukermedvirkning, innflytelse på driften og frivillig innsats.

Programmets mål ble formulert slik:

- Å medvirke til at eldresenteret etter hvert blir et tilbud til alle hjemmeboende eldre i vårt land. I dag er bare ca. halvparten av den eldre befolkning dekket.
- Å skaffe innblikk i situasjonen for brukerne og ikke-brukerne av eldresentrene, spesielt med tanke på helse, livskvalitet og funksjon (fysisk, psykisk og sosialt) med sikte på å øke brukerandelen.
- Å arbeide for et tettere samarbeid mellom eldresentrene og kommunale myndigheter og styrke sentrenes plass i eldrepolitikken på kommunalt nivå.
- Å arbeide for systematisk kompetanseoppbygging i sentrene blant personell og frivillige og i utvikling av driftsinstrumenter.

Strategi

Programnotatet skisserte også en praktisk rettet strategi for styrking av eldresentrene. Denne burde omfatte:

- Organisatorisk satsing: Bedre organisering og drift av eldresentrene, og bedre samordning med andre eldrepolitiske tiltak; ikke minst samspeilet mellom frivillig og offentlig virksomhet.
- Utvikling av metodikken i det forebyggende arbeidet; dvs. både systematisk nettverksarbeid og individorientert satsing (systematisk

tilsyn, oppfølging og kontaktarbeid overfor målgruppen og individrettede forebyggende tiltak).

- Større vekt på kompetanseoppbygging hos både personell og frivillige medarbeidere i sentrene (kvalitetssikring). Dette kan skje gjennom opplæringspakker og ved utvikling av hjelpemidler for en mer målrettet drift (bl.a. registrering av brukere og bruk av tiltak, mal for planer og evaluering).

Prosjektene under programmet ble planlagt med utgangspunkt i at de skulle bidra til å fremskaffe kunnskap og erfaringer som grunnlag for en slik strategi.

Programmet ble planlagt og organisert som et samarbeid mellom NGI og Universitetsseksjonen, Geriatrik avdeling ved Ullevål sykehus. I utgangspunktet var det klart at hver av de samarbeidende parter skulle ha selvstendig ansvar for egne prosjekter, mens regnskap og praktisk samordning ble lagt til NGI. Samtidig ble det lagt opp til samarbeid, regelmessig kontakt og informasjonsutveksling om hverandres prosjekter og planer. I programperioden ble det også avholdt flere orienteringsmøter med representanter for departementet.

Prosjektene ved NGI/NOVA

I programnotatet beskrives prosjekter som var i gang og planlagte prosjekter. For NGIs del – senere NOVA – var prosjektet «Eldresentrene i den kommunale eldrepolitikken» et hovedprosjekt som samtidig kan karakteriseres som en paraply for de øvrige delprosjektene. Prosjektet besto av tre hoveddeler, som var formulert slik:

- De viktigste problemstillingene gjelder hvordan eldresentrene inngår i den kommunale eldrepolitikken, både på det ideologiske plan i form av målsettinger og tiltenkt rolle i sammenheng med øvrige tiltak, hvilken formell tilknytning senteret inngår i, og hvordan senteret til daglig samarbeider med øvrige tjenester rent praktisk.
- Videre vil vi gjennom prosjektet ta opp spørsmålsstillinger i tilknytning til eldresentrene som arena for samarbeid mellom offentlig og frivillig virksomhet. Eldresentrene står på mange måter i en spesiell situasjon, nemlig i skjæringspunktet mellom offentlig og privat frivillig virksomhet.
- Prosjektet skal dessuten belyse virksomheten ved eldresentre som drives sammen med andre tiltak, i første rekke boligtilbud. For

kommunene fortøner denne kombinerte driftsformen seg åpenbart som hensiktsmessig, ikke minst økonomisk. Og det er denne typen sentre som står for veksten i eldresentertilbudet de senere årene. Et sentralt spørsmål gjelder hvordan disse sentrene møter behovene hos ulike målgrupper og hvilke målsettinger som blir de framtreddende.

Formidling av erfaringene fra programmet ble tillagt stor vekt, bl.a. via deltakelse og presentasjon i konferanser og seminarer i samarbeid med Faglig forum for senterledere og andre aktører, eksempelvis Statens elderråd. Videre hadde prosjektgruppen et nært samarbeid med kommuner og bydeler som selv var engasjert i utviklingsarbeid knyttet til eldresentrene. Man hadde også nær kontakt med organisasjoner som Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kirkens Bymisjon og Norsk Pensjonistforbund.

Resultater fra prosjektet er presentert i flere artikler og foredrag, mens den avsluttende rapportering skjer i foreliggende rapport. Av øvrig rapportering i tilknytning eller i forberedelsen til programmet kan nevnes «Brukerne i bresjen», som var betegnelsen på et forsøk med utvidet brukermedvirkning som ble gjennomført ved Ekeberg eldresenter i Bærum kommune. Rapporten (med samme tittel) presenterer erfaringene fra forsøket (Sommerfeldt 1994). I første del blir mer prinsipielle sider ved brukermedvirkning diskutert. Hva legger vi for eksempel i de ulike begrepene brukermedvirkning, brukerinnsflytelse og brukerstyring? Hva er årsakene og motivene bak større brukerorientering? Og hvor langt er det ønskelig og mulig å gå når det gjelder brukerinnsflytelse? Rapportens andre del beskriver de mer praktiske erfaringene fra forsøket. Prosjektet er også presentert ved den nordiske kongressen i gerontologi i Helsingfors, i foredrag og i artikler i tidsskriftet *Aldring & Eldre* (Sommerfeldt 1996).

Prosjektet «Menns bruk av eldresenter» kom i stand på initiativ fra tre eldresentre i Oslo. Bakgrunnen var at man lenge hadde inntrykk av at menn var lavere representert blant brukere enn deres andel i befolkningen skulle tilsi. Ved disse sentrene ønsket man å gjennomføre tiltak som kunne øke mennenes brukeroppslutning samtidig som man gjerne ville ha en dokumentasjon av erfaringene. Ulike tiltak som særlig rettet seg mot menn ble gjennomført. I tillegg ble samtlige menn som ikke var registrerte brukere oppsøkt. Under hjemmebesøkene ble det gitt informasjon om sentrene og deres tilbud; samtidig ble det gjennomført et kort intervju om bakgrunn, interesser og forholdet til eldresenteret. Foreløpige erfaringer har blitt presentert i foredrag og blir oppsummert i foreliggende rapport – se kapittel 3.

«Vyer, vilje og virksomhet» er tittelen på en rapport som beskriver og vurderer arbeidsform og organisasjon ved en gruppe eldresentre med Kirkens Bymisjon som driftsorganisasjon (Beverfelt 1997).

«Eldre innvandrere» var et tema som var tatt opp tidligere, men som ble videreført under Eldresenterprogrammet. Rapporten «Eldre innvandrere i Gamle Oslo» (Moen 1993a) drøfter bl.a. eldre innvanderes bruk av helse- og sosialtjenester og deres erfaringer med og ønsker for eldreomsorg. En videreføring av dette prosjektet hadde til hensikt å gjøre eldresentertilbud mer tilgjengelige for eldre innvandrere. Som et ledd i arbeidet ble et flerkulturelt eldresenter planlagt og etablert i prosjektperioden. Prosjektarbeidet er nærmere redegjort for i rapporten «Tiltak for eldre innvandrere» (Thoner 1997), og i artiklene «Aldring og etnisitet» (Dawes og Thoner 1996) og «Sosialarbeid i flerkulturelle eldresentre» (Morales & Thoner 1998).

Prosjektene ved Ullevål

Ved Ullevål arbeidet man med fire delprosjekter, samlet under en felles tittel: «Eldresentret mot år 2000 – en grunnpillars i det helsefremmende og forebyggende arbeidet».

Det første av delprosjektene stilte spørsmålet: Hvem bruker eldresenteret? En vesentlig del av formålet med prosjektet var å gi utgangspunkt og datagrunnlag for de øvrige delprosjektene. Disse hadde alle et relativt klart praktisk siktemål, noe som reflekteres i prosjektbetegnelsene: «Samarbeid om ansvar for tilsyn med hjemmeboende eldres helse», «Ulykkesforebyggende arbeid gjennom eldresentret» og «Eldresentret som ressurs for eldre med psykiske plager.» Resultatene fra hovedprosjektet er presentert i rapporten «Hvem bruker eldresenteret? Hva er viktig for å ta senteret i bruk?» (Pettersen & Laake 2000).

2 Status og utvikling i eldresentrene

Per Erik Solem & Elisabet Sommerfeldt

Bakgrunn

I perioden 1968–1988 innhentet Norsk gerontologisk institutt årlig opplysninger om landets eldresentre og resultatene ble så godt som hvert år publisert i egne rapporter. I tillegg til disse årlige landsoversiktene er det tidligere utgitt to rapporter som tar for seg utviklingen av eldresentrene over tid og som peker på spesielle utfordringer i den videre driften og utvikling av tiltaket (Beverfelt & Kirschner 1987, Sommerfeldt m.fl. 1992). Den første rapporten belyser utviklingen i tiåret 1975–1985. Den andre viser utviklingen fram til 1990.

I 1993 overtok, som nevnt, Statistisk sentralbyrå (SSB) den årlige innhenting av data om sentrene. Spørreskjemaet var i 1994 noe mer omfattende enn ellers. Vi tar derfor utgangspunkt i registreringen fra 1994 og supplerer med de siste dataene fra 1998 og 1999. Det er mange ubesvarte på en del av spørsmålene i 1999, og vi bruker tallene fra 1998 der de er mer fylldig besvart. Enkelte av resultatene fra disse registreringene er presentert i Ukens statistikk fra SSB, men de er ikke tidligere presentert samlet i rapporter.

Dataene samles ved at sentrene som allerede er registrert blir tilsendt spørreskjema direkte. I tillegg blir alle kommuner bedt om å gi opplysninger om eldresentrene som finnes i kommunen, enten de drives av kommunen eller av andre. Opplysningene er innhentet med hjemmel i statistikkloven, hvilket innebærer at sentrene er forpliktet til å besvare skjemaet. Det betyr imidlertid ikke at SSB har fått fullstendige opplysninger om alle. Det er f.eks. enkelte eldresentre som har svart i 1999, men ikke i 1998 – selv om de oppgir å være etablert for flere år siden. Samtidig er det noen som har svart i 1998, men ikke i 1999. Det betyr ikke nødvendigvis at senteret er nedlagt. De kan ha unnlatt å svare. Antall sentre som er registrert hvert år gir altså ikke sikre opplysninger om hvor mange sentre som finnes i landet.

Dette kapitlet er basert på datafiler fra 1994, 1998 og 1999 fra SSB. For tidligere år henter vi data fra de periodiske publikasjonene fra Norsk gerontologisk institutt.

Kapitlet er organisert under åtte temaer:

- *Utbredelsen av eldresentrene*, der vi tar for oss antall sentre 1968–1999 med fordeling på fylker og kommunetyper.
- *Sentrenes organisering*, herunder fordelingen mellom private og kommunale, frittstående og kombinerte sentre. Vi ser også på ledelsesform og hvordan brukerinnflytelse er ivarettatt gjennom brukerråd og styrerepresentasjon. Virker brukerinnflytelsen vitaliserende for senteret?
- *Brukerne*: Hvem og hvor mange bruker sentrene? Er det variasjon i bruk mellom typer av sentre?
- *Frivillige medarbeidere*: Hvor mange bidrar som frivillige?
- *Utadrettet virksomhet og åpningstid*: Hvor aktivt går man ut med informasjon og rekrutteringstiltak? Hvor tilgjengelige er sentrene?
- *Personell*: Hvor mange (lønnede) årsverk legges ned i sentrene?
- *Hva koster det å drive eldresentrene?* Her ser vi både på driftsutgifter og tilskudd fra kommunen.
- *Sentrenes plass i den kommunale eldreomsorgen*. Hvordan er den formelle og praktiske tilknytningen til kommunen og omsorgstjenestene?

Vi avrunder kapitlet med et kort sammendrag.

Utbredelsen

Hvor mange eldresentre?

Den første «helse- og velferdssentralen», som var navnet den gang, ble som nevnt opprettet av Nasjonalforeningen for folkehelsen på Majorstua i Oslo i 1952, i lokalene til en nedlagt melkebutikk. Her foregikk salg av ferdiglaget middagsmat, klubbmøter og ulike former for aktiviteter og sysselsetting. Etter hvert kom flere sentraler til i regi av Nasjonalforeningen, Norske kvinners sanitetsforening og andre frivillige organisasjoner. De store byene gikk foran – først og fremst Oslo, men også Kristiansand, Bergen og Stavanger var tidlig ute. Det var her behovet var mest påtrengende, etter som det var forholdsvis mange enslige eldre, uten familie i nærheten. Den første landsdekkende registreringen fra 1968 viste et antall på 49 sentre. Veksten var særlig stor i 1970- og 1980-årene, og antallet ble omtrent sjudoblet fram til 1994 (345 sentre). Utviklingen ser nå ut til å ha stagnert, ja antallet har blitt noe redusert de aller siste årene (tabell 2.1).

Tabell 2.1. Registrerte eldresentre. Fylkesoversikt for utvalgte år. Antall fordelt på fylke. Økning per år i siste periode før angitt årstall.

Fylke	1968	1975	1980	1985	1990	1994	1998	1999
Østfold	4	5	6	11	19	20	20	15
Akershus	3	10	20	29	33	35	37	36
Oslo	15	20	29	39	43	47	46	44
Hedmark	1	2	4	8	10	7	9	9
Oppland	1	1	1	3	8	13	12	10
Buskerud	4	4	6	10	13	17	23	19
Vestfold	3	7	13	21	24	26	26	23
Telemark	1	5	9	18	21	22	18	19
Aust-Agder	2	3	3	12	13	15	16	15
Vest-Agder	2	4	6	7	8	8	9	9
Rogaland	2	7	10	19	24	36	40	39
Hordaland	3	6	8	15	17	32	22	18
Sogn og Fjordane	0	3	4	8	8	8	7	7
Møre og Romsdal	4	4	8	8	9	10	10	11
Sør-Trøndelag	3	4	13	15	17	9	13	9
Nord-Trøndelag	0	1	3	6	7	9	10	13
Nordland	0	1	1	3	8	11	10	11
Troms	1	2	3	5	6	17	10	14
Finnmark	0	0	0	2	2	3	4	8
I alt	49	89	147	239	290	345	342	329
Økning per år	-	5,7	11,6	18,4	10,2	13,8	-0,8	-13

Det er, som nevnt, en viss usikkerhet knyttet til statistikken. Noen få sentre har kanskje ikke kommet med i registreringen, mens noen av de registrerte antakeligvis ikke tilfredsstillt kriteriene for å kunne regnes som et eldresentre.

I SSBs rettleiding for statistikken heter det: «Med eldresentre menes tiltak med kulturelle, sosiale, helse- og eventuelt hygienetilbud som gis i egnet lokale. Tilbudene som senteret gir skal være åpne for alle eldre i det området som naturlig hører til senteret». Gjennomgang av tallene for 1990 viste at en del tiltak i serviceboliger og institusjoner var registrert som eldresentre selv om tiltakene ikke, eller i svært liten grad, ble benyttet av hjemmeboende eldre i distriktet. Disse ble tatt ut av registeret. Et mindre antall var trolig ikke kommet med i registeret, slik at man samlet sett vurderte antallet til ca. 300 eldresentre i 1990. Etter at SSB overtok statistikkføringen har trolig fortsatt et mindre antall institusjonsbaserte sentre kommet med, slik at de reelle tallene for vanlige eldresentre kan ligge i underkant av tallene i tabellen.

Tabellen viser ellers at utbygningstakten var størst i perioden fra 1980 til 1985 med en økning på 18,4 sentre per år. Veksten var fra 10 til 14 sentre per år i perioden 1975–1994. Registreringen viser deretter en nedgang.

Fra 1985 var det eldrecentre i samtlige fylker, men svært ujevnt fordelt. Antallet er høyest i Oslo, Akershus og Rogaland, mens det er relativt få sentre fra Sogn og Fjordane og nordover. Dekningen av sentre i forhold til antall eldre (67 år+) gir et bedre inntrykk av omfanget, og bildet blir da noe annerledes, med Aust-Agder, Finnmark og Rogaland på topp. Aust-Agder har over fem ganger så mange eldrecentre i forhold til antall eldre i befolkningen som Sør-Trøndelag. Oslo ligger i overkant av landsgjennomsnittet (tabell 2.2).

Tabell 2.2. Antall sentre per 10 000 innbyggere over 67 år i 1999 etter fylke.

Fylke	1999	Rangert	1999
Østfold	4,0	Aust-Agder	12,8
Akershus	6,8	Finnmark	9,4
Oslo	6,4	Rogaland	9,1
Hedmark	2,8	Troms	7,5
Oppland	3,3	Vestfold	7,5
Buskerud	5,6	Telemark	7,3
Vestfold	7,5	Akershus	6,8
Telemark	7,3	Nord-Trøndelag	6,8
Aust-Agder	12,8	Oslo	6,4
Vest-Agder	4,4	Buskerud	5,6
Rogaland	9,1	Vest-Agder	4,4
Hordaland	3,1	Sogn og Fjordane	4,3
Sogn og Fjordane	4,3	Østfold	4,0
Møre og Romsdal	3,0	Oppland	3,3
Sør-Trøndelag	2,5	Nordland	3,1
Nord-Trøndelag	6,8	Hordaland	3,1
Nordland	3,1	Møre og Romsdal	3,0
Troms	7,5	Hedmark	2,8
Finnmark	9,4	Sør-Trøndelag	2,5
I alt	5,3	I alt	5,3

Hvor mange som i realiteten har tilgang til et eldrecenter er også avhengig av hvor stort senteret er og hvor mange som sogner til det. Dessuten vil distriktets eller kommunens geografiske utstrekning ha betydning. Ved store avstander kan tilgjengeligheten være vanskelig.

Hvor mange kommuner har eldrecenter?

For å belyse fordelingen av eldrecenterne ytterligere har vi i tabell 2.3 laget en oversikt over hvor mange kommuner som har etablert eldrecenter i det enkelte fylke.

Tabell 2.3. Kommuner med eldrecenter i 1999 etter fylke. Antall og prosent (n).

Fylke	Antall	Prosent
Østfold	8	44,4 (18)
Akershus	17	77,3 (22)
Oslo	1	100,0* (1)
Hedmark	8	36,4 (22)
Oppland	8	30,8 (26)
Buskerud	12	57,1 (21)
Vestfold	5	33,3 (15)
Telemark	7	38,9 (18)
Aust-Agder	7	46,7 (15)
Vest-Agder	7	46,7 (15)
Rogaland	12	46,2 (26)
Hordaland	8	23,5 (34)
Sogn og Fjordane	6	23,1 (26)
Møre og Romsdal	9	23,7 (38)
Sør-Trøndelag	6	24,0 (25)
Nord-Trøndelag	9	37,5 (24)
Nordland	8	17,8 (45)
Troms	10	40,0 (25)
Finnmark	6	31,6 (19)
I alt	154	35,4 (435)

*Alle 25 bydeler i Oslo har eldrecenter.

I 1999 var det registrert eldrecenter i 154 kommuner. Det er omtrent det samme antallet som i 1994 (155) og 1998 (156). I overkant av en tredjedel av landets kommuner har altså eldrecenter. Utenom Oslo – der alle bydelene har eldrecenter – er det i Akershus og Buskerud at flest kommuner har minst ett senter. I Nordland og langs kysten fra Hordaland til Sør-Trøndelag er det færrest kommuner med eldrecenter.

Selv om eldrecenter bare finnes i vel en tredjedel av kommunene, er det en langt større andel av de eldre – omtrent 70 prosent av alle over 67 år – som bor i en kommune med eldrecentertilbud. Dette har sammenheng med at eldrecenterne er mest utbredt i store kommuner (tabell 2.4). Svært få av småkommunene (under 1 500 innbyggere) har eldrecenter, mens nesten alle kommuner med over 20 000 innbyggere har det.

Tabell 2.4. Prosentandel kommuner (n) med eldresentre etter størrelse i 1998*.

-1 500	1 500-5 000	5-10 000	10-20 000	20 000+	I alt
7,0 (57)	23,3 (189)	41,1 (90)	59,3 (59)	90,0 (40)	35,9 (435)

*Opplysninger om eldresentre i 1998 er koblet til en datafil om kommunenes organisering av omsorgstjenester fra 1996/97 (Kristoffersen & Solem 1998, Solem & Høistad 2000). Dataene er altså ikke fra eksakt samme år, men eventuelle endringer er trolig svært små i løpet av en periode på ett til to år.

Sammenlikningen viser også at det oftere er eldresentre i kommuner med lav andel eldre i befolkningen, i kommuner med lave brutto driftsinntekter og i kommuner med lav dekning av institusjonsplasser. Det siste kan antyde en mulig forebyggende effekt av eldresentre på forbruk av institusjonsplasser. Men multiple analyser der vi kontrollerer samtidig for disse variablene, viser at det er kommunestørrelsen alene som gir utslag på om kommunen har eldresentre eller ikke (av disse variablene). Hvordan kommunen har organisert sine omsorgstjenester (integreerte eller sidestilte modeller), gir heller ingen utslag på forekomsten av eldresentre.

Forskjell mellom by og land

Eldresentre er vanligere i byer enn i landkommuner. I 1998 var det sentre i 38 av 46 bykommuner (83 prosent) mot 118 av 389 landkommuner (30 prosent). I 1990 hadde vel halvparten av byene minst ett eldresentre, mens det samme gjaldt for en fjerdedel av landkommunene. Det har altså vært en økning i begge kommunetypene.

Mange bykommuner har flere eldresentre slik at av de 342 sentrene som var registrert i 1998 lå 174 (51 prosent) i bykommuner, mens 49 prosent lå i landkommuner. Forholdet var det samme i 1990.

Oppsummering

Antallet eldresentre økte fram til 1994 da det var registrert 345 sentre. Utviklingen har deretter stagnert, kanskje til og med gått tilbake. Det er en ujevn fordeling mellom fylker og kommunetyper med den største utbredelse i store kommuner – især i store bykommuner.

Sentrenes organisering

Kommunale og private sentre

Eldresentertiltaket ble startet av frivillige organisasjoner og fram til 1975 var nesten alle sentrene drevet av organisasjonene. Noen ble også drevet av frivillige i samarbeid med kommunen. Tabell 2.5 viser utviklingen når det

gjelder forholdet mellom private (frivillige organisasjoner) og kommunale sentre fra 1971 til 1998. Dessverre er det mangelfulle opplysninger om antall sentre som er drevet av frivillige og kommunen i samarbeid. Det er ikke spurt direkte om det i spørreskjemaene, men noen har i 1998 krysset av for begge deler. I 1971 ble statistikken basert på en gjennomgang av årsmeldingene fra sentrene, der driftsformen var beskrevet mer detaljert.

Tabell 2.5. Eldresentre etter driftsform 1971–1998. Prosent (n).

	1971	1975	1980	1985	1990	1994	1998
Private	76,4	83,0	68,0	60,3	49,6	39,8	40,0
Kommunale	3,6	17,0	32,0	39,7	50,4	60,2	50,8
Begge	20,0	-	-	-	-	-	9,2
Sum	100	100	100	100	100	100	100
(n)	(55)	(88)	(147)	(239)	(232)	(319)	(325)

Tabell 2.5 viser at utviklingen har gått i retning av en økende andel kommunale sentre. I 1975 var de fleste drevet av frivillige organisasjoner. Fra 1975 til 1990 var andelen kommunale sentre stadig økende, men fortsatt var det en overvekt av private sentre. Fra 1990 er flertallet av sentrene drevet av kommunen, men eldresentre er fortsatt et tiltak der det private innslaget er større enn i eldresektoren generelt.

Det stigende innslaget av kommunale sentre viser seg enda tydeligere når vi ser på hvem som har etablert nye sentre i ulike perioder. Tabell 2.6 viser hvem som opprettet sentrene som var registrert i 1998. 302 sentre svarte på spørsmålet, og vi mangler dermed opplysninger om 40 sentre. Vi mangler også opplysninger om sentre som er nedlagt. Tabellen gir med andre ord ikke en fullstendig oversikt over etableringen av private og kommunale sentre gjennom årene, men viser at kommunen har blitt mer og mer sentral i opprettelsen av nye sentre. Etter 1985 er kommunen involvert i 70–75 prosent av nyetableringene.

Tabell 2.6. Sentre etablert av private, av kommunen eller i samarbeid mellom private og kommunen i ulike perioder. Prosent (n). Basert på spørreskjema for 1998.

	1952-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-95	1996-98	I alt
Private	87,0	62,1	35,7	42,1	29,2	23,8	26,1	38,7
Kommunen	8,7	31,0	50,0	54,4	70,8	68,3	56,5	54,6
Begge	4,3	6,9	14,3	3,5	0	7,9	17,4	6,6
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,9
(n)	(23)	(29)	(42)	(57)	(65)	(63)	(23)	(302)

Når 55 prosent (tabell 2.6) av sentrene i 1998 i sin tid ble etablert av kommunen, mens 51 prosent er drevet av kommunen i 1998 (tabell 2.5), tyder det på en viss overføring fra kommunal til privat drift. Når vi ser på endring fra den som opprettet senteret til hvem som driver det nå, er det samme instans (privat eller kommunal) i 82 prosent av tilfellene. Sju prosent har blitt rent kommunale etter å ha vært opprettet av private (5 prosent) eller i samarbeid med private (2 prosent). Omtrent like mange – 7 prosent – har blitt rent private etter å ha vært opprettet av kommunen (5,1 prosent) eller i samarbeid med kommunen (2 prosent). Noen – 5 prosent – drives nå i samarbeid etter å ha blitt opprettet av kommunen (3 prosent) eller av private (2 prosent). Det er altså ingen tydelig tendens til at private har overtatt kommunalt opprettede sentre mer enn at kommunen har overtatt privat opprettede sentre. De aller fleste drives av samme instans som opprettet sentret.

Frittstående og kombinerte sentre

Den kombinerte eldresentermodellen ble allerede beskrevet i programskriftet «Vår aldrende befolkning» fra 1955 og var i første rekke tenkt som en modell som egnet seg for landkommuner. Her ble skissert to kombinerte eldresenterløsninger, enten at eldresenteret fikk egne lokaler i samme bygning som et aldershjem eller at eldresenteret fikk lokaler i et «helsehus». Helsehuset skulle være en del av et «helsetun» sentralt plassert i bygda og som omfattet aldershjem, sykestue, eldreleiligheter og lege.

Framveksten av kombinerte eldresentre – sentre som har samdrift med aldersboliger og/eller aldersinstitusjoner – ble påpekt i rapporten «Servicesenter for eldre – den nære fortid» (Beverfelt & Kirschener 1987): «Det etableres etter hvert relativt færre frittliggende servicesentre for eldre» (s. 7). Det blir påpekt at en kombinert eller integrert sentermodell «... kan føre til en mer rasjonell utnyttelse av personell og tilbud.» På den annen side kan en slik organisering «... også ha negative konsekvenser både for driften og når det gjelder lederens ansvarsforhold og rolle i forhold til hovedinstitusjonens personell» (s. 43).

Tabell 2.7 viser at tendensen til færre frittliggende sentre ble brutt omkring 1985 da over halvparten av sentrene var kombinert med annen type virksomhet, og da især med trygdeboliger (Lunde 1986). Fra midten av 1990-tallet er andelen kombinerte sentre tilbake på omtrent samme nivå som i 1980.

Tabell 2.7. Frittstående og kombinerte sentre 1975–1998*. Prosent (n).

	1975	1980	1985	1990	1994	1998
Frittstående	71,6	66,7	48,1	56,5	64,3	64,9
Kombinerte	28,4	33,3	51,9	43,5	35,7	35,1
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(n)	(88)	(147)	(239)	(232)	(319)	(308)

*For 1971 er det ingen oversikt over dette, men i rapporten (NGI 1972) sies det at: «Noen sentraler er lokalmessig knyttet til andre institusjoner, f.eks. aldershjem, sykehjem, ungdomsinstitusjoner, og er derfor hemmet når det gjelder utnyttelse av lokalene» (s. 4).

Når vi ser på hvem som opprettet de sentrene som er registrert i 1998, er bildet noe annerledes (tabell 2.8). Fra 1986 er det en relativt stabil andel på 42 til 48 prosent av sentrene som er opprettet som kombinerte sentre, og det er en klart større andel enn i perioden før 1986. Forskjellen mellom tabell 2.7 og 2.8 kan forstås slik at det i de senere år har foregått en del nedleggelse av kombinerte sentre. Det kan f.eks. være sentre i trygdeboliger som i stor grad er endret til serviceboliger, og at lokalene som ble brukt til eldrecenter da ble omgjort til fellesrom for beboerne.

Tabell 2.8. Frittstående og kombinerte sentre i 1998 etter etableringsperiode. Prosent (n).

	1952-70	1971-75	1976-80	1981-85	1986-90	1991-95	1996-98	I alt
Frittstående	82,6	93,1	70,7	67,9	57,6	52,6	54,6	65,2
Kombinerte	17,4	6,9	29,3	32,1	42,4	48,4	45,5	34,8
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,1	100,0
(n)	(23)	(29)	(41)	(53)	(66)	(62)	(22)	(296)

Kombinerte sentre er mest utbredt i landkommuner med 41 prosent av sentrene, mens 29 prosent av sentrene i bykommuner er kombinerte. I små kommuner med lite befolkningsgrunnlag kan det være mer rasjonelt å kombinere ulike tjenester i samme kompleks. Tallene fra 1998 viser imidlertid at det er middels store kommuner – fra 5 000 til 20 000 innbyggere – som oftest har kombinerte sentre (45 prosent). I de minste (under 5 000) og største (over 20 000) kommunene er det henholdsvis 33 og 30 prosent kombinerte sentre.

Kommunale sentre ligger best til rette for kombinert drift siden kommunen i regelen driver boliger og institusjoner som sentrene kan kombineres med. Hele 79 prosent av de kombinerte sentrene er drevet av kommunen alene (72 prosent) eller av kommunen i samarbeid med frivillige (7 prosent).

I tabell 2.9 viser vi hvilke tiltak sentrene har samdrift med i 1985 og 1994. Dette er de eneste årene vi har slike opplysninger. Vi opererer her med tre kategorier og skiller mellom sentre som *bare* er kombinert med institusjoner slik som aldershjem, sykehjem eller alders- og sykehjem, sentre som *bare* er kombinert med ulike boligtiltak, og sentre som er kombinert *både* med institusjoner og boligtiltak. Vi ser av tabell 2.9 at kombinasjonen med boliger er den mest utbredte. Alle typer kombinasjoner er mindre utbredt i 1994 enn i 1985.

Tabell 2.9. Frittstående og ulike typer kombinerte sentre i 1985 og 1994. Prosent (n).

	1985	1994
Frittstående	51,3	64,3
Kombinerte		
– med boliger	31,7	27,3
– med institusjon	6,3	4,1
– med begge deler	10,7	4,1
Sum	100,0	100,1
(n)	(224)	(319)

Styre

Stadig færre sentre har et eget styre. Tabell 2.10 viser utviklingen fra 1980 til 1998. Andelen sentre som har et eget styre har sunket fra 79 prosent i 1980 til 48 prosent i 1998. I 1998 var det med andre ord under halvparten av sentrene som hadde eget styre. At en stadig lavere andel sentre har et eget styre har trolig sammenheng med at en stadig større andel sentre er drevet av kommunene. Kommunene har i liten grad tradisjoner med styrer for sine driftsenheter. Det at tiltaket ikke har et styre gir kommuneadministrasjonen en sterkere og mer direkte styringsmulighet over tiltaket enn om en måtte gå veien om et styre. Et styre kan dessuten oppfattes som et forsinkende ledd i styringsprosessen. En annen årsak til at kommunene ikke etablerer egne styrer i eldresentrene kan være at de ønsker å legge styrefunksjonen til hovedutvalget for helse- og sosialtjenesten, hvor en har mulighet til å se flere tiltak i sammenheng.

Tabell 2.10. Sentre med styre 1980–1998. Prosent (n).

	1980	1985	1990	1994	1998
Eget styre	78,9	69,2	57,8	54,1	48,0
Ikke eget styre	21,1	30,8	42,2	45,9	52,0
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
(n)	(147)	(234)	(230)	(319)	(306)

Det er imidlertid noen kommunale eldresentre som har eget styre (20 prosent, tabell 2.11). De fleste private, men ikke alle, har eget styre (78 prosent). Der private sentre ikke har et eget styre, kan det være at styrefunksjonen er sentralisert, dvs. at den er lagt til driftsorganisasjonens hovedstyre eller til styret for en fylkesavdeling eller regionavdeling.

Tabell 2.11. Andel sentre med eget styre etter eierform i 1998. Prosent (n).

	Kommunale	Private	Sammen	I alt
Har eget styre	19,7	78,1	65,0	47,7
Ikke eget styre	80,3	21,9	35,0	52,3
Sum (n)	100,0 (152)	100,0 (128)	100,0 (20)	100,0 (300)

Brukerinnflytelse

Et vesentlig aspekt ved det å ha et eget styre er at brukerne gjennom sine brukerrepresentanter kan få innflytelse i den overordnede styringen av virksomheten. Etter 1994 er det ikke spurt om brukerne er representert i styret. Blant de 170 sentre som i 1994 oppga at de hadde et styre, var brukerne representert i 150 (88 prosent). Dette er litt flere enn i 1980 (85 prosent). Men fortsatt har 12 prosent av sentrene et styre der brukerne *ikke* er representert. Bare i to av disse sentrene var det brukerråd, som er en annen formalisert innflytelseskanal for brukerne.

Selv om en høy andel sentre har brukerrepresentanter i styret, vet vi at brukerne oftest bare har én eller to representanter mens driftsorganisasjonene gjerne har fire eller fem. Brukernes reelle innflytelse er dermed begrenset. Når det dessuten er en stadig synkende andel sentre som har et eget styre, må vi kunne si at brukerne totalt sett har liten formell innflytelse i den overordnede styringen av sentrene.

Noen sentre har etter hvert funnet det hensiktsmessig å etablere *brukerråd*. Gjennom brukerrådene trekkes brukerne formelt inn i planlegging og utforming av den daglige driften. Brukerrådene er i første rekke rådgivende organer, men enkelte steder overlates de ansvar for deler av senterets virksomhet og disponerer f.eks. innsamlede midler for bestemte formål.

De første brukerrådene ble etablert på midten av 1970-tallet (Sommerfeldt m.fl. 1992). Fra og med 1987 er det registrert hvor mange sentre som har brukerråd. Tabell 2.12 viser andelen sentre med brukerråd fram til 1998.

Tabell 2.12. Sentre med brukerråd 1987–1998. Prosent (n).

	1987	1990	1994	1998
Har brukerråd	19,8	25,1	31,9	41,1
Ikke brukerråd	80,2	74,9	68,1	58,9
Sum (n)	100,0 (222)	100,0 (223)	100,0 (313)	100,0 (299)

Andelen sentre med brukerråd er fordoblet fra 1987 til 1998, men fortsatt er det bare fire av ti sentre som har opprettet en slik rådgivende innflytelseskanal for brukerne. Vi kunne tenke oss at sentre som ikke hadde et eget styre ville finne det tjenlig å opprette et brukerråd, både for å gi brukerne en formalisert innflytelseskanal og/eller som en delvis erstatning for et styre. I tabell 2.13 viser vi utbredelsen av disse to tiltakene i de 291 sentrene som i 1998 både har besvart spørsmålet om de har styre og om de har brukerråd. Det viser seg at det ikke er noen tendens til at sentre uten styre i stedet sikrer brukernes innflytelse gjennom brukerråd.

Tabell 2.13. Brukerråd i sentre med og uten eget styre i 1998. Prosent (n).

	Har styre	Har ikke styre	I alt
Har brukerråd	39,3	41,0	40,2
Ikke brukerråd	60,7	59,0	59,8
Sum (n)	100,0 (135)	100,0 (156)	100,0 (291)

Brukernes formelle innflytelse gjennom styret er imidlertid avhengig av at brukerne er representert i styret. De siste opplysningene vi har om det er fra 1994. I tabell 2.14 har vi anskueliggjort brukernes *formelle* muligheter for innflytelse i sentrene uttrykt gjennom fire kategorier med ulik grad av innflytelsesmuligheter. I tillegg til formelle kanaler som styrerepresentasjon og brukerråd kan enkelte sentre ha etablert arbeids- eller ansvarsgrupper av brukere med avgrensede oppgaver. Mange sentre har dessuten brukerstyrte eller brukerledete aktiviteter og tilbud. Brukernes deltakelse i frivillig arbeid gir ytterligere mulighet for påvirkning i løsning av de daglige oppgaver. Alle disse tiltakene vil gi brukerne muligheter for å påvirke utformingen av virksomheten, men vi har ikke oversikt over utbredelsen av slike tiltak.

Tabell 2.14. Sentre etter ulike grader av formell brukerinntflytelse i 1994. Prosent (n).

	1994
1: Verken styrerepresentasjon eller brukerråd	33,9
2: Bare brukerråd	14,6
3: Bare styrerepresentasjon	34,6
4: Både styrerepresentasjon og brukerråd	16,9
Sum (n)	100,0 (301)

Kategori 1: En tredel av sentrene har verken styrerepresentasjon eller brukerråd. I disse sentrene har brukerne verken innflytelse i den overordnede styringen av senteret eller i en formalisert rådgivende funksjon. Dermed er det ikke sagt at brukerne står uten innflytelse (se ovenfor). Deres muligheter for å påvirke driften kan dessuten være av uformell karakter hvis brukerne engasjerer seg i virksomheten og ansatte er lydhøre for brukernes synspunkter og forslag.

Kategori 2 omfatter sentre som ikke har styrerepresentasjon, men som har et brukerråd (15 prosent). Et brukerråd har mindre formell innflytelse enn et styre. Mens styret har ansvar for den overordnede styringen av senteret, befatter brukerrådet seg med den daglige virksomheten, f.eks. planlegging av tilbud og aktiviteter. Mens styret har beslutningsmyndighet, er brukerrådet i utgangspunktet et rådgivende organ, selv om det finnes eksempler på brukerråd som får delegert ansvar for enkelte oppgaver eller driftsområder i senterets virksomhet. Brukerrådet er under alle omstendigheter underlagt senterets styre eller senterets administrative leder der det ikke er et styre.

Kategori 3 omfatter sentre som bare har styrerepresentasjon (35 prosent). Brukerne har her mulighet for innflytelse i den overordnede styringen av senteret.

Kategori 4: Sentre som både har styrerepresentasjon og brukerråd har høyeste grad av formell brukerinnflytelse. Her har brukerne to formelle kanaler som gir dem mulighet for å være med å forme senteret. Gjennom representasjon i styret har de mulighet til å ta opp saker, fremme sine synspunkter, drøfte saker og være med å ta beslutninger på overordnet nivå. Brukerrådet gir mulighet for innflytelse i den løpende daglige virksomheten i senteret. Dette er tilfellet i omtrent hvert sjuende senter (17 prosent).

Slik var situasjonen i 1994. I 1998 vet vi ikke hvor mange sentre som har representanter for brukerne i styret, men det er noe færre sentre som har eget styre i 1998 (tabell 2.10). På den annen side er det noe flere som har brukerråd (tabell 2.12). Alt i alt er det 32 prosent av sentrene som i 1998 verken har styre eller brukerråd, mens det tilsvarende tall for 1994 var 30 prosent. Det tyder ikke på at brukernes mulighet for innflytelse har endret seg vesentlig eller blitt bedre fram til 1998.

Siden kommunale sentre sjeldnere har egne styre (tabell 2.11) og sentre uten eget styre ikke vesentlig oftere har brukerråd (tabell 2.13), kan muligheten for formell brukerinnflytelse antas å være dårligst i kommunale sentre. Tabell 2.15 bekrefter dette.

Tabell 2.15. Sentre etter eierform og formell brukerinnflytelse i 1994. Prosent (n).

	Kommunale	Private	I alt
1: Verken styrerepr. eller brukerråd	43,0	20,5	33,9
2: Bare brukerråd	22,9	2,5	14,6
3: Bare styrerepresentasjon	21,8	53,3	34,6
4: Både styrerepresentasjon og brukerråd	12,3	23,8	16,9
Sum (n)	100,0 (179)	100,1 (122)	100,0 (301)

Tabellen viser at brukerne i private sentre i større grad har formelle muligheter for innflytelse enn brukerne av kommunale sentre. Mens hele 80 prosent av de private sentrene har én eller to slike formelle muligheter for innflytelse, er det 57 prosent av de kommunale som har det. De private sentrenes fortrinn på dette området skyldes i første rekke at de i større omfang har styrerepresentasjon. Hele 77 prosent av de private sentrene har styrerepresentasjon, mens 34 prosent av de kommunale har det. Selv om flere av de kommunale sentrene har brukerråd (henholdsvis 35 og 26 prosent), er det langt fra nok til å kompensere for den manglende styrerepresentasjonen.

Virker brukerinnflytelse vitaliserende?

Noe av hensikten med formell brukerinnflytelse er at senteret kan utvikles i tråd med brukernes interesser. Hvorvidt det faktisk er slik, har vi ikke noe direkte mål på. Et indirekte mål kan være at mange brukere er interessert i å komme på sentret. Også andre forhold kan ha betydning for oppslutningen, f.eks. vil en aktiv markedsføring forventes å gi flere brukere. Men formell brukerinnflytelse behøver ikke å være et godt mål på reell brukerinnflytelse. Uformelle kanaler kan kompensere for manglende formell innflytelse. Et annet indirekte mål på sentrenes attraktivitet kan være at mange er interessert i å være frivillige hjelpere. Men det at det er attraktivt å være hjelper, betyr ikke nødvendigvis at det er like attraktivt å være bruker.

I tabell 2.16 viser vi brukerprosenten – prosentandel brukere av antall innbyggere over 67 år i det distriktet som sogner til sentret. Vi bruker data fra 1994 som er det siste året vi har opplysninger om befolkningsgrunnlaget for sentrene. Men også i 1994 er opplysningene mangelfulle, idet ikke mer enn vel halvparten (177 av 345 sentre) har gitt opplysninger både om antall brukere og befolkningsgrunnlaget.

Med dette forbeholdet finner vi at det i gjennomsnitt er ca. 1/3 (32 prosent) av de eldre i distriktet som bruker eldresenteret. Brukerprosenten

varierer fra 20 i sentre med liten formell innflytelse til over det dobbelte (42 prosent) i sentre med stor innflytelse. Antall frivillige per 100 brukere ser ut til å ha liten sammenheng med formell brukerinnflytelse.

Tabell 2.16. Gjennomsnittlig antall brukere, brukerprosent og antall frivillige per 100 brukere etter grader av formell brukerinnflytelse i 1994 (n).

Brukerinnflytelse	Antall brukere	Brukerprosent	Frivillige per 100 brukere
1: Verken styrerepr. eller brukerråd	282 (71)	20,1 (58)	10,5 (51)
2: Bare brukerråd	561 (33)	37,5 (29)	9,9 (31)
3: Bare styrerepresentasjon	635 (73)	35,7 (57)	22,0 (66)
4: Både styrerepr. og brukerråd	683 (43)	42,2 (33)	13,2 (39)
I alt	520 (220)	32,2 (177)	15,0 (187)

Det kan dermed se ut til at brukernes mulighet for formell innflytelse gjennom styrerepresentasjon og brukerråd virker vitaliserende for bruk av senteret, men det kan som nevnt også være andre faktorer som har betydning for brukerprosenten. Blant annet er det en overvekt av kombinerte sentre blant dem som verken har styrerepresentasjon eller brukerråd, samtidig som kombinerte sentre har færre brukere (tabell 2.17). Det at senteret er kombinert med institusjon eller aldersbolig kan bidra til at personalet i overveiende grad konsentrerer seg om beboerne og i mindre grad enn i frittstående sentre makter å drive utadrettet virksomhet som bidrar til å få flere brukere blant de hjemmeboende. Den kombinerte løsningen kan dessuten virke mindre attraktiv for dem som kommer utenfra, idet senteret kan få et sykehjemspreg fordi beboere med ulike former for helsesvikt kan komme til å dominere miljøet. Dette kan forklare at det er en betydelig lavere brukerprosent i kombinerte sentre. I disse sentre gir ikke formell brukerinnflytelse særlig virkning på brukerprosenten. Det er i frittstående sentre at brukerinnflytelsen har sammenheng med oppslutningen om senteret (tabell 2.17). Dette kan skyldes at det i frittstående sentre er mer rom for innflytelse, mens strukturen er mer fastlagt og tilpasset beboerne i kombinerte sentre. Den formelle innflytelsen kan dermed ha ulik gjennomslagskraft i de to typer sentre.

Tabell 2.17. Brukerprosent etter brukerinnflytelse i frittstående og kombinerte sentre i 1994 (n).

	Frittstående	Kombinerte
Verken styrerepresentasjon eller brukerråd	22,9 (24)	18,5 (37)
Enten styrerepresentasjon, brukerråd eller begge deler	41,7 (97)	26,5 (26)
I alt	38,0 (121)	21,8 (63)

Oppsummering

Fra å være et initiativ fra frivillige organisasjoner har eldresentrene i stigende utstrekning blitt kommunale tilbud. Fra 1990 er vel halvparten av sentrene kommunale. Det er således fortsatt et betydelig privat innslag. Vel 1/3 er såkalt kombinerte sentre, som oftest samorganisert med aldersboliger. Det var en økning av andelen kombinerte sentre fram til 1985. Deretter har det blitt flere frittstående sentre. Kombinerte sentre finnes mest i landkommuner, og de fleste av disse er kommunalt drevet.

Snaut halvparten av sentrene har et eget styre, noe som har blitt stadig sjeldnere og har sammenheng med at flere sentre drives av kommunene. Det er særlig private sentre som har oppnevnt et eget styre for senteret. I de fleste sentre med eget styre er brukerne representert. Brukerne har også innflytelse gjennom brukerråd i fire av ti sentre – en fordobling fra 1987 til 1998. I ett av tre sentre hadde brukerne ingen formell innflytelse over driften i 1994. Slik mangel på innflytelse var vanligere i kommunale sentre (43 prosent) enn i private (21 prosent).

Det ser ut til at formell brukerinnflytelse kan virke vitaliserende ved å rekruttere flere brukere, men det gjør seg særlig gjeldende i frittstående sentre. Dette kan ha sammenheng med at det kan være mer rom for innflytelse i frittstående sentre, mens driften i kombinerte sentre kan være mer fastlagt og tilpasset de som bor i boligene eller i institusjonen som senteret er knyttet til.

Brukerne

Hvor mange bruker eldresentrene?

En forutsetning for å ha en fullstendig oversikt over antall brukere er at det foretas en eller annen form for *registrering*. Norsk gerontologisk institutt understreket dette som en oppfordring til sentrene i sine årlige rapporter. Likevel ser det ut til å ha blitt stadig færre sentre som registrerer brukerne – fra 2/3 i 1975 til 1/3 i 1999 (tabell 2.18). På den annen side er det klart flere som er i stand til å oppgi antall brukere, men da trolig som et omtrentlig anslag, selv om bare få angir antallet til nærmeste hundre. Når et økende antall sentre oppgir antall brukere til tross for at man ikke har noen formell form for registrering, har det trolig sammenheng med at det på slutten av 1990-tallet har blitt flere små sentre (tabell 2.19) der det er lettere å ha oversikt over brukerne. Det økte antallet små sentre som har kommet inn i statistikken kan skyldes at en del *dagsentre* kan ha kommet med. Disse skulle egentlig *ikke* vært registret

som eldresentre, fordi et dagsenter er et behovsprøvet dagtilbud for omsorgstrengende brukere. I 1999 er det 32 sentre (10 prosent) som oppgir at de har 25 brukere eller færre, og fire sentre har fra fem til ti brukere. Alle disse er trolig *dagsentre* – ikke åpne *eldresentre*.

Tabell 2.18. Andel sentre som registrerer brukerne og andel som har oppgitt antall brukere 1975–1999. Prosent (n = antall som har svart på spørreskjema).

	1975	1980*	1985*	1990*	1994*	1998	1999
Registrerer brukerne	68,2					49,7	32,5
Oppgitt antall brukere	63,6	80,3	63,6	76,7	67,8	81,9	93,0
(n)	(88)	(147)	(239)	(232)	(345)	(342)	(329)

*Mangler opplysning om det foretas brukerregistrering.

Tabell 2.19. Sentre etter antall brukere 1975–1999. Prosent (n) og gjennomsnittlig antall brukere per senter.

	1975	1980	1985	1990*	1994	1998	1999
Under 100	8,9	21,2	22,4	-	33,8	44,6	43,5
100-800	67,9	59,3	55,9	-	45,3	40,0	42,2
Over 800	23,2	19,5	21,7	-	20,9	15,4	14,4
Sum	100,0	100,0	100,0	-	100,0	100,0	100,1
(n)	(56)	(118)	(152)	(178)	(234)	(280)	(306)
Gj.snitt	560	450	490	565	490	360	380

*Fordeling etter størrelse ikke rapportert.

Når vi skal vurdere antall brukere av eldresentre på landsbasis over tid, er en feilkilde at andelen av sentrene som har oppgitt brukerantall varierer mye fra år til år. Antall brukere er mest fullstendig besvart i 1999, slik at de anslag vi kan gjøre over samlet antall brukere gir bedre grunnlag for å beskrive situasjonen nå enn tidligere.

Vi har i tabell 2.20 angitt det samlede antall brukere som er oppgitt og beregnet antallet på landsbasis ut fra den enkle forutsetning at de sentre som ikke har svart har det samme gjennomsnittlige antall brukere som sentrene som har svart.

Tabell 2.20. Antall brukere på landsbasis 1975–1999. Oppgitte og beregnede tall.

Antall brukere	1975	1980	1985	1990	1994	1998	1999
Oppgitt	31 000	53 000	75 000	101 000	115 000	101 000	117 000
Beregnet	50 000	66 000	117 000	164 000	169 000	124 000	126 000

Med forbehold om den usikkerhet som er forbundet med tallene, ser det ut til at det var flest brukere på første halvdel av 1990-tallet, mens antallet har gått noe ned de siste årene. Høyere antall i 1990 og 1994 kan imidlertid skyldes at det da ble foretatt grundigere registreringer av antall sentre.

I 1999 har vi beregnet antall brukere til 126 000. Det tilsvarer 20 prosent av befolkningen over 67 år. Ikke alle eldre har tilgang til et eldresenter. Hvor mange som har tilgang på den måten at de bor i et distrikt som er dekket av et eldresenter har vi bare ufullstendige opplysninger om fra 1994. Men vi har tidligere nevnt at ca. 70 prosent av befolkningen over 67 år bor i en kommune som har minst ett eldresenter. I alt 29 prosent av de eldre i disse kommunene bruker eldresentre. Om vi bruker de ufullstendige opplysningene fra 1994 om antall eldre i de distrikter som sogner til sentrene, finner vi at 32 prosent av de eldre i disse distriktene gjør bruk av eldresentre (tabell 2.16).

Det ser altså ut til at omtrent 1/5 av eldre over 67 år bruker eldresentre, og at 1/3 av dem som har tilgang til et senter, gjør bruk av det. Om dette er mye eller lite er et skjønnsspørsmål.

Eldre mennesker deltar mindre enn andre aldersgrupper i kulturelle aktiviteter og i underholdningsarrangementer. Levekårsundersøkelsen fra 1995 (NOS C301) viste at 46 prosent av eldre over 67 år gikk minst én gang i løpet av året på teater, konserter, kunstutstillinger eller på museum, mens 72 prosent i alderen 25-44 år gjorde det. Tilsvarende tall for underholdning som kino, dans og idrettsarrangementer var 28 prosent for de eldre og 94 prosent for yngre voksne. Hvis eldresentrene bidrar til at noen av de eldre som *ikke* deltar på andre arenaer i samfunnet kommer seg ut og deltar i samvær med andre, vil det være et viktig tilbud til disse. Vi vet imidlertid lite om i hvilken grad brukere av eldresentre også deltar på andre arenaer. En undersøkelse fra Oslo og Frogn (Pettersen & Laake 2000) tyder på at de som er *middels* sosialt aktive oftere bruker eldresentre enn de som er sosialt isolerte og de som er mest sosialt aktive. Dette kan tyde på at sentrene når fram til eldre som ikke deltar mye på andre arenaer, men at de ikke når så godt fram til de mest sosialt isolerte.

Det er flest brukere i frittstående sentre og særlig i de private, som har dobbelt så mange brukere per senter som de kombinerte sentrene (tabell 2.21). Det har antakelig sammenheng med at de kombinerte sentrene rekrutterer mer internt i de enheter (boliger, institusjoner) som senteret er knyttet til, og at de i mindre grad går aktivt ut for å rekruttere brukere i distriktet. De kombinerte sentrene kan også være mindre attraktive for eldre flest i distriktet.

Tabell 2.21. Gjennomsnittlig antall brukere etter type senter i 1994 (n = antallsgrunnlaget for gjennomsnittet).

	Frittstående	Kombinerte	I alt
Private	622 (91)	303 (10)	590 (101)
Kommunale	521 (62)	310 (71)	408 (133)
I alt	581 (153)	309 (81)	487 (234)

Ulike brukergrupper

Totalt antall brukere omfatter alle brukere uansett alder. Sentrene kan også brukes av yngre personer. Noen av sentrene retter virksomheten også mot målgrupper under 67 år. I 1994 var det 82 prosent av sentrene som oppga at de har en definert målgruppe for virksomheten. Av de 256 sentrene med en definert målgruppe, var det 79 prosent som utelukkende oppga eldre (over 66 år) som målgruppe. I alt var det dermed 65 prosent av sentrene som hadde definert eldre som sin målgruppe. Men selv i de fleste av disse sentrene er det noen brukere under 67 år. Dette vil med andre ord si at sentrene praktiserer sine aldersgrensebestemmelser forholdsvis lempelig. Det faller naturlig innenfor denne type tiltak å gi brukernes ektefeller – uansett alder – mulighet til å nytte i hvert fall deler av senterets tilbud. De fleste sentre forsøker nok også å være imøtekommende i forhold til forespørsler fra hjemmetjenestene om å ta imot enkeltpersoner som kan ha glede og nytte av senterets tilbud selv om de er i noe lavere alder. For en god del sentre vil imidlertid manglende kapasitet i form av lokaler og bemanning sette grenser for hvor åpne de makter å være overfor yngre aldersgrupper. Trolig vil det også være begrenset interesse for å bruke senteret blant f.eks. yngre funksjonshemmede.

Omlag seks prosent av sentrene som har en bestemt målgruppe for virksomheten oppgir trygdede og pensjonister over 55 år som den aktuelle målgruppen. I tillegg er det bortimot ti prosent som oppgir mer uspesifisert «yngre pensjonister» og i overkant av fire prosent som oppgir «psykiatriske klienter». Vi antar at begge disse grupper sentre tar imot de angitte kategorier i tillegg til eldre over 66 år. I underkant av én prosent oppgir «alders- og uførepensjonister» som sin målgruppe. Alle disse tallene gjelder for 1994, som er det eneste året det er spurt særlig detaljert om brukergrupper.

For 1998 og 1999 er det imidlertid spurt om grupper under 67 år har anledning til å bruke sentret. Det er henholdsvis 96 og 78 prosent som har svart på dette spørsmålet og 94 og 97 prosent av disse har svart bekreftende. Når vi tar med de som i tillegg oppgir antall brukere under 67 år uten at disse «har anledning» til å bruke sentret, er det henholdsvis 97 og

99 prosent som i praksis er åpne for brukere under 67 år. De aller fleste sentrene, om ikke alle, har altså brukere under 67 år.

For 1994 har vi for første gang opplysninger om brukernes alder. Det dreier seg om følgende aldersgrupper: under 67 år, 67–79 år og 80 år og eldre. Imidlertid er det få sentre (1994: 35 prosent, 1998: 37 prosent, 1999: 40 prosent) som oppgir antall brukere fordelt på de ulike aldersgruppene. Aldersfordelingen er derfor forbundet med stor usikkerhet. Tabell 2.22 viser andel brukere i de nevnte aldersgrupper i de sentrene som har oppgitt brukernes aldersfordeling. Vi ser at det er en forholdsvis liten andel brukere under 67 år og at hovedtyngden av brukerne er i aldersgruppen 67–79 år. Aldersfordelingen er nokså stabil fra 1994 til 1999.

Tabell 2.22. Brukere fordelt på alder 1994–1999. Prosent (n).

	1994	1998	1999
Under 67 år	5,2	7,8	7,4
67-79 år	65,5	58,0	62,9
Over 80 år	29,3	34,2	29,7
Sum	100,0	100,0	100,0
(n)	(59 921)	(41 276)	(57 532)

Kjønnsfordelingen blant brukerne er ikke opplyst i spørreskjemaene. Men i 1989 ble det samlet data om kjønnsfordelingen som viser at 73 prosent av brukerne var kvinner (Sommerfeldt m.fl. 1992). Samtidig var 59 prosent av befolkningen over 67 år kvinner. Det er altså en viss overrepresentasjon av kvinner blant brukerne.

Oppsummering

Vi har beregnet antall brukere til 126 000 i 1999, hvilket er noe lavere enn tidlig på 1990-tallet. Samtidig er antall *registrerte* brukere høyere i 1999 enn i 1990. Dette kan ha sammenheng med at oversikten over antall sentre muligens var mer fullstendig tidlig på 1990-tallet. Antallet er med andre ord usikkert, men beregningene tyder på at 1/5 av eldre over 67 år bruker eldresentre og at 1/3 av eldre i distrikter som sogner til et senter, gjør bruk av det. Frittstående private sentre har dobbelt så mange brukere per senter som kombinerte sentre.

Eldresentre er per definisjon for eldre, og to av tre sentre hadde i 1994 definert sin målgruppe som eldre over 66 år. Nesten alle sentrene har likevel brukere under 67 år. Samlet sett var fra fem til åtte prosent av brukerne under 67 år i perioden 1994–1999.

Frivillige medarbeidere

Hvor mange frivillige?

Eldresentrene har til alle tider basert virksomheten på engasjement og innsats fra frivillige medarbeidere. Sentrenes stramme økonomi har vært én av årsakene til dette. Frivillig arbeid har dessuten vært betraktet som et viktig aktivitetstilbud. Selv om frivillig innsats inngår som en vesentlig del av virksomheten, er det langt fra alle sentrene som registrerer antall frivillige. Det foreligger lite systematisk kartlegging av de frivilliges innsats. Undersøkelser fra tidlig på 1990-tallet viser at det blant de frivillige er en overvekt av enslige kvinner mellom 70 og 80 år. Hovedtyngden arbeider mellom to og seks timer i uka ved sentret. Langt de fleste hjelperne – 80-90 prosent – er også selv brukere av senterets tilbud (Dyb m.fl. 1991, Sommerfeldt m.fl. 1992).

De aller fleste sentrene har frivillige. Fra 1994 gjelder det oppunder 80 prosent av sentrene, kanskje noe høyere i 1999 (tabell 2.23). Datagrunnlaget er imidlertid noe usikkert. Antall frivillige per senter ligger rundt 33 personer, med en spredning fra en til ca. 200.

Tabell 2.23. Prosentandel (n) sentre som har frivillige hjelpere 1990–1999, og gjennomsnittlig antall frivillige per senter med frivillige.

	1990	1994	1998	1999
Har frivillige	88,3 (223)	79,9 (319)	77,4 (336)	88,1 (294)*
Gj.snittlig antall	33,4 (186)	33,9 (255)	31,9 (260)	34,3 (259)
Spredning	1 – 200	1 – 241	1 – 196	1 – 190

*I 1999 er det betydelig flere ubesvarte enn i 1998. Dette er sentre som ikke har fylt inn rubrikene for antall. Det kan bety at de har ingen frivillige. I så fall er andelen sentre med frivillige på 79 i 1999. Tilsvarende justering for 1998 gir en andel på 76. Ubesvart kan også bety at en ikke har oversikt over antallet.

Vi har i tabell 2.24 vist samlet antall frivillige på landsbasis. De beregnede tallene er basert på at de som ikke har svart fordeler seg på samme måte som de som har svart, både med hensyn til om en har frivillige og hvor mange en har. Hvor gode disse tallene er avhenger bl.a. av hvor gode opplysninger vi har om antall sentre. For 1990 er det registrert betydelig flere eldresentre enn de som har svart på spørreskjema. Dette gir en stor forskjell på oppgitt og beregnet antall. For alle årene er tallene usikre. Det sikreste vi kan si er at antall frivillige ved inngangen til år 2000 ligger på omtrent 10 000.

Tabell 2.24. Frivillige på landsbasis 1990–1999. Oppgitte og beregnede tall.

	1990	1994	1998	1999
Oppgitt antall	6 200	8 700	8 300	8 900
Beregnet antall	9 700	9 300	8 500	9 900

Hovedtyngden av de frivillige er selv eldre. I 1989 var 20 prosent under 67 år, 71 prosent mellom 67 og 79 år og 9 prosent over 80 år (Sommerfeldt m.fl. 1992). Senere er det bare delt på over og under 67 år (tabell 2.25). Fordelingen er omtrent som i 1989, men med noe færre under 67 år.

Tabell 2.25. Frivillige fordelt på alder 1994–1999. Prosent (n).

	1994	1998	1999
Under 67 år	18,6	16,5	16,2
67 år og over	81,4	83,5	83,8
Sum (n)	100,0 (8 027)	100,0 (7 419)	100,0 (8 438)

Som blant brukerne er også hovedtyngden av hjelperne kvinner. I 1989 var 78 prosent kvinner (Sommerfeldt m.fl. 1992) – det samme som i 1994 (79 prosent) (tabell 2.26). Det ser ut til å være noe større overvekt av kvinner blant hjelperne enn blant brukerne (73 prosent i 1989), selv om vi må være forsiktige med konklusjoner pga. mange ubesvarte. Men det kan ikke være tvil om at hovedtyngden av hjelperne er kvinner over 67 år (jfr. kapittel 3).

Tabell 2.26. Frivillige fordelt på alder og kjønn 1994. Prosent (n).

	Menn	Kvinner	Sum
Under 67 år	1,8	16,4	18,2
67 år og over	19,3	62,5	81,8
Sum	21,1	78,9	100,0
(n)	(1 634)	(6 110)	(7 744)

Frivillige i ulike typer sentre

Bruken av frivillige i ulike typer sentre vil vi belyse gjennom resultatene fra 1994, som er mest fullstendige. Frittstående sentre har langt flere frivillige enn kombinerte (tabell 2.27). Både private og kommunale sentre har flere frivillige når de er frittstående enn når de er kombinerte. Dette kan ha sammenheng med at frittstående sentre har flere brukere (jfr. tabell 2.21).

Tabell 2.27. Gjennomsnittlig antall frivillige i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n = antallsgrunnlaget for gjennomsnittet).

	Frittstående	Kombinerte	I alt
Private	41,3 (103)	22,9 (16)	38,8 (119)
Kommunale	36,8 (72)	21,5 (64)	29,6 (136)
I alt	39,4 (175)	21,8 (80)	33,9 (255)

Tabell 2.28. Antall frivillige per 100 brukere i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n).

	Frittstående	Kombinerte	I alt
Private	14,2 (82)	23,0 (10)	15,1 (92)
Kommunale	13,7 (52)	8,6 (50)	11,2 (102)
I alt	14,0 (134)	11,0 (60)	13,1 (194)

Antall frivillige per 100 brukere tyder imidlertid på at det spesielt er de kommunale kombinerte sentrene som har lavt antall frivillige (tabell 2.28). Vi har imidlertid opplysninger om svært få kombinerte sentre som er private (10). Det er derfor vanskelig å fastslå om slike sentre gjør spesielt stor bruk av frivillige. Private sentre gjør ellers ikke større bruk av frivillige enn kommunale sentre når sentrene er frittstående. Antall frivillige står i samme forhold til antall brukere (14 per 100). Men det kan se ut til at kommunale sentre i mindre grad rekrutterer frivillige når senteret er kombinert med andre tiltak som boliger eller institusjon. Disse sentrene kan være mer innrettet for interne brukere som er avhengig av ansatt personale. Det er bare 200 som har svart på antall ansatte (svarprosent 63), og det hefter derfor stor usikkerhet ved beregningene. Det er uansett tydelig at kommunale kombinerte sentre skiller seg ut, med fra tre til fem ganger så mange årsverk for ansatte som andre sentre (tabell 2.29).

Tabell 2.29. Gjennomsnittlig antall ansatte (årsverk) per 100 brukere i kommunale, private, frittstående og kombinerte sentre 1994 (n).

	Frittstående	Kombinerte	I alt
Private	1,1 (71)	1,7 (6)	1,2 (77)
Kommunale	1,2 (59)	5,9 (64)	3,6 (123)
I alt	1,1 (130)	5,5 (70)	2,7 (200)

At kommunale kombinerte sentre er mer innrettet mot interne brukere framgår også av at de i mindre grad går aktivt ut i distriktet med informasjon om senteret. Forskjellen er imidlertid ikke stor, og tabell 2.30 på neste side viser at dette gjelder i større grad for private kombinerte sentre. Men disse er så få at det er vanskelig å legge vekt på at private kombinerte sentre samtidig har både spesielt mange frivillige (tabell 2.28) og liten aktivitet med utsendelse av informasjon.

Oppsummering

De fleste eldresentrene har frivillige hjelpere – til sammen ca. 10 000 på landsbasis. De fleste frivillige er selv eldre og er samtidig brukere av

senteret. Kvinner er i klar overvekt både blant brukere og frivillige, kanskje noe mer blant de siste. Kommunale kombinerte sentre har relativt færre frivillige hjelpere enn andre typer sentre, samtidig som de har flest ansatte.

Utadrettet virksomhet og åpningstider

Utadrettet virksomhet

Utadrettet informasjon sier noe om i hvilken grad senteret er åpent for nye brukere. Av tabell 2.30 ser vi at to av tre eldresentre regelmessig sendte ut *informasjon* om senteret til eldre i distriktet i 1994, og at frittstående sentre oftere gjorde det enn kombinerte.

Tabell 2.30. Andel som sender ut informasjon etter type senter 1994. Prosent (n).

	Frittstående	Kombinerte	I alt
Private	71,6 (109)	37,5 (16)	67,2 (125)
Kommunale	69,9 (93)	59,1 (93)	64,5 (186)
I alt	70,8 (202)	56,0 (109)	65,6 (311)

Det ser ut til å ha skjedd en økning i denne utadrettede virksomheten etter 1994. Av tabell 2.31 framgår at spesielt kombinerte sentre i større grad sender informasjon i 1998 enn i 1994. En grunn til økningen kan være at det i 1994 ble spurt om «regelmessig» utsendelse, mens «regelmessig» var strøket i spørsmålet i 1998. Men dette burde ha gitt liknende utslag for både frittstående og kombinerte sentre. Det ser ut til at den utadrettede virksomheten i kombinerte sentre har økt. Økningen synes å ha fortsatt i 1999, idet 80 prosent av sentrene da sender ut informasjon. Vi har imidlertid ikke mulighet for å se om økningen fortsatt skjer mest i kombinerte sentre, fordi det er svært mange ubesvarte (39 prosent) på spørsmål om type senter i 1999.

Tabell 2.31. Andel av frittstående og kombinerte sentre som sender ut informasjon om senteret til eldre i distriktet 1994–1999. Prosent (n).

	1994	1998	1999
Frittstående	70,8 (202)	72,0 (186)	-
Kombinerte	56,0 (109)	75,0 (104)	-
I alt	65,6 (311)	73,1 (290)	79,9 (314)

På den annen side synes det å ha skjedd en betydelig nedgang i *den oppsøkende virksomheten* fra 1994 til 1998, fra 39 til 28 prosent av

sentrene (2.32). Det er særlig de kombinerte sentrene som i mindre grad går aktivt ut for å invitere eldre i distriktet til senteret. I 1999 er det imidlertid igjen en økning til 42 prosent, noe som tyder på at nedgangen fra 1994 til 1998 kan ha vært tilfeldig.

Tabell 2.32. Andel av frittstående og kombinerte sentre som driver oppsøkende virksomhet 1994–1999. Prosent (n).

	1994	1998	1999
Frittstående	37,6 (197)	30,5 (187)	-
Kombinerte	41,3 (109)	22,0 (100)	-
I alt	38,9 (306)	27,5 (287)	42,4 (311)

Det er omtrent ett av tre eldresentre som arrangerer *informasjonsmøter* for nye pensjonister (tabell 2.33). Dette skjer noe oftere i frittstående sentre enn i kombinerte. Men forskjellen er ikke stor.

Tabell 2.33. Andel av frittstående og kombinerte sentre som arrangerer informasjonsmøte for nye pensjonister 1998 og 1999. Prosent (n).

	1998	1999
Frittstående	33,3 (186)	-
Kombinerte	27,0 (100)	-
I alt	31,1 (286)	34,0 (309)

Vi har laget et samlemål – en indeks – for utadrettet virksomhet basert på utsendelse av informasjon, oppsøkende virksomhet og informasjonsmøter for nye brukere (tabell 2.34). Opplysninger om alle disse tre formene for utadrettet virksomhet er bare tilgjengelig for 1998 og 1999. Siden 1999 har mangelfulle opplysninger om type senter, bruker vi 1998.

Tabell 2.34. Indeks for utadrettet virksomhet 1998. Prosent (n) og gjennomsnitt.

	Frittstående	Kombinerte	I alt
0 (ingen tiltak)	21,6	21,4	21,5
1	36,4	48,0	40,5
2	26,1	19,4	23,7
3 (alle tiltak)	15,9	11,2	14,2
Sum	100,0	100,0	100,0
(n)	(176)	(98)	(274)
Gjennomsnitt	1,4	1,2	1,3

Nesten fire av fem sentre driver minst én av de tre formene for utadrettet virksomhet. Det er ingen vesentlig forskjell mellom frittstående og kombinerte sentre i så måte.

Sentrenes åpningstid

Tilgjengeligheten til sentrene er avhengig av deres åpningstid. Er det et *åpent hus* der man kan stikke innom når det passer, eller er det tilgjengelig bare til avgrensede tider og for spesielle tilbud? Vi skal vurdere dette ut ifra hvor mange uker i året, hvor mange dager i uka og hvor mange timer i uka sentrene er åpne. Opplysningene er mest fullstendige fra 1994 og 1999. Noe har vi også for 1990, mens skjemaene for 1998 er mer ufullstendig utfylt. Når vi sammenlikner åpningstid i ulike typer sentre, er vi avhengige av tallene fra 1994, fordi type senter er ufullstendig utfylt for 1999.

Tabell 2.35. Antall uker i året sentrene er åpne 1994 og 1999. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Uker	1994	1999
- 39 uker	6,3	6,9
40-47 uker	18,0	21,5
48-51 uker	24,6	25,2
52 uker	51,1	46,4
Sum	100,0	100,0
(n)	(317)	(317)
Gjennomsnitt	48,7	48,1

Halvparten av sentrene er åpne hele året. De er verken stengt om sommeren eller i jule- og påskeferien. Det er noen færre med helårsåpent i 1999 enn i 1994 (tabell 2.35). Det store flertallet (93–94 prosent) har åpent 40 uker eller mer.

Tabell 2.36. Antall uker i året ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Uker	Kommunale	Private	Frittstående	Kombinerte
- 39 uker	1,6	13,4	8,3	2,7
40-47 uker	14,2	23,6	22,1	10,6
48-51 uker	25,3	23,6	24,5	24,8
52 uker	59,0	39,4	45,1	62,0
Sum	100,1	100,0	100,0	100,1
(n)	(190)	(127)	(204)	(113)
Gjennomsnitt	50,0	46,8	47,9	50,0

Det er særlig kombinerte og kommunale sentre som har full helårs virksomhet (52 uker), og når vi kombinerer disse er det 70 prosent av de 97 kommunale kombinerte sentrene som har åpent 52 uker. Private sentre har åpent færre uker, og bare 39 prosent har åpent 52 uker (tabell 2.36).

Tabell 2.37. Antall dager i uka sentrene er åpne 1990–1999. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Dager i uka	1990	1994	1999
1-2 dager	15,3	16,3	16,8
3-4 dager	13,5	14,1	18,4
5 dager	71,2*	50,6	46,4
6 dager		6,6	6,5
7 dager		12,3	11,8
Sum	100,0	99,9	99,9
(n)	(229)	(318)	(321)
Gjennomsnitt	-	4,5	4,5

*5 dager eller mer.

I gjennomsnitt er sentrene åpne 4,5 dager i uka både i 1994 og i 1999 (tabell 2.37). I forhold til 1990 er det heller ikke store forskjeller, men en viss nedgang i andel sentre som har åpent fem dager eller mer (fra 71 prosent i 1990 til 65 prosent i 1999). Som ved antall uker i året, er det kombinerte og spesielt kommunale kombinerte sentre som har åpent sju dager i uka (tabell 2.38). I alt 39 sentre (12 prosent) hadde åpent sju dager i uka i 1994, av disse var 33 (85 prosent) kommunale kombinerte sentre.

Tabell 2.38. Antall dager i uka ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Dager i uka	Kommunale	Private	Frittstående	Kombinerte
1-2 dager	10,5	25,2	20,0	9,7
3-4 dager	12,6	16,5	16,0	10,6
5 dager	49,7	52,0	54,2	44,3
6 dager	7,9	4,7	6,8	6,2
7 dager	19,4	1,6	2,9	29,2
Sum	100,1	100,0	99,9	100,0
(n)	(191)	(127)	(205)	(113)
Gjennomsnitt	4,9	4,0	4,2	5,2

Gjennomsnittlig er sentrene åpne vel 30 timer i uka (tabell 2.39). Seks av ti har åpent 30 timer eller mer og 10 prosent har åpent 45 timer eller mer, altså godt over en vanlig arbeidsuke. Det er imidlertid også en god del

(1/4) som har åpent mindre enn 20 timer per uke. Det ser ut til å ha skjedd små endringer på 1990-tallet.

Tabell 2.39. Antall timer i uka sentrene er åpne 1990–1999. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Timer per uke	1990	1994	1999
-19,5 timer	25,1	25,2	27,0
20-29,5 timer	17,4	14,5	13,8
30-44,5 timer	57,5*	50,3	49,1
45 timer -		10,1	10,1
Sum	100,0	100,1	100,0
(n)	(219)	(318)	(318)
Gjennomsnitt	-	31,5	30,3

*30 timer eller mer.

Vi ser det samme mønsteret: det er kombinerte sentre som har mest åpent (tabell 2.40). Av i alt 32 sentre (10 prosent) som hadde åpent over 45 timer i uka, var 29 (78 prosent) kommunale kombinerte sentre.

Tabell 2.40. Antall timer i uka ulike typer sentre er åpne 1994. Prosent (n) og gjennomsnitt.

Timer per uke	Kommunale	Private	Frittstående	Kombinerte
-19,5 timer	18,3	35,4	28,8	18,6
20-29,5 timer	11,5	18,9	16,6	10,6
30-44,5 timer	55,0	43,3	51,2	48,7
45 timer -	15,2	2,4	3,4	22,1
Sum	100,0	100,0	100,0	100,0
(n)	(191)	(127)	(205)	(113)
Gjennomsnitt	35,9	24,8	28,5	36,9

Tilgjengeligheten til sentrene må sies å være god. De fleste er åpne det meste av året, de fleste ukedager og mange timer hver dag. Det har skjedd små endringer på 1990-tallet, men en viss nedgang i andel som har åpent 52 uker i året kan spores. Også tilgjengeligheten for funksjonshemmede synes god. Her har vi bare data fra 1994, men da opplyste 95 prosent av sentrene at lokalene er tilgjengelige for brukere av rullestol eller gåstol. Dessuten hadde 59 prosent en egen transportordning for brukere som trenger det.

Oppsummering

Nesten fire av fem sentre driver utadrettet virksomhet i form av utsendelse av informasjon, oppsøkende virksomhet eller informasjonsmøter. De fleste

er åpne det meste av året, de fleste ukedagene og mange timer hver dag. Tilgjengeligheten synes å være god. Det er særlig kommunale kombinerte sentre som har åpent alle ukedager hele året. Det er imidlertid usikkert om hjemmeboende eldre i distriktet har full tilgang til alle tider.

Personell

Årsverk av lønnet personell

I 1994 har 255 (80 prosent) av 319 sentre oppgitt antall ansatte som er lønnet over senterets budsjett. Det kan bety at 20 prosent av sentrene ikke har noen ansatte. Men i datafilen er kode 0 brukt både for ingen ansatte og for ubesvart. I 1990 var det sju prosent av sentrene som hadde ingen ansatte. «Disse sentrene drives altså bare ved frivillig innsats» (Sommerfeldt m.fl. 1992, s. 55). Vi har ikke mulighet for å fastslå om det har blitt flere eller færre slike sentre etter 1990. I 1998 og 1999 var det henholdsvis 284 (83 prosent) og 286 (87 prosent) som oppga antall ansatte. Tallene i tabell 2.41 er beregnet ut fra samtlige sentre. Siden det nok fortsatt er noen sentre som ikke har lønnet personell, betyr dette at gjennomsnittlig antall årsverk er noe høyere i de sentre som har ansatte.

Tabell 2.41. Årsverk av lønnet personell per senter i alt og per 100 brukere.

	1994 (n=319)	1998 (n=342)	1999 (n=329)
<i>Årsverk per senter</i>			
Leder	0,63	0,56	0,60
Kontor	0,30	0,24	0,25
Kjøkken	0,78	0,68	0,71
Miljøtiltak	0,48	0,43	0,51
Hygiene og helsetiltak*	0,40	0,19	0,19
Sosionom utenom leder	0,05	0,04	0,06
Andre	0,50	0,34	0,35
I alt lønnet over senterets budsjett	3,14	2,50	2,67
Lønnet utenom senterets budsjett	0,92	1,03	0,93
Sum årsverk lønnet personell	4,06	3,53	3,60
Sum årsverk i alt	1 295	1 207	1 184
Årsverk per 100 brukere	0,83	0,97	0,94

*For 1998 og 1999 er hygiene og helsetiltak delt på fotpleier og frisør. I 1994 kan også andre typer personell være inkludert.

I alt bruker eldresentrene omtrent 1 200 årsverk av lønnet personell. Dette er beregnet under forutsetning av at de sentrene der antallet ikke er oppgitt har samme gjennomsnitt som de andre. Hvis vi forutsetter at sju prosent av sentrene har ingen ansatte (som i 1990), blir det samlede antall årsverk på 1 206 i 1994, 1 123 i 1998 og 1 102 i 1999. Det synes rimelig å anslå antall årsverk til mellom 1 100 og 1 200. Dette tilsvarer noe under ett årsverk per 100 brukere.

Tabell 2.41 viser enkelte forskjeller mellom 1994 og 1998/99. Det synes å ha blitt noe færre årsverk lønnet over senteret budsjett, men samtidig noe flere årsverk per 100 brukere. Det kan ha sammenheng med at det er registrert relativt flere små sentre i 1998/99 enn i 1994. Som nevnt er det en del usikkerhet ved registreringene, hvilket gjør at vi ikke skal legge for stor vekt på disse endringene over tid i datamaterialet.

Frisør og fotpleier

Tiltak som hårpleie og fotpleie har lange tradisjoner i eldresentrene. Ofte fungerte disse tiltakene som «inngangsporten»; det var gjerne de som trakk nye brukere til sentrene. Andelen av sentrene som tilbyr fotpleie og hårpleie har ligget rundt fire av fem. Hvor mange årsverk, og hvordan frisører og fotpleiere er knyttet til senteret, har vi imidlertid ufullstendige opplysninger om. Disse funksjonene har i stor utstrekning, og i økende grad, vært dekket av selvstendig næringsdrivende som ikke er lønnet over senterets budsjett. I 1994 hadde 68 prosent av sentrene en selvstendig næringsdrivende frisør og 70 prosent hadde selvstendig fotpleier. Tallene er vanskelig å sammenlikne med 1998 og 1999 fordi spørsmålene da gir ufullstendige opplysninger om dette.

Daglig leders utdanning

Det er forholdsvis få opplysninger om daglig leders yrkesbakgrunn og kompetanse. Vi har imidlertid noen opplysninger fra 1981 og 1990 (Sommerfeldt m.fl. 1992) og 1994 (SSBs datafil). Ulike kategoriseringer gjør det imidlertid vanskelig å vurdere endringer over tid. Bare én kategori er identisk de tre årene: sosionom. Den varierer fra 24 prosent i 1981, via 28 prosent i 1990 til 19 prosent i 1994. De fleste sosionomene arbeidet i Oslo eller Akershus, der henholdsvis 76 og 28 prosent av lederne var sosionomer (1994). I resten av landet var bare to prosent av lederne sosionomer.

I 1981 var den største gruppen merkantilt utdannede, som utgjorde 34 prosent. Sykepleiere utgjorde 17 prosent. I 1990 var sosionom den største gruppen, som nevnt med 28 prosent, mens det fortsatt var 17 prosent syke-

pleiere. I 1994 utgjorde kategorien «sykepleiere og hjelpepleiere» 28 prosent, mens det nest vanligste var en kategori bestående av «aktivitør, fysioterapeut, ergoterapeut og frisør» med 24 prosent.

Det er mange ulike yrkesgrupper som rekrutteres til lederstillinger i eldresentre – også en del ufaglærte, som utgjorde 14 prosent i 1994. Utviklingen har imidlertid gått i retning av en større andel med helse- og sosialfaglig utdanning, mens det har blitt færre med merkantil utdanning (10 prosent i 1994). På den måten synes den helse- og sosialfaglige profilen på eldresentrene å være styrket.

Oppsummering

Eldresentrene har i gjennomsnitt omtrent tre og et halvt årsverk av lønnet personell. Ett av årsverkene er lønnet utenom senterets budsjett. Dette er i første rekke fotpleiere og hårpleiere som er selvstendig næringsdrivende. Til sammen er det 1 100–1 200 årsverk eller rundt ett årsverk per 100 brukere. Mange ulike yrkesgrupper er representert blant lederne, men flertallet har en helse- og sosialfaglig bakgrunn.

Hva koster det å drive eldresentre?

Det har vært vanskelig å få oversikt over sentrenes økonomiske rammer. Sommerfelt m.fl. (1992) har redegjort nærmere for hva problemene har bestått i. Her skal vi kort peke på de viktigste:

- Kombinerte sentre har ofte felles regnskap med de tiltak de har samdrift med. Noen rapporterer fra det felles regnskapet, noen forsøker å fordele regnskapstallene, mens andre unnlater å rapportere noen tall.
- Regnskapene er ulikt oppbygd og kan inneholde en varierende andel av de faktiske utgifter og inntekter. F.eks. kan lokalene leies av kommunene uten at det betales husleie slik at husleiekostnadene ikke bokføres, heller ikke som tilskudd fra kommunen.
- Enkelttiltak med eget regnskap, f.eks. inntekter fra basarer og loppemarked, kan brukes til spesielle tiltak uten å gå inn i det samlede regnskap.
- Ufullstendig utfylling, f.eks. fordi den som svarer ikke har regnskapstallene tilgjengelig i en lett rapporterbar form som passer til spørreskjemaets kategorier.

Det er med andre ord vanskelig å fastslå det samlede økonomiske omfanget av virksomheten. Siden de samme feilkildene gjør seg gjeldende på ulike tidspunkt, vil de endringer vi kan observere på 1990-tallet kunne gi indikasjoner om reelle endringer. Det er riktignok noe færre kombinerte sentre i 1998 (35 prosent) og i 1994 (36 prosent) enn i 1990 (44 prosent). Det er disse tre årene vi skal sammenlikne. Vi skal holde oss til utgiftene, siden inntektene er mer ufullstendig utfylt og gir inntrykk av at sentrene samlet sett – særlig i 1994 og 1998 – gikk med betydelige underskudd (henholdsvis 23 og 26 prosent). Vi skal imidlertid komme tilbake til de kommunale tilskuddene. Sommerfelt m.fl. (1992) anslår disse til å utgjøre ca. 60 prosent av driftsutgiftene, mens resten i hovedsak er egenbetaling fra brukerne. Andre inntekter som gaver, basarer og loppemarkeder har et beskjedent omfang, bortsett fra i enkelte sentre.

Driftsutgiftene

Samlede driftsutgifter har ulik svarprosent: 71 prosent i 1990, 83 prosent i 1994 og 78 prosent i 1998. Det gjør det vanskelig å sammenlikne de samlede driftsutgiftene på landsbasis. Men hvis vi antar at de som ikke har svart fordeler seg slik de som har svart, og justerer beløpene til 1998-kroner etter konsumprisindeksen, blir de samlede utgiftene på ca. 450 millioner både i 1990, 1994 og 1998. Det samlede økonomiske omfanget synes altså nokså konstant. Fordi antall sentre har økt, har imidlertid utgiftene per senter gått noe ned fra 1,551 millioner i 1990 til 1,302 i 1998 (tabell 2.42). På grunn av feilkildene nevnt ovenfor, bør tallene ses som estimerer.

Tabell 2.42. Driftsutgifter per år per senter og per bruker 1990–1998 i 1998-kroner (n).

	1990	1994	1998
Driftsutgifter per senter	1 551 000 (165)	1 365 000 (265)	1 302 000 (268)
Driftsutgifter per bruker	3 919 (136)	7 884 (206)	8 600 (224)

Samtidig har utgiftene per bruker gått betydelig opp, særlig fra 1990 til 1994. Det har ikke sammenheng med færre brukere – antall brukere er det samme i 1990 og 1998 og høyest i 1994. Muligens har det sammenheng med at svarprosenten var spesielt lav i 1990 (47 prosent mot 65 og 69 prosent de andre årene), og at spesielt dyre sentre kan være særlig underrepresentert i 1990. Dette er oftest kommunale kombinerte sentre der utgifter til andre tiltak for hjelpetrengende eldre gjerne er inkludert. Vi har dessverre ikke mulighet til å kontrollere dette for 1990, men for 1994 og 1998 er de dyreste kategoriene av sentre noe underrepresentert (tabell 2.43).

Tabell 2.43. Driftsutgifter per bruker etter type senter 1994 og 1998 i 1998-kroner (n). Svarprosent.

	Driftsutgifter per bruker		Svarprosent	
	1994	1998	1994	1998
Kommunale	12 300 (109)	12 500 (106)	57	64
Private	2 800 (97)	5 200 (103)	76	79
Frittstående	3 500 (143)	6 300 (148)	70	74
Kombinerte	17 700 (63)	14 500 (67)	61	62
Kommunale kombinerte	19 000 (53)	17 800 (47)	54	61
Private frittstående	2 600 (87)	5 000 (82)	78	82

Utgiftene per bruker er lavest i private sentre og høyest i kombinerte, særlig kommunale kombinerte sentre. Dette gjelder både i 1994 og 1998. Kommunale kombinerte sentre er sju ganger dyrere per bruker enn private frittstående sentre i 1994 og tre og en halv ganger dyrere i 1998. Dette henger antakelig sammen med at det i regnskapene til kombinerte sentre inngår tjenester til hjelpetrequende eldre i den samlokaliserte boligen eller institusjonen, eller at det er snakk om et dagsenter for hjelpetrequende og ikke om et vanlig eldresenter.

Det ser ut til at private og frittstående sentre har blitt dyrere per bruker i 1998 enn i 1994. Med forbehold om feilkildene i datamaterialet kan det ha skjedd en endring ved at sentrene har innrettet seg på mer skrøpelige brukere. Det er små endringer i utgiftene til kommunale og kombinerte sentre i perioden 1994–1998.

For di svarprosenten er vesentlig lavere i de kategoriene som er dyrest, kan dette føre til at de samlede kostnadene til eldresentre på landsbasis er høyere enn de 450 millioner vi kom fram til ovenfor. På den annen side vil mange av de dyreste sentrene ikke være eldresentre i vanlig forstand, slik at de reelle utgiftene for åpne servicesentre for hjemmeboende eldre egentlig kan være lavere enn 450 millioner.

Vi har i tabell 2.42 og 2.43 presentert gjennomsnittstall. Bak disse gjennomsnittene skjuler det seg stor variasjon. I 1994 varierte utgiftene per bruker i løpet av året fra 18 kroner til 314 000. De fleste av de billigste har nok gitt ufullstendige opplysninger og de fleste av de dyreste er kombinerte sentre med svært få brukere, og er derfor ikke representative. Vi ser derfor bort fra yttergruppene, og finner da at 2/3 av sentrene hadde utgifter per bruker mellom 1 000 og 10 000 kroner (1998-kroner). I 1998 var variasjonsbredden fra 38 til 186 000 kroner mens 2/3 lå mellom 1 200 og 12 000 kroner. Så selv om vi ser bort fra den ekstreme 1/6 på hver side, er det fortsatt ti ganger høyere utgifter per bruker i de dyreste sentrene sammenliknet med de billigste.

Kommunale tilskudd

Om 5 000 til 10 000 kroner per bruker per år (jfr. tabell 2.42–43) er mye eller lite penger avhenger av hva vi sammenlikner med. Sammenlikner vi med pleie og omsorgstiltak er det svært lite, men eldresterbrukerne er jo ikke pleietrengende. Men hvis eldrester kan bidra til å utsette behovet for pleie og omsorg med noen uker, er utgiftene snart spart inn på pleie- og omsorgsbudsjettene. I tillegg kommer det at brukerne betaler deler (35–40 prosent) av utgiftene selv. Hovedtyngden av det resterende kommer som tilskudd fra kommunen.

Det er altså tilskuddene fra kommunen som representerer de offentlige kostnadene ved drift av eldrester. I tillegg til de begrensninger ved datamaterialet som er nevnt ovenfor, er spørsmålene om kommunalt tilskudd besvart av bare 51 prosent (1994) og 46 prosent (1998). Det tilsier stor forsiktighet i konklusjonene og gjør det svært usikkert å beregne de samlede kommunale tilskuddene på landsbasis. Vi antar at de fleste sentrene mottar kommunalt tilskudd, men kan ikke fastslå hvor mange som ikke gjør det. I 1989 var tre prosent av de som svarte *uten* tilskudd (Sommerfeldt m.fl. 1992).

Vi baserer oss i hovedsak på tallene fra 1994 og 1998. Sommerfeldt m.fl. har analysert tall fra 1986 til 1989, også med lav svarprosent (47), og finner en viss nedgang i tilskuddene (6 prosent) fra 1987 til 1989. De fleste sentrene (83 prosent) opplevde nedskjæringer i tilskuddene i minst ett av årene 1987–1989. Det gjennomsnittlige registrerte tilskuddsbeløpet lå på 840 000 kroner per senter, tilsvarende ca. én million 1998-kroner. De registrerte beløpene for 1994 og 1998 er betydelig lavere, henholdsvis 800 000 og 700 000 1998-kroner. Det kan ha sammenheng med at det er flere kommunale sentre i 1994 og 1998. Det er særlig de kommunale sentrene som ikke besvarer spørsmål om kommunale tilskudd. I 1994/1998 var det bare 32/24 prosent av de kommunale sentrene som besvarte spørsmålet mot 79/80 prosent av de private. Kommunens utgifter til eldrester vil tross i den registrerte nedgangen kunne ha steget fra 1989. Utgifter til de kommunale eldresterne er i liten grad registrert under posten «kommunale tilskudd» i spørreskjemaet. Vi skal derfor holde oss til de private sentrene i analysen og har da bare tall fra 1994 og 1998.

Tabell 2.44. Kommunale tilskudd til private sentre 1994–1998 (1998-kroner) – per senter, per bruker og i prosent av samlede utgifter (n). Svarprosent.

Kommunale tilskudd	1994	% svar	1998	% svar
Per senter (1998-kroner)	690 000 (100)	79	645 000 (104)	80
Per bruker (1998-kroner)	1 660 (82)	65	2 250 (94)	72
Andel av samlede utgifter (%)	63,0 (98)	77	57,3 (102)	79

Det ser ut til at de kommunale tilskuddene til private sentre er noe redusert fra 1994 til 1998. Det gjelder både det samlede beløp og andelen av de samlede utgiftene. Reduksjonen er på sju til ni prosent. Derimot har tilskuddet per bruker økt med 36 prosent. Det henger sammen med at antall brukere er lavere i 1998 enn i 1994 i disse sentrene. Selv om det har blitt færre brukere per senter totalt sett (jfr. tabell 2.19), har dette ikke vært tilfellet for de private eldresentrene (1994: 470, 1998: 450). For de henholdsvis 82 og 94 sentre som vi har opplysninger om kommunalt tilskudd per bruker for, er det imidlertid en betydelig forskjell: 690 i 1994 og 520 i 1998. Økningen i tilskuddet per bruker kan med andre ord skyldes at det er et skjevt utvalg av private sentre som har svart. Hvis vi beregner tilskuddet per bruker på bakgrunn av brukerantallet i samtlige private sentre, blir økningen fra 1994 til 1998 betydelig mindre (7 prosent mot 36). Men det er fortsatt en viss økning. En mulig tolkning av dette er at det kan ha vært en tendens til å gi små sentre relativt større tilskudd enn før. I så fall kan det være uttrykk for en satsing fra kommunene på små sentre som gir service og hjelp til hjelpetrequende brukere. Hovedinntrykket fra tabell 2.44 er et noe reduserte kommunalt tilskudd til private sentre.

Oppsummering

På bakgrunn av noe usikre data har vi anslått de samlede driftsutgiftene per år til å ligge på ca. 450 millioner kroner (1998-kroner) på hele 1990-tallet. Utgiftene per brukere varierer i 1998 fra 5 000 kroner i private frittstående sentre til 17 800 i kommunale kombinerte sentre. Det er svært stor variasjon fra senter til senter, noe som kan skyldes ulik utfylling av spørreskjemaene. Men selv når vi ser bort fra de 17 prosent av sentrene med lavest og de 17 prosent med høyest utgifter, varierer utgiftene fra ca. 1 200 til 12 000 per bruker per år.

Omtrent 60 prosent av driftsutgiftene i private sentre dekkes av kommunale tilskudd. Resten er i hovedsak egenbetaling fra brukerne. Ulike beregninger gir litt ulikt inntrykk av om de kommunale tilskuddenes størrelse har endret seg på 1990-tallet. Men det kan se ut til å ha skjedd en vridning i retning av økte tilskudd til sentre som yter service til hjelpetrequende brukere.

Sentrenes plass i den kommunale eldrepolitikken

Formell tilknytning

Samarbeidsforholdet mellom sentrene og kommunene er mest grundig belyst i spørreskjemaet fra 1994. Forholdet kan ha endret seg fram til i dag.

Vi har tidligere sett at ca. 60 prosent av sentrene er drevet av kommunen (1994) alene eller i samarbeid mellom kommunen og frivillige organisasjoner (1998) (tabell 2.5). I disse tilfellene er det en formell tilknytning mellom senteret og kommunen. Av de private sentrene var det i tillegg 46 sentre som hadde en skriftlig samarbeidsavtale med kommunen, slik at det i alt var 75 prosent av sentrene som i 1994 enten var drevet av kommunen eller hadde en skriftlig samarbeidsavtale med kommunen. For flertallet (tre av fire) er det dermed et *formelt* grunnlag for at senteret kan være integrert i kommunens virksomhet. Dessuten har 91 prosent av alle sentrene opplyst at de sorterer under en kommunal etat, som oftest helse- og sosial eller pleie- og omsorg (86 prosent). Resten (5 prosent) sorterer under kultur-etaten. De aller fleste sentrene ser dermed ut til å ha en eller annen form for formell kontakt med kommunen.

Én form for formell kontakt kan skje gjennom kommunal representasjon i senterets styre. Vel halvparten av sentrene har eget styre (54 prosent). Dette er betydelig vanligere i private sentre (tabell 2.10–11). Av tabell 2.45 framgår det at i tillegg til de 61 prosent av sentrene som er kommunale, har 22 prosent av de private sentrene kommunal representasjon i styret. Til sammen 83 prosent er dermed enten kommunale eller private med en representant for kommunen i styret.

Tabell 2.45. Andel av sentrene etter styre og kommunal representasjon 1994. Prosent (n).

	Kommunale	Private	Sum
Ikke eget styre	40,8	5,1	45,9
Styre uten kommunal repr.	4,1	12,4	16,5
Styre med kommunal repr.	15,6	22,0	37,6
Sum	60,5	39,5	100,0 (314)

Den formelle tilknytningen til kommunen kan skje ved at senteret er kommunalt drevet, ved at det har en skriftlig samarbeidsavtale med kommunen, ved at det sorterer under en kommunal etat eller ved at kommunen er representert i styret. I 1994 var det bare 13 sentre (4 prosent) som *ikke* hadde noen av disse formene for tilknytning til kommunen. I tillegg kan senteret være knyttet til eldreomsorgen ved å være tilknyttet en institusjon eller boliger for eldre. Fire av de 13 sentrene har en slik tilknytning, hvilket gjør at vi står igjen med 9 sentre (3 prosent) som heller ikke har denne formen for tilknytning.

I spørreskjemaet fra 1994 er det også spurt om sterkere former for kommunal tilknytning eller kommunal styring. Er senteret inkludert i kom-

munale plandokumenter? Er senteret pålagt av kommunen å utarbeide handlingsprogram eller virksomhetsplan, budsjett, regnskap eller årsmelding? Har senteret en skriftlig målsetting som er vedtatt av et kommunalpolitisk organ?

Tabell 2.46. Prosentandel (n) av sentrene som er underlagt ulike former for kommunal styring 1994.

	Kommunale	Private	I alt
Inkludert i kommunale plandokumenter	87,2 (179)	66,4 (113)	79,1 (292)
Pålagt å lage handlingsprogram	60,2 (176)	26,5 (117)	46,8 (293)
Pålagt å utarbeide budsjett	83,8 (179)	69,7 (119)	78,2 (298)
Pålagt å utarbeide regnskap	78,9 (175)	77,9 (122)	78,5 (297)
Pålagt å utarbeide årsmelding	84,0 (181)	74,4 (117)	80,2 (298)
Politisk vedtatt målsetting	41,4 (181)	22,7 (119)	34,0 (300)
Minst én av disse styringsformer	95,3 (192)	85,0 (127)	91,2 (319)
Alle disse	25,1 (175)	12,4 (113)	20,1 (288)

De aller fleste sentrene (91,2 prosent.) er underlagt minst én av de formene for kommunal styring som er listet opp i tabell 2.46. Det gjelder også for hovedtyngden av de private sentrene (85 prosent), som særlig er pålagt å utarbeide regnskap, årsmelding og budsjett. To av tre er også inkludert i kommunale plandokumenter. Siden de aller fleste har økonomisk støtte fra kommunen (jfr. ovenfor) er det ikke mer enn rimelig at kommunen gjør bruk av visse styringsredskaper.

Både formelt og administrativt synes de fleste sentrene å ha en form for tilknytning eller forpliktelse overfor kommunen. Et annet spørsmål er hvordan dette arter seg i praksis. I hvilken grad er eldresentrene inkludert i kommunens virksomhet i helse- og sosialsektoren? Skjer det noen samordning der eldresentrene kan utfylle f.eks. hjemmetjenestens virksomhet? Vi har ikke detaljerte data om dette, men visse indikasjoner gjennom spørsmål stilt i 1994 og dels i 1998/99.

Praktisk tilknytning

I 1994 er det spurt om ulike former for praktisk tilknytning til kommunens øvrige tjenester overfor eldre (tabell 2.47):

– Får senterets personale tilbud fra kommunen om kurs og opplæring på linje med personell i helse- og sosialtjenesten?

I flertallet av kommunale sentre (86 prosent) er personalet inkludert i kommunens opplæringsvirksomhet, mens bare 29 prosent av de private sentrene er inkludert på denne måten.

– Er senterleder med i tjenesteledermøter med f.eks. ledere for hjemmehjelp, hjemmesykepleie eller institusjoner for eldre?

Det er 294 sentre som har besvart spørsmålet, og av disse er det 54 prosent som har senterlederen med på slike møter. Av dem som har slike møter (231), er det 69 prosent som har senterlederen med. For kommunale sentre er disse andelene henholdsvis 67 og 78 prosent, mens det for private sentre er 35 og 51 prosent. Kommunale sentre er på den måten mer integrert i kommunens pleie- og omsorgstjenester enn de private sentrene. Bare vel 1/3 av de private sentrene er med i denne typen samarbeid mot 2/3 av de kommunale sentrene. Til en viss grad skyldes denne lave deltakelsen at det ikke holdes slike møter i pleie- og omsorgstjenestene, men selv der slike møter holdes er ikke mer enn halvparten av de private sentrene med. Fire av fem kommunale sentre er med i de tilfeller slike møter holdes.

– Er daglig leder eller andre ansatte ved senteret med i samarbeidsgruppe/team i helse- og sosialtjenesten der tiltak for den enkelte bruker tilrettelegges, f.eks. søknader om bolig?

Bare ett av fire sentre er representert i slike team, men der slike team finnes (eller den som har besvart spørreskjema kjenner til at slike team finnes), er det 42 prosent som deltar. Fra kommunale sentre er nesten halvparten representert i slike team.

– Har senteret avtale med personell innen kommunens helse- og sosialtjeneste som kommer til senteret og bistår eldre (fysioterapeut, sosionom, ergoterapeut, helsesøster)?

Halvparten av sentrene – 59 prosent av de kommunale og 34 prosent av de private – har en slik avtale.

Tabell 2.47. Andel av sentrene som har ulike former for praktisk tilknytning til kommunen etter eierform 1994. Prosent (n).

	Kommunale	Private	I alt
Tilbud om opplæring i kommunens regi	85,6 (187)	29,4 (126)	62,9 (313)
Med i tjenesteledermøter (av alle)	66,5 (182)	34,8 (112)	54,4 (294)
Med i tjenesteledermøter (der slike møter holdes)	78,1 (155)	51,3 (76)	69,3 (231)
Med i kommunalt team (av alle)	31,2 (189)	14,6 (123)	24,7 (312)
Med i kommunalt team (der slike team finnes)	47,2 (125)	31,6 (57)	42,3 (182)
Kommunalt personell kommer til senteret	59,1 (186)	33,9 (124)	49,0 (310)

Gjennom disse praktiske ordningene (tabell 2.47) er det rimelig at de kommunale sentrene er nærmest knyttet til kommunens virksomhet. Men selv kommunale sentre er ofte noe på siden av kommunens øvrige virksomhet overfor eldre. Bare halvparten er med i team der slike team finnes, som tilrettelegger tiltak og behandler søknader f.eks. om bolig. Og ikke alle steder – om enn de fleste (86 prosent) – får personalet på eldre-sentre tilbud om opplæring på lik linje med annet personell. De private sentrene er i liten grad integrert i kommunens praktiske virksomhet.

Tabell 2.48. Indeks av ulike former for praktisk tilknytning til kommunen etter eierform 1994. Prosent (n).

	Kommunale	Private	I alt
0 (ingen)	5,9	40,9	19,7
1	17,8	25,5	20,8
2	23,1	16,4	20,4
3	34,9	10,0	25,1
4 (alle)	18,3	7,3	14,0
Sum	100,0	100,1	100,0
(n)	(169)	(110)	(279)
Gjennomsnitt	2,42	1,17	1,93

Hele 41 prosent av de private sentrene har ingen av de nevnte former for praktisk tilknytning til kommunen (tabell 2.48), mens 6 prosent av de kommunale er uten slik tilknytning. For de private sentrene er den formelle tilknytning til kommunen langt sterkere enn den praktiske (jfr. tabell 2.46)

Sentrenes tilbud til hjemmebundne

Når sentrene utfører tjenester for hjemmebundne eldre er de inne på samme arena som de kommunale hjemmetjenestene. Det hadde vært interessant å se i hvilken grad sentre som har tiltak for hjemmebundne er integrert i kommunens praktiske virksomhet. Koordinering med virksomheten til hjemmetjenestene ville vært rimelig. Vi har dessverre ikke opplysninger om tiltak for hjemmebundne og om praktisk integrasjon med kommunens virksomhet fra samme årstall og kan derfor ikke se om eldresentrene kan tenkes å inngå i en samordnet innsats fra kommunen. Men flertallet av sentrene har tilbud til hjemmebundne. I 1998 gjaldt dette for 76 prosent av sentrene, med små forskjeller mellom de kommunale (81 prosent) og de private (76 prosent) – se tabell 2.49.

Tabell 2.49. Indeks for tiltak for hjemmebundne etter type senter 1988. Prosent (n).

	Kommunale	Private	I alt
0 (ingen tiltak)	18,8	23,8	24,1
1	11,7	18,0	14,4
2	22,7	28,7	25,7
3	29,9	15,6	21,3
4	7,8	7,4	6,9
5 (alle tiltak)	9,1	6,6	7,5
Sum	100,0	100,1	99,9
(n)	(154)	(122)	(319)*
Gjennomsnitt	2,23	1,84	1,95

*N for «i alt» er større enn summen av kommunale og private fordi sentre som ikke har svart på eierforhold eller som har svart både kommunalt og privat er inkludert i de 319.

Det er særlig fotpleie og hårpleie de kommunale sentrene tilbyr oftere enn de private til hjemmebundne brukere (tabell 2.50). Dette er tiltakene som oftest tilbys i hjemmet. Det er også bortimot halvparten som leverer mat hjem til brukere. Også matlevering er vanligst i kommunale sentre, men denne forskjellen er mindre.

Tabell 2.50. Tiltak for hjemmebundne etter type senter 1998. Prosent (n).

	Kommunale	Private	I alt*
Matlevering	52,8 (142)	43,0 (114)	44,6 (298)
Fotpleie	70,3 (145)	46,3 (121)	56,7 (307)
Hårpleie	64,1 (145)	45,8 (118)	53,6 (304)
Sosialrådgivning	33,9 (124)	30,9 (110)	29,3 (273)
Besøktjeneste	26,3 (122)	29,4 (109)	26,5 (272)

*N for «i alt» er større enn summen av kommunale og private fordi sentre som ikke har svart på eier eller som har svart både kommunalt og privat er inkludert.

Samarbeid med andre instanser

I skjemaene for 1998 og 1999 har vi opplysninger om samarbeid med frivillighetssentral og med eldreråd. Samarbeid med *frivillighetssentral* avhenger av at det finnes en slik sentral i kommunen. Omtrent tre av fire eldresentre ligger i en kommune med frivillighetssentral (tabell 2.51). Der en slik sentral finnes var det 58 prosent av eldresentrene i 1998 og 77 prosent i 1999 som oppga at de har etablert et samarbeid med denne sentralen. Det ser altså ut til å ha vært en betydelig økning bare på ett år. Vi vet ikke hva samarbeidet består i eller hvor omfattende økning i praktisk samarbeid som ligger bak den prosentvise økingen. Det er ingen forskjell mellom kommunale og private sentre i hvor mange som sam-

arbeider med frivillighetssentral i 1998. For 1999 har vi mangelfulle opplysninger om type eldrecenter, og kan derfor ikke si noe om det er spesielle typer sentre som har økt sitt samarbeid.

Tabell 2.51. Andel av sentrene som samarbeider med frivillighetssentral og eldreråd 1998 og 1999. Prosent (n).

	1998	1999
Frivillighetssentral finnes i kommunen	71,1 (315)	74,6 (303)
Samarbeid med frivillighetssentral (der slike finnes)	57,5 (212)	77,2 (219)
Samarbeider/har kontakt med eldrerådet	78,9 (308)	-

Det er et betydelig flertall (79 prosent) som samarbeider eller har kontakt med *eldrerådet* i kommunen. Hva dette samarbeidet eller kontakten består i, og hvor omfattende det er, vet vi imidlertid ikke. Det er liten forskjell mellom private og kommunale sentre i kontakten med eldrerådet. I 1999 var det 34 prosent ubesvarte og derfor svært usikre tall.

Oppsummering

De aller fleste sentrene har en eller annen form for *formell tilknytning* til kommunen. I seks av ti sentre er kommunen direkte involvert i driften. De rent privat drevne sentrene har stort sett enten en samarbeidsavtale med kommunen, en kommunal representant i styret, eller de opplyser at de sorterer under en kommunal etat. I 1994 var bare 13 sentre (fire prosent) uten noen av disse formene for tilknytning til kommunen. De aller fleste sentrene er også underlagt kommunal styring i form av pålegg om å utarbeide handlingsplan, budsjett, regnskap eller årsmelding, og/eller de er inkludert i kommunale plandokumenter eller har en politisk vedtatt målsetting. Ni av ti sentre er underlagt minst ett av disse styringsredskapene. Dette gjelder også for 85 prosent av de private sentrene.

Den praktiske tilknytningen til kommunens virksomhet overfor eldre er imidlertid langt svakere. De kommunale sentrene er rimeligvis oftere inkludert i kommunens øvrige virksomhet. Det gjelder særlig tilbud om opplæring for personalet, lederens deltakelse i møter med andre tjenestledere og avtale om bruk av kommunalt personell som fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom eller helsesøster. Mens fire av ti private sentre er uten slik praktisk tilknytning, gjelder det bare for seks prosent av de kommunale sentrene.

Tre av fire eldrecenter utfører *tjenester for hjemmebundne eldre*. På den måten er de inne på samme arena som kommunens hjemmetjenester.

Vi vet ikke i hvilken grad sentrenes tjenester er koordinert med kommunens. Et flertall av både kommunale og private sentre har *samarbeid med frivillighetssentral* der det finnes en slik, og med kommunens *eldreråd*. Hva samarbeidet består i og hvor omfattende det er, kjenner vi ikke til.

Sammendrag

Vi har i dette kapitlet beskrevet eldresentrenes virksomhet på slutten av 1990-tallet og sett på utviklingen de senere årene. Data er hentet fra rapporter fra Norsk gerontologisk institutt fra 1968 til 1992 og fra Statistisk sentralbyrås registreringer i 1994, 1998 og 1999.

Utbredelsen av eldresentrene

Den første landsdekkende registreringen viste 49 eldresentre i 1968. Det har skjedd en betydelig utbygging fram til 345 sentre i 1994. Etter det synes utbyggingen å ha stagnert. Utbyggingstakten var størst i perioden fra 1980 til 1985. Det er imidlertid en viss usikkerhet ved om alle sentre har kommet med i registreringen hvert år. Dessuten vil noen av sentrene som er registrert antakelig ikke være eldresentre etter den definisjonen som legges til grunn her.

Fra 1985 var det eldresentre i samtlige fylker, men svært ujevnt fordelt. Antallet er størst i Oslo, Akershus og Rogaland, mens det er relativt få sentre fra Sogn og Fjordane og nordover. I forhold til befolkningsgrunnlaget er det imidlertid Aust-Agder, Finnmark og Rogaland som har flest eldresentre. Fra 1994 er det eldresenter i vel en tredjedel av landets kommuner. Utenom Oslo, der alle bydelene har eldresenter, er det i Akershus og Buskerud at flest kommuner har minst ett senter. Det er eldresenter i svært få av de minste kommunene, mens det finnes i nesten alle kommuner med over 20 000 innbyggere og i de fleste byer.

Sentrenes organisering

Fram til 1975 var nesten alle sentrene drevet av frivillige organisasjoner. Noen ble også drevet i samarbeid mellom frivillige og kommunen. Utviklingen har gått i retning av en stadig økende andel kommunale sentre. Fra 1990 er vel halvparten av sentrene drevet av kommunen.

Eldresentrene har vært drevet etter *to hovedmodeller*: frittstående og kombinerte sentre. Allerede i 1955 ble det anbefalt – særlig for landsbygda – å kombinere eldresentre med andre tiltak som aldersboliger eller aldersinstitusjoner. Den første tiden var eldresentrene hovedsakelig frittstående,

men fram til 1985 økte den kombinerte modellen til å omfatte over halvparten av sentrene. Deretter har denne modellen tapt terreng og utgjorde i 1998 vel 1/3, som oftest samorganisert med boliger for eldre. Kombinerte sentre er noe vanligere i landkommuner og de fleste er kommunalt drevet. Slike sentre er gjennomgående mindre enn frittstående sentre; de har færre brukere. De baserer seg mer på lønnet personell og har betydelig høyere driftsutgifter per bruker. Samtidig har de også lengre åpningstid per dag, og de er oftere åpne hver dag hele året. Kombinasjonen med andre tiltak gjør at de oftere yter service til hjelpetrequende og skrøpelige eldre som bor i den tilknyttede institusjonen eller aldersboligen. Enkelte av sentrene som er registrert som *kombinerte eldresentre* er nok snarere å regne som *dagsentre*, som er et pleie- og omsorgstilbud på dagtid for hjelpetrequende eldre, og som dermed ikke er tilgjengelig for alle eldre i distriktet slik et ordinært eldresenter er.

Snaut halvparten av sentrene har et eget styre, noe som har blitt stadig mindre vanlig og har sammenheng med at flere sentre drives av kommunene. Det er særlig private sentre som har oppnevnt et eget styre for senteret. I de fleste sentre med eget styre er brukerne representert i dette organet. Ellers har brukerne innflytelse gjennom brukerråd i fire av ti sentre – en fordobling fra 1987 til 1998. I ett av tre sentre har brukerne ingen formell innflytelse over driften, verken gjennom brukerråd eller styrerepresentasjon (1994). Slik mangel på innflytelse var vanligere i kommunale sentre (43 prosent) enn i private (21 prosent). Det ser ut til at formell brukerinnflytelse kan virke vitaliserende ved å rekruttere flere brukere, men dette gjør seg særlig gjeldende i frittstående sentre. Dette kan ha sammenheng med at det kan være mer rom for innflytelse i frittstående sentre, mens driften i kombinerte sentre er mer fastlagt og innrettet mot hjelpetrequende eldre som bor i senteranlegget.

Brukerne

Vi har beregnet antall brukere til 126 000 i 1999, hvilket er noe lavere enn tidlig på 1990-tallet. Samtidig er antall *registrerte* brukere høyere i 1999 enn i 1990. Dette kan ha sammenheng med at oversikten over sentre og brukere var mer fullstendig tidlig på 1990-tallet. Antallet er med andre ord usikkert, men beregningene tyder på at 1/5 av eldre over 67 år bruker eldresentre og at 1/3 av eldre i distrikter som sogner til et senter gjør bruk av det. I 1999 var det gjennomsnittlig 380 brukere per senter. Fire av ti sentre hadde under 100 brukere, mens ett av sju sentre hadde over 800 brukere. Frittstående private sentre har dobbelt så mange brukere per senter som kombinerte sentre.

Eldresentre er per definisjon «for eldre» og to av tre hadde i 1994 definert sin målgruppe som eldre over 66 år. Nesten alle sentrene har likevel brukere *under* 67 år. Samlet sett var fra fem til åtte prosent av brukerne under 67 år i 1994–1999. Blant målgrupper som nevnes er yngre uføre- og alderspensjonister og psykiatriske klienter.

Frivillige medarbeidere

De fleste eldresentrene har frivillige hjelpere, til sammen ca. 10 000 på landsbasis. De fleste frivillige er selv eldre og er samtidig brukere av senteret. Frivillig arbeid har vært betraktet som et viktig aktivitetstilbud i sentrene. Hovedtyngden arbeider mellom to og seks timer i uka ved senteret. Kvinner er i klar overvekt og kanskje noe mer blant frivillige enn blant brukere. Kommunale kombinerte sentre har relativt færre frivillige hjelpere enn andre typer sentre, samtidig som de har flere ansatte, fordi de gjerne er innrettet for hjelpetrequende som bor i anlegget.

Utadrettet virksomhet

Nesten fire av fem sentre driver utadrettet virksomhet i form av utsendelse av informasjon, oppsøkende virksomhet eller informasjonsmøter. Det er liten forskjell på frittstående og kombinerte sentre på dette punktet. De fleste sentrene er åpne det meste av året, de fleste ukedagene og mange timer hver dag. Tilgjengeligheten synes dermed å være god. Det er særlig kommunale kombinerte sentre som har åpent alle ukedager hele året. Det er imidlertid usikkert om hjemmeboende eldre i distriktet har full tilgang til alle tider.

Personell

De aller fleste eldresentrene har noe lønnet personell, i gjennomsnitt omtrent tre og et halvt årsverk. Ett av disse årsverkene går utenom senterets budsjett. Dette er i første rekke fotpleiere og hårpleiere som er selvstendig næringsdrivende, og som leier eller får bruke lokaler i senteret. Til sammen er det 1 100–1 200 årsverk i eldresentrene, eller rundt ett årsverk per 100 brukere. Mange yrkesgrupper er representert blant *lederne*, men flertallet har helse- eller sosialfaglig bakgrunn. Det har skjedd en endring fra 1981 til 1994 i retning av sterkere helse- og sosialfaglig profil i ledelsen.

Hva koster det å drive eldresentre?

På bakgrunn av noe usikre data har vi anslått de samlede driftsutgiftene per år til å ligge på ca. 450 millioner kroner per år (1998-kroner) på hele 1990-

tallet. Utgiftene per bruker varierer i 1998 fra 5 000 kroner i private frittstående sentre til 17 800 kroner i kommunale kombinerte. Det er svært stor variasjon fra senter til senter, noe som dels kan skyldes ulik utfylling av spørreskjemaene. Men selv når vi ser bort fra den sjettedel av sentrene som har lavest utgifter og den sjettedel som har høyest, varierer utgiftene fra ca. 1 200 til 12 000 kroner per bruker.

Omtrent 60 prosent av driftsutgiftene i private sentre dekkes av kommunale tilskudd. Resten er i hovedsak egenbetaling fra brukerne. Ulike beregninger gir litt ulikt inntrykk av om de kommunale tilskuddenes størrelse har endret seg på 1990-tallet. Men det kan se ut til å ha skjedd en vridning i retning av økte tilskudd til sentre som er spesielt innrettet mot hjelpetrequende eldre.

Sentrenes plass i den kommunale eldrepolitikken

De aller fleste sentrene har en eller annen form for formell tilknytning til kommunen. I seks av ti sentre er kommunen direkte involvert i driften. De rent privat drevne sentrene har stort sett enten en samarbeidsavtale med kommunen, en kommunal representant i styret eller sorterer under en kommunal etat. I 1994 var bare 13 sentre (fire prosent) uten noen av disse formene for tilknytning til kommunen. De aller fleste sentrene er også underlagt kommunal styring i form av pålegg om å utarbeide handlingsplan, budsjett, regnskap eller årsmelding, og/eller de er inkludert i kommunale plandokumenter eller har en politisk vedtatt målsetting. Ni av ti sentre er underlagt minst ett av disse styringsredskapene. Dette gjelder også for 85 prosent av de private sentrene.

Den praktiske tilknytningen til kommunens virksomhet overfor eldre er imidlertid langt svakere. De kommunale sentrene er rimeligvis oftere inkludert i kommunens øvrige virksomhet. Det gjelder særlig tilbud om opplæring for personalet, lederens deltakelse i møter med andre tjenesteleidere og avtale om bruk av kommunalt personell som fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom eller helsesøster ved senteret. Mens fire av ti private sentre er uten slik praktisk tilknytning, gjelder det bare for seks prosent av de kommunale sentrene.

Tre av fire eldresentre utfører tjenester for hjemmebundne eldre. På den måten er de inne på samme arena som kommunens hjemmetjenester, men vi mangler opplysninger om i hvilken grad sentrenes tjenester er koordinert med kommunens. Et flertall av både kommunale og private sentre har samarbeid med frivillighetssentral der det finnes en slik, og med kommunens eldreråd. Vi vet imidlertid mindre om hva dette samarbeidet består i.

3 Eldresenteret og spesielle målgrupper

Britt Slagsvold, Elisabet Sommerfeldt, Bjørg Moen & Anne Helset

Innledning

Eldresentrene er i hovedsak et tilbud for eldre slik betegnelsen viser, men som det gikk fram av kapittel 2, har de fleste sentrene en åpen profil, uten en absolutt aldersgrense. Aldersfordelingen blant brukerne viser imidlertid at nokså få – anslagsvis fem til sju prosent – er under 67 år. Eldresentrene er dermed i praksis et temmelig alderssegregert tilbud, slik også meningen med tiltaket har vært.

Virksomheten er dermed planlagt med tanke på eldre mennesker. Det har vært diskutert om tilbudet når godt nok ut i eldregruppen – f.eks. blant menn og blant de skrøpelige som er noe underrepresentert blant brukerne. Og hva med eldre innvandrere? Det har også vært diskutert om sentrene skulle ha en bredere målgruppe og f.eks. inkludere ulike grupper av funksjonshemmede, eventuelt være mer av et åpent hus for både yngre og eldre.

Vi kommer tilbake til denne diskusjonen mot slutten av rapporten, men skal i dette kapitlet holde oss til eldrebefolkningen, og se nærmere på tre grupper som kan ha behov for spesiell oppmerksomhet, nærmere bestemt eldre menn, hjelpetrengende eldre og eldre fra etniske minoriteter. Eldresentrene er åpne for alle eldre, men de tre gruppene kan hver på sin måte ha særlige behov det bør tas hensyn til. Vi har allerede sett i kapittel 2 at eldresentrene har en bred brukergruppe. Her skal vi gå nærmere inn på situasjonen for de tre nevnte gruppene.

Menns bruk av eldresentre

Innledning

Når en kommer inn på et eldresenter, er det slående at det er en kvinnearena. Dette er i og for seg som forventet, fordi kvinneandelen av befolkningen øker med alderen, men i tillegg kommer at relativt færre av mennene benytter eldresenteret enn deres andel av befolkningen skulle tilsi. Mens 59 prosent av eldrebefolkningen (67 år eller over) var kvinner omkring 1990, var kvinnenes andel av eldresenterbrukerne hele 73 prosent. Menn er underrepresentert i sentrene, mens kvinnene er overrepresentert. I dette avsnittet vil vi se nærmere på ulike sider ved menns bruk av

eldresentrene og forhold som kan ligge bak mennenes forholdsvis lave bruksrater.

Allerede i 1957 ble en ved Uranienborg og Homansbyen helse- og velferdssentral oppmerksom på kjønnsforskjellen i bruken av senteret. For å styrke menns posisjon og tilhørighet til senteret etablerte man derfor en egen gruppe for menn – Seniorklubben – som gjennom flere år viste seg å være et vellykket tilbud med god oppslutning. Om dette økte den mannlige brukerandelen av senteret totalt sett, vet vi ikke, men mange eldre menn fikk i og med dette sitt eget, særskilte tilbud.

Senere har enkelte sentre, med mer eller mindre vellykket resultat, forsøkt å sette i gang lignende tilbud for menn. I mange sentre har det imidlertid vært motstand mot å etablere et kjønnssegregert tilbud innenfor et allerede segregert tiltak som eldresentrene er. Selv om mange senterledere har bekymret seg over at menn i mindre grad enn kvinner slutter opp om sentrenes tilbud, har det vært liten diskusjon om hva årsakene er og hva man i så fall skal gjøre med det. Vi har inntrykk av at utviklingen mange steder har foregått på en forholdsvis «kjønnsblind» måte – uten å problematisere og diskutere betydningen av kjønn og kjønnsforskjeller i utformingen av sentrene. Resultatet er at en tilsynelatende ubevisst, men bastant, kvinnekultur har fått dominere.

Kort tilbakeblikk

Seniorklubben ble opprettet i det aller første driftsåret (1957) ved senteret i Homansbyen. Klubben kom i gang etter initiativ fra senterets leder og styreleder, men et av medlemmene ble formann i klubben. Den var det eneste tilbudet i senteret som ble ledet av en bruker. Frivillige, middelaldrende damer fra Nasjonalforeningen sto ansvarlig for de øvrige klubber og grupper. Mennene ville ikke gå med på denne ordningen; de forlangte å styre klubben sin selv. Senterets årsberetning for 1958 gir følgende beskrivelse av virksomheten i klubben:

Seniorklubben for menn viser jevn fremgang i følge oppgave fra formannen. Den har hatt seks fellesmøter med foredrag av bl.a. overlege Gaustad og dr. Lange-Andersen. Klubben arrangerte en sommertur til Folkemuseet på Bygdøy og en høsttur til Teknisk museum og Sjøfartsmuseet. Et vellykket julemøte som samlet 40 deltakere ble arrangert for klubben av damene ved sentralen. En ny undergruppe, mosjonspartiet, møtes en gang pr. uke i Turnhallen. Deltakerne må på forhånd fremstille seg til legeundersøkelse. Det er også dannet en bibelstudie-gruppe og en gruppe for tegning og maling.

Seniorklubben tok altså opp flere typer aktiviteter og var i følge årsmeldingene et vellykket tiltak som trakk til seg en forholdsvis fast kjerne av distriktets eldre herrer i en årrekke, men denne klubben var ganske enestående i sitt slag. Atskillige år gikk før andre sentre fulgte opp med liknende tiltak.

At menns behov og interesser stadig sto på dagsorden ser vi også av senere årsmeldinger, f.eks. fra 1968, som viser et bilde av fornøyde menn med forkle og kokkeluer. For første gang ble det arrangert matstellkurs for herrer med seks deltakere – denne gang med en kvinnelig husstellærer som leder.

Takket være at senteret hadde en skikkelig brukerregistrering og en god oversikt over den eldre befolkningen i distriktet, kan vi se hvor stor andel av mennene og kvinnene som brukte senteret. I disse årene var én av fem eldre menn og én av tre eldre kvinner i lokalmiljøet brukere av senteret (tabell 3.1).

Tabell 3.1. Brukerandel (prosent) av lokalbefolkningen 70 år og eldre for Uranienborg/Homansbyen helse- og velferdssentral 1967–1970.*

	1967	1968	1969	1970
Menn	22	20	22	20
Kvinner	32	32	34	33
I alt	29	28	30	29

Kilde: Årsmeldinger fra Uranienborg/Homansbyen helse- og velferdssentral for 1967–1970.

**Aldersgrensen for å bruke senteret var på denne tiden 70 år.*

Det foreligger også en del opplysninger om kjønnsfordelingen på landsbasis fra årene deretter via NGIs landsoversikter. Opplysninger om brukernes fordeling på kjønn kom først inn i statistikken fra og med 1987. Den gjennomsnittlige andelen kvinner i de 191 sentrene som da svarte var ca. 72 prosent (Nøhr 1988). Til sammenlikning var kvinnenes andel av hele eldrebefolkningen ca. 59 prosent. Kvinnene var således betydelig overrepresentert blant brukerne.

En senere undersøkelse fra 1990 viste samme tendens. Blant de 179 sentre som da ga opplysninger om kjønnsfordelingen blant brukerne, var det i gjennomsnitt 73 prosent kvinner og 27 prosent menn, men det var store forskjeller fra senter til senter. Kvinneandelen varierte fra mindre enn halvparten til praktisk talt hundre prosent (Sommerfeldt m.fl. 1992). Fordelingen var omtrent den samme i 1994, og da med ca. 69 prosent kvinner og 31 prosent menn.

Et teoretisk riss

Det kan være grunn til ganske kort å trekke inn noen teoretiske synspunkter på kjønn og kjønnsforskjeller i et forsøk på å forstå hvorfor menn og kvinner bruker sentrene i ulik grad.

Carol Gilligan (1982) analyserer menns og kvinners moralutvikling. Hun tar utgangspunkt i de historier menn og kvinner forteller om moral, om forholdet til andre og om seg selv. I dette finner hun en relasjonsorientering hos kvinner og en autonomiorientering hos menn. Kvinnene forteller om en verden av relasjoner og ansvar for hverandre i sosiale nettverk som også fungerer som sikkerhetsnett. Menn er mer opptatt av regler og hierarki i følge Gilligan. Drivkraften er å komme til topps. Andre blir konkurrenter eller midler til dette. Dette fører til en frykt for å komme de andre for nær, fordi denne nærheten kan representere en hindring på veien oppover. Hun mener videre at menn «skaper seg selv» gjennom det de presterer. Alt i alt mener hun å finne at kvinner er mer opptatt av sosiale relasjoner og gjensidighet mellom mennesker, mens menn er mer instrumentelt orientert og opptatt av autonomi, selvstendighet og uavhengighet.

Kirsten Thorsen (1998) tar i sin bok «Kjønn, livsløp og alderdom» utgangspunkt i livshistoriene til 44 hjemmeboende enslige menn og kvinner født mellom 1905 og 1915 som var bosatt i Oslo, og som på intervjudtidspunktet var i alderen 75–85 år. Hun finner at menn og kvinner forteller om sine liv på ulike måter. Mennenes livshistorier er «virksomhetsorienterte», kvinnenes er «relasjonsorienterte». Å være i virksomhet – i yrkeslivet – har vært mennenes mål og det som gir dem verdighet. Relasjoner er perifere – av og til nesten fraværende temaer i livshistoriene. Kvinnenes mer relasjonsorienterte historier beretter om familieband, sosiale møter, ekteskap, forholdet til mann og barn, svigerforeldre og barnebarn. Mens mennenes historier er individualiserte, er kvinnenes beretninger andreorienterte.

Kvinnenes relasjonsorientering og huslige kunnskaper er kanskje lettere overførbare til pensjonisttilværelsen enn mennenes virksomhetsorientering. Den sosiale veven kvinnene har bygget gjennom livet, blir en oppspart sosial kapital som hun kan bringe med seg inn i alderdommen (Thorsen 1990, Due 1991). Slik også med eldresentrene, der kvinnenes erfaringer og den kvinnelige livsformen trolig er mer forenlige med sentrenes virksomhet og sosiale klima enn hva mennenes mer instrumentelle holdninger og vaner er. Her kan ligge noe av forklaringen til at kvinnene finner seg bedre til rette i sentrene enn hva menn gjør. Tilbudene i sentrene er også i stor grad lagt opp for å passe især kvinners interesser.

Dette er kanskje noe som kan komme til å endre seg når nye generasjoner blir eldre. Dersom den amerikanske psykologen David Gutmann (1987) har rett i at de to kjønnene blir mer like hverandre i alderdommen, kan det dessuten være rom for en mer sosio-emosjonell holdning i eldre år også blant menn.

Et prosjekt

Sommeren 1994 fikk daværende Norsk gerontologisk institutt – senere en del av NOVA – forespørsel fra de tre eldresentrene i bydel 5 i Oslo om å bistå i et prosjekt som skulle rette søkelyset mot menns bruk av eldresentrene. Man ønsket å stimulere til økt bruk av senteret blant eldre menn. Prosjektet skulle også bidra til økt kunnskap om eldre menns situasjon og behov mer generelt.

Brukere

Prosjektet ble innledet med en fase for å bedre brukerregistreringen, som til da hadde vært høyst mangelfull. Man visste dermed nokså lite om brukerne. Det ble også innhentet data fra sju andre eldresentre i Oslo som allerede hadde gode registerdata om sine brukere. De sju sentrene er ikke et tilfeldig utvalg av Oslos sentre, men gir likevel et bilde av situasjonen. Det var betydelige variasjoner i kjønnsfordelingen i eldrebefolkningen i de sju distriktene, med en kvinneandel som varierte fra 57 til 72 prosent. Andelen kvinner blant brukerne varierte fra 67 til 86 prosent i de sju sentrene.

For å vurdere hvor godt tilbudet når fram til de to kjønn må vi se på bruksratene, dvs. hvor stor andel av de eldre i distriktet som er brukere. Også dette viser stor variasjon fra senter til senter, men gjennomgående slik at bruksratene er høyere blant kvinner enn blant menn. Bruksratene for eldre kvinner lå stort sett på 50-75 prosent; for menn var bruksratene 30-50 prosent. Det dreier seg altså om høye bruksrater – jevnt over betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet (jfr. kapittel 2) – og altså særlig høye for kvinner. Den store variasjonen mellom sentrene viser også at eldresentrene har et stort potensiale, med muligheter for å nå ut til en stor andel av pensjonistene som naturlig sogner til det. Når et par av dem hadde høye bruksrater også for menn, viser det at det ligger et potensiale også for å gjøre eldresentre til en mannlig arena.

Vi kan ikke trekke bastante konklusjoner av et materiale som bare omfatter sju sentre, for vi vet ikke hvor representative de er. Det vi vet er at disse sentrene er godt utbygde og vel innarbeidede bysentre med god tilgjengelighet og et forholdsvis stort antall eldre i sine distrikter. For denne typen sentre gjelder i det minste at det er betydelige variasjon når det gjelder

kjønnsfordelingen i brukergruppen, og at det er betydelig variasjon i bruksrater både blant kvinner og menn. Kvinnene er imidlertid oftest i flertall.

Frivillige

Virksomheten i eldresentrene er, som kjent, i stor grad basert på innsats fra frivillige medarbeidere. I mange sentre er det langt flere frivillige enn ansatte. Frivillige tar ofte hånd om oppgaver som gjør dem synlige i senteret. Det dreier seg om resepsjonstjeneste, servering og salg i kafeteriaen. Frivillige hjelpere har dessuten i stor utstrekning ansvar for organisering og ledelse av tilbud og aktiviteter, bl.a. turer, tilstelninger, grupper og kurs. Mange sentre har etablert en vert eller vertinneordning hvor frivillige hjelpere tar imot og hjelper nye brukere til rette. De frivillige preger dermed i vesentlig grad senterets miljø og bidrar til å gi senteret et ansikt for potensielle og nye brukere.

Langt de fleste frivillige er selv i alderen 67 år og over, og er selv brukere av senterets tjenester og tilbud. De frivillige har dermed en vesentlig funksjon som brobyggere og bindeledd mellom senteret og brukergruppen og bidrar til rekrutteringen av nye brukere. Med utgangspunkt i de frivilliges synlige roller kan en anta at kjønnsfordelingen i det frivillige korpset vil være med på å prege sentrenes virksomhet og miljø og være en rekrutteringsmulighet blant menn og kvinner.

Når det gjelder kjønnsfordelingen blant frivillige har vi tall for årene 1990, 1993, 1994 og 1995. Tabell 3.2 viser andelen kvinner og menn blant de frivillige, der 75 til 80 prosent er kvinner. Kvinnenes andel av de frivillige er altså enda større enn deres andel blant brukerne. En så stor overvekt av kvinner blant frivillige vil trolig bidra til å forsterke inntrykket av eldresenteret som en kvinnearena.

Tabell 3.2. Frivillige etter kjønn 1990–1994. Prosent (n).

	1990	1992	1993	1994
Menn	22,0	20,4	20,8	23,6
Kvinner	78,0	79,6	79,2	76,4
I alt	100 (183)	100 (209)	100 (247)	100 (187)

**(n) = antall sentre som besvarte spørsmålet om aldersfordelingen blant frivillige.*

Egne tilbud for menn

Har sentrene tilbud som er spesielt tilrettelagt for menn? Spørsmålet ble stilt til sentrene i 1995. Av de 243 som besvarte skjemaene var det 216 som svarte på nettopp dette spørsmålet, og 111 av dem (51 prosent) oppga

at de hadde slike tilbud. De øvrige hadde ingen særtilbud for mannlige brukere. Andelen menn blant brukerne var den samme i sentre med og uten særtilbud.

Dette materialet gir med andre ord ingen støtte for at egne tilbud for menn i seg selv fører til sterkere oppslutning fra mennenes side.

Senterlederne

Senterets leder og ansikt utad kan også gi signaler om hvem det først og fremst er beregnet for, og nær ni av ti ledere (88 prosent) var kvinner i 1994. Men stikk i strid med det en kunne anta var andelen mannlige brukere faktisk noe *lavere* i sentre ledet av menn enn i sentre ledet av kvinner. Det ser dermed ikke ut til at en mannlig leder i seg selv bidrar til å trekke flere menn til sentrene.

På den annen side kunne en anta at en mannlig leder var bedre i stand til å se menns behov for en egen arena i sentrenes nokså massive kvinnehvermiljø. En nærmere analyse av sentre med henholdsvis mannlige og kvinnelige ledere viste imidlertid at en noe større andel av sentrene med kvinnelig leder hadde opprettet egne tilbud for menn, ikke omvendt, slik en kunne være tilbøyelig til å tro. I den grad en skal spekulere i en forklaring på dette kan det tenkes at de kvinnelige lederne i noe større grad enn de mannlige er seg bevisst at de må forsøke å kompensere kvinnedominansen i miljøet med egne tilbud for menn.

Forsøksprosjekt i tre sentre

De tre sentrene i Oslos bydel 5 som tok fatt i utfordringen om å bedre mennenes deltakelse var Engelsborg, Grünerløkka og Mangelsgården eldresentre. De skulle dekke henholdsvis Sofienberg, Grünerløkka og Paulus distrikt – der andelen menn i eldrebefolkningen varierer fra 28 til 37 prosent. Distriktene har dermed en *lavere* andel menn enn i den eldre befolkningen på landsbasis (41 prosent).

Brugerregistreringen ble gjennomført høsten 1994, og viste en kvinneandel på ca. 75 prosent i alle tre sentrene – en fordeling som varierte sterkt etter hvilket tilbud det dreiet seg om.

På Grünerløkka var mennenes andel særlig høy for sosionomtjenesten (42 prosent) og dernest i kafeteriaen (29 prosent). Kvinnene var totalt dominerende på arbeidsstua, i hårpleie, fotpleie, svømming og trim.

På Mangelsgården eldresentre var mennene i flertall på bridgen (71 prosent), men ellers var det en jevnere aldersfordeling enn på Grünerløkka for de fleste tilbuds vedkommende. Men arbeidsstua var igjen bare for

kvinner. Forklaringen er nok ganske enkelt at det dreiet seg om typiske kvinnesysler.

Ved Engelsborg eldrecenter var frimerkeklubben bare for menn, de øvrige tilbud var dominert av kvinner, men mennenes andel var forholdsvis høy i bridge og i kafeteriaen. Ingen menn var frivillige på kjøkkenet eller med i kulturklubben. På det såkalte mannsmøtet var det med 23 menn. Av disse var 14 bare med på mannsmøtet, mens de ni andre også brukte andre tilbud.

Variasjonen mellom sentrene viser igjen at det er et betydelig potensiale av brukere også blant menn. Vi finner ellers at menn og kvinner gjorde bruk av omtrent samme antall tilbud, og at forholdsvis mange brukte bare ett av tilbudene, især blant mennene.

Halvparten av mennene var i alderen 70-79 år, mens 29 prosent var 80 år og eldre. Brukerprofilen blant kvinner var noe eldre – 44 prosent var over 80 år. Mellom seks (kvinner) og tretten prosent (menn) av brukerne var under 67 år.

Oppsummeringsvis kan vi slå fast at de fleste tilbudene var dominert av kvinnelige brukere, men tiltak som bridge, kafeteria og sosionomtjenesten hadde forholdsvis høy oppslutning blant menn. Bare ett av sentrene hadde et eget tilbud bare for menn – mannsmøtet. De fleste av dem som benyttet mannsmøtet brukte *bare* dette tilbudet, men noen benyttet også andre tilbud. Det kan se ut til at et eget tilbud for menn bidrar til å rekruttere enkelte menn til senteret som ikke hadde funnet veien dit på andre måter.

Hjelpeavhengiges bruk av eldrecenter

Undersøkelsen

Selv om det ikke er gjort studier for å avdekke spesielle gruppers bruk av eldrecenter, kan man hente noe informasjon om dette via studier med et annet formål. En av disse er undersøkelsen «Levekår og velferd blant hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere» (Slagsvold 1999). Studien konsentrerer seg om hjelpeavhengige eldre, og det ble stilt et enkelt spørsmål om bruk av eldrecenter som er besvart av vedkommendes primærpleier: «Benytter personen jevnlig noen av de følgende tjenestetilbud: eldrecenter?» Som svar ble bare registrert «ja» eller «nei», men studien inneholder mange andre data som vi kan vurdere bruk eller ikke bruk av eldrecenter med.

Totalutvalget omfatter i alt ca. 1 700 personer over 70 år, hvorav 611 bor i eget (vanlig) hjem og 377 personer bor i tilrettelagte boliger med

tilgang til heldøgns pleie ved behov – for enkelhetens skyld kalt omsorgsboliger heretter. De øvrige ca. 700 bor i aldersinstitusjoner og er ikke aktuelle i denne sammenhengen.

Data ble samlet inn i 15 kommuner eller bydeler som var valgt ut for å representere noe av bredden av norske kommuner – fem bydeler i storbyer, fire middels store byer og seks landkommuner. Bare én av dem (en liten landkommune) var uten eldresenter. Utvalget i omsorgsboligene ble trukket tilfeldig (hver tredje) blant beboerne som mottok hjelp fra hjemme-sykepleien. Utvalget i vanlige boliger var trukket blant dem som etter den lokale pleie- og omsorgstjenestens vurdering var blant de mest hjelpe-trengende i distriktet. De hjemmeboende er altså ikke et tilfeldig utvalg, men et utvalg blant de skrøpeligste utenfor institusjon. Vi kan derfor ikke bruke resultatene for å generalisere til norske eldre i stort. Det vi er spesielt opptatt av her er forskjellen mellom gruppene. Den primære kilden til informasjon var den enkeltes primærpleier, og det var forholdsvis mange som pleieren ikke fant grunnlag å svare for, noe vi tolker som uttrykk for at mange pleiere har forholdsvis beskjeden kunnskap om sine pasienters sosiale forhold.

Hvor mange bruker eldresenteret jevnlig?

I dette utvalget av hjelpetrengende finner vi at 11 prosent i *vanlige boliger* gjør jevnlig bruk av eldresenteret. Det tilsvarer omtrent 1/3 av brukerandelen blant alle eldre (over 67 år) som er bosatt i kommuner der man har tilgang til et eldresenter (jfr. kapittel 2). Hvor mange som hadde ønsket å bruke eldresenteret, eller hadde ønsket å bruke det oftere, vet vi ikke. Noen føler nok at kreftene ikke strekker til og foretrekker å holde seg hjemme eller å være sammen med familien. Andre kan finne det vanskelig å komme til senteret fordi forholdene ligger dårlig til rette. Under alle omstendigheter er det alt i alt et betydelig antall hjelpetrengende eldre som gjør bruk av eldresentre.

Blant utvalget i *omsorgsboligene* er brukerandelen langt høyere og høyere enn for eldre flest: 47 prosent er jevnlig brukere (tabell 3.3). Som vi skal se har dette sammenheng med at det ofte er et senter knyttet til boliganlegget.

Tabell 3.3. Benytter jevnlig eldresenter etter boform. Prosent (n).

	Omsorgsbolig	Hjemme
Ja	46,6	11,3
(n)	(348)	(480)

Å dømme etter en nylig gjennomført studie av Pettersen & Laake (2000) blant et tilfeldig utvalg eldre i to kommuner i Oslo-området, ser eldresenteret ut til å være særlig mye brukt av mellomgruppen – de som ikke er for skrøpelige og de som ikke er så spreke at de føler seg for unge til å gå dit. Man finner forøvrig en temmelig høy brukerandel – alt i alt 42 prosent av de eldre i distriktet, hvorav 1/3 er frekvente brukere (minst én gang i uka). Også her finner man at de hjelpetrequende sjeldnere bruker senteret, indikert ved at sannsynligheten for at en person med hjemmesykepleie bruker senteret er tre-fire ganger lavere enn for andre eldre. Det å ha hjemmehjelp slår ikke ut verken i den ene eller andre retningen.

Mange omsorgsboliger har et eldresenter i samme boligkompleks. Avstanden fra boligen til senteret er dermed kort og selv de skrøpelige kan ofte komme seg ned til senteret med egen hjelp. Utvalget av beboere i den aktuelle undersøkelsen er hentet fra i alt 49 omsorgsboliger og nær halvparten av disse er tilknyttet et eldresenter. Tabell 3.4 viser at det rimeligvis er en klar sammenheng mellom tilgjengeligheten av eldresenteret og bruksratene, som er langt høyere for beboere i anlegg som har et samlokalisert senter (69 prosent) enn der man ikke har det (20 prosent).

Tabell 3.4. Jevnlig bruk av eldresenter for beboere i omsorgsboliger med og uten tilknyttet eldresenter. Prosent (n).

	Eldresenter tilknyttet	Ikke tilknyttet	Total
Bruksrate	69	20	50
(n)	(187)	(139)	(326)

Denne typen kombinerte (boliger og) sentre kan imidlertid bli mindre tilgjengelige for dem som ikke bor i anlegget. Beboerne er ikke bare fysisk nære. De kan også føle senteret som sitt og som en utvidet del av boligen. I så fall bør det legges vekt på utadrettet og inviterende virksomhet også overfor eldre som bor i vanlige boliger i nærmiljøet utenfor anlegget.

Hvilken betydning har funksjonssvikt?

En annen terskel for bruk av eldresenteret er sviktende funksjonsevne. I utgangspunktet er alle i dette utvalget hjelpetrequende (alle får hjelp fra hjemmesykepleien), men graden av funksjonssvikt varierer fra dem som (likevel) klarer alle dagliglivets funksjoner til dem som er helt avhengige av hjelp.

Det er, som ventet, flere blant de «nokså selvhjulpne» enn blant dem med større funksjonssvikt som bruker eldresenteret jevnlig – både i

omsorgsboliger og blant dem som bor i vanlige hjem. Men forskjellen mellom de to boformene er likevel klar. Fysisk funksjonssvikt er et langt mindre hinder for deltakelse i omsorgsboligene. Selv blant beboere med stor funksjonssvikt er det forholdsvis mange som bruker senteret, nærmere bestemt 34 prosent. Blant beboerne i vanlige boliger synes bruken av eldresentre så å si å opphøre når funksjonsevnen er såpass sterkt redusert (tabell 3.5). Den lave deltakelsen blant skrøpelige i eget hjem skyldes i det minste for en del at forholdene ikke er lagt til rette for det.

Tabell 3.5. Bruker jevnlig eldresentre etter boligtype og funksjonsevne. Prosent (n).

	Nokså selvhjulpen	Middels funksjonssvikt	Stor funksjonssvikt	Total
<i>Omsorgsbolig</i>				
Bruksrate	48,4	54,1	33,8	46,6
(av n)	(217)	(61)	(65)	(343)
<i>Vanlig bolig</i>				
Bruksrate	15,9	12,4	3,2	11,1
(n)	(232)	(89)	(155)	(476)

Det er rimelig å anta at redusert funksjonsevne er en mindre hindring for å bruke eldresentre dersom man har et senter i tilknytning til omsorgsboligen. Dette bekreftes av dataene, men funksjonssvikt fører også til lavere bruk der eldresenteret er lett tilgjengelig, dvs. der det er lokalisert i samme anlegg (tabell 3.6). Noen har ikke krefter eller lyst til å oppsøke eldresenteret, men vi merker oss at selv blant dem med stor funksjonssvikt er det nær halvparten som bruker senteret dersom det hører til anlegget.

Tabell 3.6. Bruker jevnlig eldresentre etter funksjonsevne i omsorgsboliger med eller uten tilknyttet eldresentre. Prosent (n).

	Nokså selvhjulpen	Middels funksjonssvikt	Stor funksjonssvikt	Total
<i>Tilknyttet senter</i>				
Bruksrate	73,5	71,1	47,1	68,1
(n)	(113)	(38)	(34)	(185)
<i>Ikke tilknyttet</i>				
Bruksrate	21,1	27,8	13,8	20,4
(n)	(90)	(18)	(29)	(137)

Mange forhold har betydning for om skrøpelige eldre gjør bruk av eldrecentre. Vi har sett at tilgjengelighet slår ut og at funksjonsevne gjør det. Hva med kjønn og om man er aleneboende eller ikke? For å si noe om den reelle betydningen av tilgjengelighet må vi justere for slike andre faktorer som kan ha sammenheng med bruk av eldrecentre. Dette har vi gjort i en logistisk regresjon der resultatene er gjengitt i tabell 3.7 som såkalt «odds ratio». Den viser hvor mye – eller mindre – vanlig det er å bruke eldrecenteret når vi kontrollerer for andre forhold. Hvor mye større er f.eks. sannsynligheten for å gjøre bruk av eldrecenter for beboere i omsorgsboliger med tilknyttet eldrecenter enn for beboere uten eldrecenter i anlegget – når vi har kontrollert for forskjeller i helse, kjønn og funksjonsevne? Alle utvalgsundersøkelser har feilkilder og en sikkerhetsmargin – et konfidensintervall (som er satt i parantes). Den sanne verdien i hele populasjonen som utvalget er trukket fra vil ligge et sted innenfor denne variasjonsbredden.

Tabell 3.7. Jevnlig bruk av eldrecenter i forhold til boform – justert for fysisk funksjonsevne, om man bor alene og kjønn. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon (n=796).

	Justert odds ratio (95% KI) ¹
<i>Boform</i> ²	
0= Eget hjem	
1= Tilrettelagt bolig tilknyttet eldrecenter	15,7 (10,1–24,3)***
2= Tilrettelagt bolig IKKE tilknyttet eldrecenter	1,7 (1,0 –2,8)*
<i>Fysisk funksjonsevne</i> ³	
0= Stor funksjonssvikt	
1= Nokså selvhjulpen	3,3 (1,9– 5,6)***
2= Middels funksjonssvikt	2,9 (1,6–5,6)**
<i>Bor alene</i> ⁴	
0= Bor sammen med andre	
1= Bor alene	0,7 (0,4 –1,2)
<i>Kjønn</i> ⁵	
0= Kvinne	
1= Mann	1,3 (0,8–2,0)

*p<.05, *p<.001, *** p<.000

¹Referanseverdi=0.

²Justert for fysisk funksjonsevne, bor alene og kjønn.

³Justert for boform, bor alene og kjønn.

⁴Justert for boform, fysisk funksjonsevne og kjønn.

⁵Justert for boform, fysisk funksjonsevne og bor alene.

Man ser av tabell 3.7 at det er store forskjeller i bruk av eldrester mellom dem som bor i vanlig hjem og dem som bor i omsorgsboliger også når vi justerer for andre relevante forskjeller. «Alt annet likt» er sannsynligheten for å bruke eldresteret jevnlig langt høyere for dem som bor i tilrettelagte boliger tilknyttet et senter (ca. 15 ganger høyere) enn for dem som bor i eget hjem (vanlig bolig).

Også funksjonsevnen har betydning for bruk av eldrester, men i noe mindre grad, mens kjønn og det å bo alene ikke har noen sammenheng med senterbruk når vi justerer for tilgjengelighet og funksjonsevne. Man har imidlertid i andre undersøkelser der både friske og skrøpelige inngår, funnet at kvinner er mer tilbøyelige til å bruke eldresteret enn hva menn er – jfr. kapittel 2.

Variasjon mellom kommuner

Det er betydelig variasjon i bruken av eldrester fra kommune til kommune. Blant dem som bor i omsorgsboliger varierer bruksratene fra ca. 10 til 80 prosent. Blant dem som bor i omsorgsboliger som har tilknyttet eldrester, varierer bruksratene fra 29 til 91 prosent. Variasjonen blant dem som bor i vanlige boliger er mindre – fra 0 til 28 prosent i kommunen med lavest og høyest bruk.

Utvalget av kommuner kan skilles i tre typer: storby, middelstore byer og landkommuner. Det er i storbyene at bruken av eldresteret er lavest og i mellomstore byer at bruken er høyest (tabell 3.8). Man skulle dermed tro det ligger et potensiale for høyere bruk i storbyer.

Tabell 3.8. Bruksrater (jevnlig bruk) av eldrester etter kommunetype. Prosent (n).

	Storby	Mellomstor by	Landkommune
Bruksrate	16,3	36,7	24,7
(av n)	(319)	(319)	(190)

Men det er også andre forskjeller mellom kommunene, f.eks. har de mellomstore byene flest omsorgsboliger som er knyttet til eldrester, og færrest slike er det i landkommuner, noe som bidrar til å forklare forskjellene i tabell 3.8. Men når vi justerer for funksjonsevne og boligens tilknytning til et eldrester, finner vi fremdeles at det er vanligere å bruke eldrester i mellomstore byer enn det er i storbyer. Det er i storbyene den jevnlig bruk av eldrester er lavest, selv om tilgjengeligheten betyr mest også her, dvs. om boligen ligger i tilknytning til et eldrester eller ikke (tabell 3.9).

Tabell 3.9. Jevnlig bruk av eldrecenter i forhold til kommunetype – justert for fysisk funksjonsevne og boligens tilgjengelighet til eldrecenter. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon (n=798).

	Justert odds ratio (95% KI) ¹
<i>Kommunetype</i> ²	
0= Storby	
1= Mellomstor by	2,0 (1,3–3,2)**
2= Landkommune	2,2 (1,3 –3,8)**
<i>Boform</i> ³	
0= Eget (vanlig) hjem	
1= Omsorgsbolig <i>ikke</i> tilknyttet eldrecenter	1,8 (1,1–3,0)*
2= Omsorgsbolig tilknyttet eldrecenter	16,1 (10,3–25,3) ***
<i>Funksjonsevne</i> ⁴	
0=Stor funksjonssvikt	
1= Nokså selvhjulpen	3,3 (1,9–5,7)***
2= Middels funksjonssvikt	3,2 (1,7–6,1)***

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < .000$

¹Referanseverdi=0.

²Justert for boform og funksjonsevne.

³Justert for kommunetype og funksjonsevne.

⁴Justert for kommunetype og boform.

Sammenheng mellom bruk av eldrecenter og sosial isolasjon?

En viktig forebyggende hensikt med eldrecenterne er å gi anledning til sosialt samvær og sosial kontakt for personer som ellers kan bli sosialt isolert og ensomme. Andre studier viser at ugifte i større grad bruker sentrene enn gifte (Pettersen & Laake 2000). Slik er det også i den undersøkelsen. Dobbelte så mange av de ikke-gifte (29 prosent) som av de gifte (15 prosent) bruker senteret jevnlig, og 31 prosent av de aleneboende mot 13 prosent av dem som bor sammen med andre er brukere.

Det er også store forskjeller i sosial isolasjon og ensomhet mellom dem som bruker og ikke bruker eldrecenteret jevnlig. Mens 30 prosent av brukerne karakteriseres (av primærpleieren) som «sosialt isolert i stor eller noen grad», gjelder det hele 60 prosent av dem som *ikke* bruker senteret. Forskjellen er også klar når det gjelder primærpleiers vurdering av hvorvidt brukerne er «ensomme»: 13 prosent av brukerne vurderes å være «ofte ensomme» mot 23 prosent av ikke-brukere (tabell 3.10).

Tabell 3.10. Sosial isolasjon og ensomhet blant brukere og ikke brukere av eldresenter. Prosent (n).

	Bruker (n=216)	Ikke-bruker (n=610)	Alle (n=816)
<i>Sosialt isolert***</i>			
I stor grad	5,6	18,2	14,9
I noen grad	24,4	41,5	37,0
I liten grad	43,2	28,9	32,7
Ikke isolert	26,8	11,4	15,5
<i>Ensom**</i>			
Ofte	12,6	22,6	19,9
Av og til	39,3	39,8	39,7
Sjelden	30,6	25,2	26,7
Aldri	17,5	12,4	13,8

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < .000$

Det er vanskelig å vurdere årsaksretningen. På den ene siden bidrar trolig eldresenterne til å redusere sosial isolasjon først og fremst – i noe mindre grad ensomhet. På den andre siden kan de som i utgangspunktet er mest isolert være tilbakeholdne med å oppsøke senteret. De sosialt utadventt er trolig mer tilbøyelige til å bruke denne type tiltak (Hansson 1994). Ikke desto mindre viser registreringene at sosial isolasjon og ensomhet er svært utbredt blant skrøpelige hjemmeboende eldre, og for disse kan eldresenterne være en særlig viktig arena og kilde for sosial tilhørighet.

Bidrar eldresenteret til deltakelse og aktivitet?

Eldresenteret har også som mål å avhjelpe passivitet og sosiale problemer. Hvor utbredt er slike problemer blant skrøpelige hjemmeboende eldre, og er denne typen problemer mindre utbredt blant brukerne av eldresenteret?

Primærpleier ble stilt spørsmål om aktivitet og sosial kontakt, der problemer på disse livsområdene er belyst: «Vil du si at personen har noen av følgende problemer i dag, og hvor stort er problemet slik du vurderer det?» Man krysset av på en liste der «sosiale problemer» og «passivitet» var blant problemområdene. Dessuten ble primærpleierne spurt om personen fikk tilstrekkelige med sosiale og aktiviserende tiltak.

Det viser seg at for svært mange av de skrøpelige hjemmeboende blir passivitet vurdert som et problem – i alt 64 prosent. Sosiale problemer blir angitt for 48 prosent. Disse problemene er klart mer utbredt blant dem som *ikke* bruker eldresenter enn blant dem som bruker det. For eksempel har 10

prosent av brukerne et stort passivitetsproblem mot 25 prosent av dem som *ikke* bruker eldresenteret.

Også behovet for sosiale og aktiviserende tiltak er utbredt. Mindre enn halvparten av utvalget får et tilstrekkelig tilbud på disse områdene, men igjen er det langt flere med udekket behov blant dem som *ikke* bruker eldresenteret. Blant ikke-brukere er det rundt 25 prosent som får «altfor lite» av begge typer tiltak, mot i underkant av 10 prosent for dem som bruker eldresenteret jevnlig (tabell 3.11).

Behovet for aktiviserende og sosiale tiltak er med andre ord svært utbredt blant skrøpelige hjemmeboende eldre, og det er tydelig at eldresenteret spiller en positiv rolle for brukerne, selv om vi også på dette området må anta at årsaken også kan gå den andre veien – de med store problemer kan være mindre tilbøyelige til å bruke senteret.

Tabell 3.11. Problemer og behov for tiltak og sosial aktivisering for brukere og ikke-brukere av eldresentre. Prosent (n).

	Brukere	Ikke brukere	Alle
<i>Passivitet som et problem***</i>			
Stort problem	10,2	24,5	20,7
Noe problem	44,9	43,1	43,6
Lite/ikke noe problem	44,9	32,4	35,7
I alt	100,0	100,0	100,0
(n)	(216)	(596)	(812)
<i>Sosiale problemer**</i>			
Stort problem	5,6	11,4	9,8
Noe problem	31,8	40,4	38,1
Lite/ikke noe problem	62,6	48,2	52,0
I alt	100,0	100,0	100,0
(n)	(214)	(599)	(813)
<i>Tilstrekkelig aktivitetstiltak***</i>			
Altfor lite	8,6	26,9	22,1
Noe for lite	49,8	50,4	50,3
Tilstrekkelig	41,6	22,7	27,6
I alt	100,0	100,0	100,0
(n)	(209)	(591)	(800)
<i>Tilstrekkelig sosiale tiltak***</i>			
Altfor lite	8,2	23,1	19,2
Noe for lite	43,8	51,3	49,4
Tilstrekkelig	48,1	25,6	31,4
I alt	100,0	100,0	100,0
(n)	(208)	(598)	(806)

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < .000$

Når de som bruker senteret har *mindre* problemer enn de som ikke bruker det, kan det imidlertid ha andre grunner enn senterbruk – særlig kan funksjonsevne ha betydning. Skrøpeligheit kan i seg selv bidra både til passivitet og til sosiale problemer. Skal vi si noe om sammenhenger mellom sosiale problemer og senterbruk, bør vi derfor justere for forskjeller i funksjonsevne (tabell 3.12). Sivilstand og kjønn har begge sammenheng med om man bruker eldrecentre, men analyser viser at disse variabler *ikke* i seg selv er korrelert med målene på passivitet og sosial kontakt. Vi utelater derfor sivilstand og kjønn i analysene.

Tabell 3.12. Aktivitetsproblemer og for lite tiltak etter bruk eller ikke-bruk av eldrecentre – justert for fysisk funksjonsevne. Justert odds ratio (KI=konfidensintervall). Logistisk regresjon.

	Justert odds ratio (95% CI) ¹
Stort problem med passivitet	
<i>Bruker eldrecentre</i>	
0= Ja	
1= Nei	2,6 (1,6–4,3)***
Stort sosialt problem	
<i>Bruker eldrecentre</i>	
0= Ja	
1= Nei	2,1 (1,1–2,0)*
For lite aktivitetstiltak	
<i>Bruker eldrecentre</i>	
0= Ja	
1= Nei	2,4 (1,7–3,4)*
For lite sosiale tiltak	
<i>Bruker eldrecentre</i>	
0= Ja	
1= Nei	2,5 (2,0–3,9)***

* $p < .05$, ** $p < .001$, *** $p < .000$

¹Referanseverdi=0.

Når vi på denne måten justerer for forskjeller i funksjonsevne, finner vi at bruken av eldrecentre har betydning. Sjansen for å ha sosiale problemer og problemer med passivitet er større for dem som ikke bruker senteret jevnlig enn for dem som gjør det. Eller sagt med andre ord: gitt samme funksjonsevne er sjansen for å ha problemer mindre blant dem som bruker eldrecentre. Det samme gjelder tiltak: sannsynligheten for å få utilstrekkelige tiltak er større for dem som ikke bruker eldrecentre. Å dømme etter

primærpleierens vurdering kan dermed bruk av eldresenter være et viktig tiltak for å avhjelpe slike problemer.

Oppsummert finner vi at mange skrøpelige eldre i eget hjem har sosiale problemer og er passive. Flertallet har behov for sosiale tiltak eller aktivitetstiltak, men færre blant dem som bruker eldresentre enn blant dem som ikke gjør det. Bruk av eldresenter synes dermed til en viss grad å avhjelpe sosiale problemer og aktivitetsproblemer blant skrøpelige eldre, men det er for mye å vente at et såvidt enkelt tiltak kan eliminere disse problemene.

Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt man får tilstrekkelige tiltak, finner vi at senterbruk også har en betydning: Færre av dem som bruker sentrene jevnlig vurderes å ha behov for ytterligere sosiale tiltak. Styrken på sammenhengen er moderat, men igjen blir eldresenteret altså vurdert som et gunstig tilbud.

Oppsummering

For de aller fleste vil en større eller mindre del av alderdommen leves med redusert funksjonsevne og skrøpelighet. Det medfører mindre aktivitet og sosial kontakt, dels fordi kreftene blir mindre, men også fordi sammenhengene man kan delta i blir færre.

Eldresentrene kan være et godt tilbud for mange hjelpetrequende eldre. I et utvalg av vel 800 eldre som er så skrøpelige at de mottar jevnlig hjemmesykepleie, finner vi at ca. 1/4 bruker eldresenter jevnlig. Eldresentre er således et tilbud som benyttes av en betydelig andel av hjelpetrequende. Andelen jevnlig brukere er imidlertid fire ganger større blant dem som har sitt hjem i en omsorgsbolig (47 prosent) enn blant dem som bor i vanlige hjem (11 prosent), og særlig høy er andelen brukere blant dem som bor i omsorgsboliger tilknyttet et eldresenter; her er hele 69 prosent jevnlig brukere.

Det er imidlertid store forskjeller i grad av skrøpelighet i utvalget, og det har betydning for senterbruk. Jo større funksjonssvikt, desto færre bruker senteret. Tilgjengelighet har også stor betydning. Blant de hjemmeboende med størst funksjonssvikt er det nesten ingen som bruker eldresenteret lenger. Blant dem som er like skrøpelige men bor i omsorgsbolig tilknyttet et eldresenter, bruker nesten halvparten eldresenteret jevnlig. Å legge eldresentre i tilknytning til omsorgsboliger synes med andre ord å bidra sterkt til at skrøpelige eldre kan benytte seg av de tiltak eldresenteret kan gi. Hvorvidt en slik beliggenhet samtidig bidrar til at senteret blir mindre attraktivt for de friskere eldre i lokalmiljøet, kan vi ikke si noe om

ut fra denne studien. Det er imidlertid sannsynlig at det kan bli slik hvis ikke ledelsen ved senteret aktivt søker å motvirke en slik virkning.

Blant hjelpetrequende eldre er sosial isolasjon og ensomhet utbredt. Slike problemer er imidlertid mer utbredt blant dem som ikke bruker eldresentre enn dem som gjør det. Blant ikke-brukere er 18 prosent «i stor grad» sosialt isolert og 23 prosent er «ofte» ensomme, mot henholdsvis 6 og 13 prosent blant dem som bruker eldresentre jevnlig. De samme tendenser finner vi når det gjelder sosiale problemer og passivitet. Blant dem som ikke bruker eldresentre, har 25 prosent passivitet som et stort problem og 11 prosent har store sosiale problemer etter primærpleierens vurderinger, mot henholdsvis 10 og 5 prosent blant dem som bruker eldresenteret jevnlig. Selv om eldresentrene neppe kan ta æren for hele forskjellen mellom brukere og ikke-brukere, er det rimelig å anta at sentrene bidrar til større aktivitet og mer sosial kontakt. Det bekreftes også av at pleierne mener at langt flere ikke-brukere får for lite tilbud om aktivisering og kontakt. Blant dem som ikke bruker eldresentre får tre av fire for lite av disse typer tiltak.

Det finnes få tilbud av sosial og aktiviserende art til skrøpelige hjemmeboende eldre utover eldresentrene. Denne studien tyder på at eldresentertilbudet når mange, og at det gir positive virkninger for dem som bruker det. Trolig er det også et betydelig potensiale for å styrke og bedre tilbudet til hjelpetrequende eldre.

Eldresenteret og innvandrerne

En ny utfordring

Allerede i 1991 ble det utarbeidet en skisse for et utviklingsprosjekt der den langsiktige målsettingen er formulert til «... å gjøre norsk eldreomsorg tilgjengelig for eldre innvandrere». Prosjektet kom i stand etter en henvendelse fra Sosial- og helsedepartementet. Norsk gerontologisk institutt kom sammen med departementet fram til at man skulle vurdere mulighetene for å få i gang et prosjekt for eldre med innvandrerbakgrunn på et eldresentre i Oslo. Siden 1991 er det satt i gang flere prosjekter der målgruppen har vært eldre fra ulike etniske grupper, og målsettingen har vært å bidra til en bedre eldreomsorg for etniske minoriteter. Prosjektene var en del av NGIs utviklingsarbeid ved eldresentrene, som senere ble til det eldresentersprogrammet som avrundes i og med denne rapporten.

Et par ord om språkbruk og betegnelser. Vi kommer her i hovedsak til å skille mellom nordmenn og norske på den ene siden og innvandrere,

personer med innvandrerbakgrunn eller personer fra etniske minoriteter på den andre. Betegnelsen er ikke alltid bokstavelig korrekt, for norske statsborgere med innvandrerbakgrunn er naturligvis like norske statsborgere som etniske nordmenn. Ordbruken endrer seg dessuten over tid og kan bli preget av verdier og valører. I denne rapportens sammenheng dreier det seg rett og slett om eldresenteret som en flerkulturell sosial institusjon, og hvilke erfaringer vi foreløpig har med å legge til rette et tilbud for personer med en annen kulturell bakgrunn enn den norske. Denne utfordringen blir jo stadig mer aktuell i årene som kommer, når stadig flere med innvandrerbakgrunn når skjells år og alder.

Kunnskaper og erfaringer fra prosjektene som er gjennomført og tiltakene som er satt i gang er samlet i rapporter og artikler i ulike tidskrifter som går fram av referanselisten bakerst. Dette er bidrag til et tema som er lite belyst i Norge. Vi skal se nærmere på noen av resultatene som er omtalt i disse publikasjonene, men viser til de nevnte artikler for dem som ønsker å gå mer i detalj og dybde enn det er rom for her.

Forsøksvirksomhet i Moss og Holmestrand

I en oppsummeringsrapport fra utviklingsarbeidet «Eldresentre på nye veier» understreker Reidun Ingebretsen & Odd H. Guntvedt (1993) eldresentrenes rolle i det forebyggende helse- og sosialarbeidet i kommunene. De mener det er nærliggende å se nærmere på hvilken rolle eldresentrene kan ha også i forhold til eldre med minoritetsetnisk bakgrunn. Dette ble derfor et av satsningsområdene i programnotatet for utviklingsarbeidet for eldresentrene. Det ble lagt vekt på å undersøke hvordan tiltak for ulike etniske grupper kunne tilrettelegges og hvordan disse fungerte i samspill med andre tiltak og brukergrupper i sentret.

I 1990 ble det satt i gang et prosjekt på Melløs eldresenter i Moss for eldre vietnamesere og et på Legatgården eldresenter i Holmestrand for eldre indere. Ingen av eldresentrene hadde prosjektledere som kun var knyttet til gruppene med minoritetsetniske eldre, men baserte seg på (norske) ansatte i senteret og på frivillige som kunne mobilisere gruppen.

Fra forsøket i Moss rapporteres det at dersom tiltaket skulle føre til at vietnamesere ønsket å benytte de ordinære tilbud og tjenester som eldresenteret har, var det nødvendig med en kontaktperson som kjente de vietnamesiske eldre og snakket deres språk. Eldresenteret har eksempler på at vietnamesere som kom til senteret uten forhåndsavtale følte at de ikke fikk kontakt og gikk raskt ut igjen. Tiltaket ble organisert som et segregert tiltak, men åpent for norske eldre som ønsket å delta i gruppa med

vietnamesere. Motstanden fra de norske brukerne var derfor ikke så markant som den en opplevde i eldresenteret i Holmestrand, der tiltaket ble lagt til dagtid én dag i uka. Fra eldresenteret i Holmestrand konkluderes det med at motstanden fra norske brukere må tas med i betraktning når tiltak skal tilrettelegges. Betydningen av kjennskap til norsk språk og levesett ble nevnt som betingelser for kontakt i senteret av de norske brukerne. De uttalte også at dersom innvandrere skulle benytte senteret, måtte de følge senterets retningslinjer; de norske brukerne ønsket ikke å rette seg etter innvandrernes ønsker. Både vietnamesiske og indiske eldre var imidlertid svært positive til å benytte eldresentrene (Ingebretsen & Guntvedt 1993). Det foreligger egne rapporter fra prosjektene i Holmestrand og Moss (Gjerdrum 1990, Sollid 1993).

Prosjekt i Gamle Oslo

En undersøkelse blant eldre innvandrere i Gamle Oslo ble gjennomført 1992-93. Målsettingen for undersøkelsen var å få kunnskap om de eldre fra bydelens etniske minoritetsgrupper. 27 personer fra de største innvandrergruppene ble intervjuet. Aldersgrensen ble satt til 55 år og eldre.

Resultatene viste at mange er avhengig av offentlig støtte før de når pensjonsalderen. Enkelte bodde alene, men mange bodde i storfamilie. De benyttet vanlige legetjenester og sykehus ved behov, men gjorde ikke bruk av omsorgstjenester eller andre tilbud som var tilrettelagt for eldre. Man så profilen av et klart *underforbruk* av tjenester i forhold til behovene. Mange savnet et møtested – spesielt kvinner hadde få steder å møtes utenfor hjemmet (Moen 1993a, 1993b, 1994).

Som en videreføring av denne undersøkelsen fulgte et treårig prosjekt, der målsettingen har vært å etablere et flerkulturelt eldresenter i Gamle Oslo. Resultater fra prosjektet er beskrevet i en rapport (Thoner 1997) og i artikler i samarbeid med andre deltakere i prosjektet (Dawes & Thoner 1996; Dawes, Ribu & Thoner 1996; Morales & Thoner 1998).

Flerkulturelt senter

I prosjektrapporten beskriver Gudrun Thoner (1997) hvordan ulike tilnæringsmåter ble prøvd for å oppnå kontakt med eldre innvandrere. I hovedsak dreide dette seg om kontakt med innvandrerorganisasjoner og trossamfunn. I samarbeid med disse ble det så arrangert seminarer og informasjonsmøter om helse- og sosialarbeidet i bydelen. Det ble opprettet kontakt med hjemmetjenestene, eldresentrene og besøkstjenesten for eldre innvandrerkvinner. Det ble satt i gang språkkurs og gitt rådgivning til

enkeltindivider. Et nettverk med potensielle brukere og omsorgstjenester ble utviklet, og tiltak ble utarbeidet med tanke på etablering av et flerkulturelt senter. Målsettingen ble nådd i og med at Grønland flerkulturelle senter ble åpnet i 1998.

Morales & Thoner (1998) tar opp eldresenterets virksomhet som ledd i forebyggende sosialt arbeid. En viktig oppgave for senteret vil være å bidra til å bygge sosiale nettverk. Daglig leder bør fungere som et mellomledd mellom helse- og sosialtjenesten og eldre innvandrere som har behov for hjelp. Senteret kan på denne måten bidra til å forebygge funksjonssvikt og å oppfange hjelpebehov på et tidlig stadium.

I artikkelen «Aldring og etnisitet» beskriver Dawes & Thoner (1996) livssituasjonen til 15 eldre innvandrere (50–82 år) fra Pakistan og India i Gamle Oslo. Her settes søkelyset på betydningen av slekt og storfamilie. De fleste beskriver helsa som dårlig. De har en helseforståelse med rot i sin kulturelle bakgrunn, men med innslag også fra vestlig medisinsk forståelse. Flere foretrekker asiatiske leger eller benytter tradisjonell medisin i tillegg til norsk legehjelp. Forfatterne konkluderer at kulturell variasjon i helseforståelse bør innlemmes i utdanningen av helsepersonell. Dette vil gjøre kommunikasjonen bedre og helsetilbudet likeså.

Det er en økende interesse for minoritetsetniske eldre innen helse- og sosialsektoren. Neste skritt er å gå dypere inn i noen av problemene på området. Vi skal se nærmere på erfaringene med integrering i et eldresenter og trekke frem noen forutsetninger som kan hindre eller fremme et godt flerkulturelt miljø.

Flerkulturelle møter i et eldresenter

Et forsøksprosjekt

Det er i dag ca. 40 000 mellom 40 og 59 år og ca. 10 000 over 60 som kommer fra land utenfor Europa. Vi har en forholdsvis ung innvandrerbefolkning, men antallet eldre innvandrere forventes å øke kraftig i årene som kommer. En del begynner alt nå å bli gamle. Enkelte bor på sykehjem eller i andre aldersinstitusjoner, men de fleste bor hjemme, og noen går alene hele dagen og føler seg ensomme og isolerte (Moen 1993a, 1993b).

Eldresentrene har en forebyggende funksjon blant annet ved å bidra til sosialt fellesskap, og eldresenteret burde derfor være en arena der også innvandrere kunne integreres. Dette var noe av bakgrunnen for arbeidet med å utvikle et flerkulturelt tilbud i et eldresenter i Oslo (Ingebretsen 1998). Målsettingen var å få eldre med innvandrerbakgrunn til å benytte eldresenteret på lik linje med de norske eldre i bydelen. Hvilke hindringer

finnes, og hvilke forutsetninger må ligge til grunn, for en vellykket integrering av brukergrupper med ulik etnisk tilhørighet? Med integrering menes her «... likestilling gjennom like muligheter, rettigheter og plikter til deltakelse for alle, uansett opprinnelse» (St.meld. nr. 17, 1996-97). Hvordan mottar et tradisjonelt norsk eldresenter folk fra ulike etniske grupper? Og hva er forutsetningene for etableringen av et fellesskap med trygghet og tillit? Det nevnte forsøket i Holmestrand hadde vist at det kunne være vanskelig å få innvandrere til å benytte eldresenteret dersom der ikke er personer som kan fungere som mellommenn mellom de etniske gruppene og eldresenteret.

Det aktuelle eldresenteret i Oslo som var utgangspunkt for prosjektet har eksistert i mange år. Norske vaner og tradisjoner har et godt fotfeste. Flertallet av brukerne er norske kvinner. Bortsett fra enkelte med innvandrerbakgrunn som har deltatt i kjøkkentjenesten og ungdom som har vært under opplæring, har det kun vært norske på senteret før prosjektet startet opp. Med de erfaringene en hadde fra Holmestrand anså man det som nødvendig å ansette en prosjektleder (og mellommann) som hadde til oppgave å tilrettelegge tilbudet for de eldre innvandrerne. En godt kvalifisert kvinne med indisk bakgrunn ble ansatt. Hun snakker og forstår både hindi, urdu og punjabi.

Eldresenteret er godt bemannet – en styrer, en aktivitør, en kokke og to sosionomer. Fotpleier og frisør er selvstendig næringsdrivende. Mye arbeid utføres av norske frivillige, som også selv er brukere. Av aktiviteter kan nevnes trim, bridge, utflukter, besøk til andre eldresentre, internett-kafé, hagearbeid, gubbelag, hyggekvelder og systue. Det som produseres på systua selges, og inntektene går til senteret.

Myk integrering

De norske brukerne kjenner hverandre godt, og mange er naboer. Senteret har en kjerne av faste brukere. Noen har vært der i opptil 30 år. Mange kommer daglig for å spise middag. Flere har sine venner og faste plasser ved småbord i kaféen. På den måten blir det en stiv struktur på senteret, noe som kan gjøre det vanskelig for nykommere. Senteret har stått i fare for å bli nedlagt, og mange av de norske har kjempet og demonstrert for å få beholde det. De føler tilhørighet til senteret og bydelen – mange har bodd her i hele sitt voksne liv. Flertallet av de norske brukerne har lav utdanning, de har hatt dårlig betalte jobber, og de har en enkel bostandard.

De fleste innvandrerkvinnene som bruker eldresenteret kommer fra India og Pakistan. Noen kommer fra Afghanistan og Irak. De fleste forstår og snakker urdu. Enkelte snakker ganske bra norsk, mens andre har dårlige

eller ingen norskkunnskaper. Kvinnene lever stort sett sitt liv i familien og i sin egen innvandrerguppe. De har derfor lite behov for å kunne norsk. Tradisjoner og vaner fra hjemlandet opprettholdes med hensyn til matvaner og klesdrakt. De ca. 20-25 innvandrerkvinnene som kommer til senteret er mellom 50 og 70 år. Torsdagene er deres dag – ca. fire timer i uka.

Eldresenteret har lagt opp til en «myk integrering». Man prøver og feiler i forhold til hvordan dette flerkulturelle eksperimentet kan utvikles. En har vært forsiktig med å forsere integreringen. En har lagt opp til en framdrift der et mulig fellesskap langsomt kan få utvikle seg. Senteret ønsker å finne frem til en flerkulturell brukermodell.

Holdninger til prosjektet

Styreren av senteret ønsket prosjektet velkommen fordi det bidro til å oppfylle bydelens målsetting om at eldresentrene skal være en del av første-linjetjenesten og det forebyggende arbeidet. Dette hadde man ikke maktet i forhold til de eldre innvandrerne, og styreren var derfor glad for å få hjelp til å komme i gang med arbeidet. At det kom en prosjektleder som arbeidet spesielt for denne gruppen var helt avgjørende for å få eldre innvandrere til å komme til senteret.

Holdningene blant de *øvrige ansatte* varierte. Noen mente det var greit med innvandrere i senteret, men at det ikke var mulig å blande gruppene. De syntes det var viktig å ivareta de norske brukernes interesser, og enkelte hadde motstand mot prosjektet av den grunn. At man hadde liten tid til nye oppgaver ble også brukt som et argument for manglende engasjement i prosjektet.

Flere av *de norske brukerne* sa at de ikke hadde noen tro på prosjektet, og de var imot det. Andre synes det var greit, men uvant og ønsket seg mer informasjon. Atter andre sa: «Nei, det går ikke. Den integreringa her blir lik null.»

Mange har vært brukere av senteret i flere år og kan føle at innvandrerne er inntrengere i «deres» senter. De har en sterk tilhørighet til senteret, og er lite villige til å endre på vaner og tradisjoner. De mener at med alderen blir en engstelig for nye ting og mindre villig til å endre på hverdagslivets vaner. Flere understreker imidlertid de rettigheter som eldre innvandrere har til å benytte senteret. De synes det er viktig for kvinnene å komme til senteret, og at de får treffe andre med samme bakgrunn. Flere norske gir også uttrykk for at de synes det er trivelig at innvandrerkvinnene kommer. De er nysgjerrige og ønsker kontakt med dem.

Innvandrerkvinnene hadde en positiv holdning til det å være på senteret. De satte stor pris på samværet med likesinnede. Alternativet var for mange å bli sittende hjemme.

Tanker om hverandre

Der hvor det ikke er kunnskap, handler en på grunnlag av tro. Meninger sementeres og endres etter hvilke erfaringer en har og får i samvær med andre. Det er heller ikke alltid samsvar mellom holdning og handling. I dette miljøet finnes et bredt spekter av holdninger. Holdningene viser seg ofte å være situasjonsbestemte. Noen norske brukere har erfaringer med innvandrere fra gata de bor i. Noen av disse erfaringene er dårlige og fører til negative holdninger. En eldre mann som var på busstur hvor innvandrerkvinner deltok, sa: «Skal de svarte kjerringene også være med?» Han hadde vært utsatt for et ransforsøk av en «av dem».

Motstanden i senteret blir sterkere når erfaringene ellers er negative. Mange får sine kunnskaper om innvandrere fra aviser og TV. De norske diskuterer mediaoppslagene seg imellom og vedlikeholder gjennom denne diskusjonen et negativt bilde av innvandrerbefolkningen. Norske brukere med *gode* erfaringer ser ut til å ha et mer forsonlig forhold til innvandrere generelt og til innvandrerkvinnene på senteret spesielt. Flere sier at en må oppføre seg skikkelig mot «dem», nå når de har begynt å komme til senteret.

Det er færre norske på eldresenteret den dagen innvandrerkvinnene er der. Enkelte kaller det en «svart dag» og uteblir. Noen kommer for å si «nei, her er det umulig å være», og så går de. Andre kommer for å følge med og se. Slik får de noe nytt å snakke om. Andre igjen spør innvandrerkvinnene om deres liv. Samtalene tar ofte utgangspunkt i temaer media presenterer som tvangsekteskap (negative forhold), men spørsmålene dreier seg også om samholdet i familiene (positive forhold). Innvandrerkvinnene uttrykker skepsis til norske vaner og mener norske barn ikke viser nok omsorg for sine gamle foreldre.

De fleste i personalgruppa er positive til innvandrerkvinnene, men de er engstelige for å fortrenge de norske. Likebehandling var de veldig opptatt av: «Hvis vi kunne gjøre det mest mulig likt, så tror jeg vi ville fått en mye heldigere integrering.» Det vakte irritasjon blant de norske da en av de frivillige gikk med kake til innvandrergruppa og ikke til de norske. Det ble oppfattet som bevisst forskjellsbehandling. Norske brukere er opptatt av at det ikke skal gjøres forskjell. Likebehandling er viktig for ikke å skape motsetninger.

Styreren er svært opptatt av at folk skal blande seg og komme i kontakt med hverandre. Flere og flere innvandrerkvinner kommer til senteret på torsdagene. Mange mener de blir for mange, og styreren er engstelig for at det skal bli «ubalanse» mellom gruppene. Hun har foreslått at innvandrerkvinnene skal møtes i et annet rom. Prosjektlederen er skeptisk til dette, fordi innvandrerkvinnene selv ønsker den kontakten de får med de norske i kaféen. Det å gjøre kvinnene usynlige ved å tilby dem et eget rom vil hindre mulighetene for integrering.

Store og små møter

Holdningene gruppene har til hverandre påvirker de ulike typer møter eller sammenkomster de deltar i. Møtene kan betegnes som «store møter» eller som «små møter». De store møtene har en annen formaliseringsgrad enn de små. De store møtene er arrangerte møter som felles turer, fester, og torsdagsmøtene på senteret. Innenfor rammen av de store møtene skjer mange små, tilfeldige og uplanlagte møter. De ulike typer møter har ulik status og bidrar på ulik måte til integrering og/eller segregering. Det viktigste store møtet finner sted i kaféen en gang i uka. Vi skal presentere et par situasjoner som gir bedre forståelse av hva som skjer i ulike typer av møter og som kan kaste lys over integrerings- og segregeringsprosessen.

De ukentlige sammenkomstene for innvandrerkvinnene finner sted i kaféen hver torsdag. Innvandrerkvinnene har et langbord sammen; de norske sitter ved småbord i motsatt ende av rommet. Svært ofte står det et tomt bord imellom dem. Det er et ingenmannsland hvor det ikke sitter noen – en luftkorridor som en av de ansatte kaller det. Flere av de norske understreker at det er en kafé, og at langbord ikke hører hjemme i en kafé. Noen norske kvinner satte seg en gang ved et bord som skulle settes sammen til langbordet en torsdag innvandrerkvinnene skulle ha samling. Prosjektlederen ba dem om å flytte seg, og dette ble tatt ille opp. De følte seg «jaget vekk». Episoden ble et diskusjonstema og ble betegnet som «ikke riktig».

De pakistanske kvinnene trives godt i kaféen. De betegner de norske som «snille», og synes de blir behandlet med respekt, men legger også merke til en del misnøye. Det de setter mest pris på er samtalene med de andre innvandrerkvinnene. De forteller om familiene sine, om reiser til hjemlandet, om sykdom og helseproblemer. De snakker urdu og hindi seg imellom; bare få kan snakke norsk. Når noen norske slår seg ned blant dem, er de avhengig av å få alt oversatt. En av innvandrerkvinnene kan oversette, men blir snart fanget inn i samtalen på urdu. De norske føler seg dermed lett utenfor.

Målet med prosjektet er at folk skal «blande seg». Etter hvert har noen av de ansatte begynt å se annerledes på integrering: «Jeg ser hvor viktig det er å kunne snakke åpent sammen for dem (innvandrerkvinnene). Det er forståelig at de har mye å snakke om når de møtes kun én gang i uka. Samtalene går aldri i stå.» Prosjektlederen har ofte noe å informere om. Hun deltar i diskusjoner og kan korrigere feilinformasjon de har om norske familier, skole, helse- og sosialtjenester osv.

Mange av de norske klager over at innvandrerkvinnene snakker høyt og uforståelig. De er blitt for dominerende i miljøet. De sitter ved langbord og snakker med hverandre fra den ene enden av bordet til den andre. De norske sitter ved småbord og snakker sammen med lave stemmer. Flere av dem holder øye med langbordet og snakker om hvor vanskelig det har blitt i kaféen etter at innvandrerkvinnene kom. De kjøper ikke mat eller drikke i kaféen, og bidrar derfor ikke til fellesskapet. Kaféen er selvfinansierende og avhengig av salg, men innvandrerne lager sin egen te og har med hjemmebakte kaker. Høyt støynivå, gratis bevertning og langbord er blant de ting som irriterer mange av de norske. En av de ansatte sier: «Hver gang de norske opplever at det er forskjellsbehandling så får de veldig mye motstand. Vi skal være like for loven, og jeg tror det er veldig farlig å lage flere ulikheter enn nødvendig. De norske strever med økonomien, og så skal de betale dyrt for kaffekoppen sin mens de andre får teen sin gratis. Det irriterer noe veldig, vet jeg.»

Styreren er opptatt av at integreringen skal lykkes. Hun er opptatt av at folk må møte hverandre for å bli bedre kjent, og kaféen er en sentral møteplass. Men folk velger å sitte gruppevis med dem de «passer sammen med». Det synes som om motsetningene forsterkes når gruppa med innvandrerkvinner vokser. De virker for dominerende, og personalet er engstelige for de norske brukernes reaksjoner.

Et eksempel på «store møter» er handleturene til Strømstad. Noen av innvandrerkvinnene var med. Første gangen reagerte flere norske på at innvandrerne kjøpte for mange kyllinger, at de kom for sent, kastet søppel i bussen og spiste under turen. Bussjåføren ville helst ikke ha med «de brune» en gang til, og enkelte av de norske ymtet frampå om to busser neste gang.

De norske og innvandrerne holdt seg hver for seg. Innvandrerkvinnene handlet lite i taxfree-butikken, og noen av de norske deltakerne ba om å få bruke alkoholkvoten deres. En av de pakistanske kvinnene forteller: «Vi pakistanske satt i én gruppe og de norske i én gruppe. Vi snakket ikke sammen, for vi drikker ikke vin, men de (norske) kom og

spurte om vi kunne kjøpe vin til dem, og vi ble bedre kjent gjennom vinen.» Ett år og flere bussturer senere reiser 19 innvandrerkvinner og 14 norske kvinner med buss til Strømstad uten stridigheter. Alle kom presis og snakket med lave stemmer. Man hadde lært seg de kulturelle kodene for «handletur til Strømstad». Integrering forutsetter prøving og feiling for å kunne tilpasse seg nye væremåter.

Et annet «stort møte» mellom norske og innvandrerkvinner var et helgekurs, som gjorde mange «små møter» mulig. Hensikten var å få folk til å reflektere over holdningene sine i forhold til «de andre». De pakistanske kvinnene synes det viktigste var å være på tur uten familien, men sa også at de ble bedre kjent med de norske. Til tross for dette vellykkede møtet har det ikke ført til nærmere kontakt i eldresenteret mellom deltakerne, men flere sier at de har blitt bedre kjent og mer positivt innstilt.

Konklusjon

- Språkproblemene er et reelt hinder for nærmere kontakt. Derfor synes det som om en må legge mer vekt på å *sam-handle* enn å *sam-tale*.
- Samhandlingen må styres utenfra. Det må skapes sosiale rom for *ulike typer møter*. Møteplasser utenfor eldresenteret kan føre til at nye fellesskap og at nye identiteter dannes. Disse er imidlertid situasjonsbestemte og av kort varighet, men det er grunn til å tro at et opplevd fellesskap vil bidra til en holdningsendring, slik at negative holdninger brytes ned når erfaringen er at «de» ikke er så forskjellige fra «oss».
- Senteret har en *tålegrense* for hvor mange innvandrere som kan være tilstede for at de norske ikke skal føle at de andre «tar over». Eldrebefolkningen i bydelen synker, og eldresentre legges ned. Fortsatt drift av senteret er derfor avhengig av at det tilrettelegges for at eldre innvandrere benytter senteret. Om de norske forsvinner vil integrasjonsprosessen stoppe opp. Det er derfor viktig å finne fram til en balanse mellom gruppene.
- *Likebehandling* er viktig sett fra de norske brukernes ståsted. Blant personalet pågår det hele tiden forhandlinger om hva en kan tillate av forskjeller og forskjellsbehandling. Men en viss ulikhet i behandling er selve forutsetningen for at innvandrerkvinnene skal komme i første omgang, og innvandrerkvinnenes tilstedeværelse kan på sikt vise seg å være en forutsetning for at senteret overhode skal kunne eksistere. Majoriteten kan bli avhengig av minoriteten.

- *Integreringsparadokset*. Samværet innvandrerkvinnene imellom er en av forutsetningene for at de vil komme. Den tette gruppedannelsen bidrar til polarisering heller enn integrering. Polarisingen blir understreket av kaféens spatiale organisering. Å kunne være sammen med sine egne er en forutsetning for at de vil være blant de andre.
- *Kontekst*. Hvem utgjør konteksten for hvem? Det fremgår av samtalene nordmenn imellom at de forholder seg aktivt til innvandrerkvinnene i den forstand at de snakker om dem (både i positive og negative termer). De er et diskusjonstema. Slik sett kan vi si at innvandrerkvinnene utgjør en kontekst for de norske senterbrukerne både når de er og ikke er til stede. Innvandrerkvinnene er i større grad seg selv nok, og vi får den noe paradoksale situasjonen at minoriteten utgjør majoritetens diskusjonskontekst, uten at det motsatte synes å være tilfellet. I denne forbindelse kan en grovt skille mellom to norske aktører i eldresenteret – *de forsonlige* og *de uforsonlige*. De forsonlige forsøker å finne fellesnevner for et fellesskap (Eriksen 1997), mens de uforsonlige finner forskjellsmarkører som de benytter for å utelukke «de andre».

Langt på vei kan en si at prosjektet har vært vellykket. Innvandrerkvinnene har kommet til senteret. De føler seg velkomne nok til at de fortsetter å komme. De har fått et sted å være utenfor sitt eget hjem. De har utviklet et fellesskap. Det viser seg også at det er en forsiktig tilnærming mellom innvandrerkvinnene og de norske.

Et viktig element i denne integreringsprosessen er de «gavene» (f.eks. vinflaske gjennom tollene, invitasjoner til bryllup) som innvandrerkvinnene har gitt de norske. De norske opplever da at det opprettes en form for gjensidighet og balanse i forholdet dem imellom. For de norske har gitt uttrykk for at de synes at de har gitt flere konsesjoner til «de andre» ved blant annet å måtte akseptere en form for forskjellsbehandling.

Flere studier – både av eldresentre, trygdeboliger og aldershjem – viser at det er problemer med integrering av ulike grupper i tette, lukkede og marginaliserte miljøer (Hazan 1980, Bjelland 1982, Danielsen 1986, Ingebretsen & Sommerfeldt 1992). Folk som ikke «passer inn» utestenges. Hvem som passer sammen bestemmes av de som har definisjonsmakten.

En integrering som påtvinges de som har definisjonsmakten vil på ulike måter synliggjøre og understreke marginalitetsposisjonen til alle aktørene i systemet. «De andre» blir en påminnelse om at en ikke selv bestemmer over sitt eget rom. Å finne et balansepunkt mellom integrasjon og selvbestemmelse er en utfordring. Jo mer ulike «de andre» er fra de som har den definatoriske makten, desto vanskeligere blir integrasjonsprosessen.

4 Eldresenteret – hva nå?

Svein Olav Daatland, Odd H. Guntvedt & Britt Slagsvold

Innledning

Det er omtrent femti år siden det første eldresenteret ble opprettet. Antallet sentre passerte 150 omkring 1980 og 300 tidlig på 1990-tallet. I dag er det ca. 330 eldresentre i landet med nær 130 000 brukere og det store flertallet av dem er alderspensjonister. Det finnes eldresentre i omtrent hver tredje kommune i landet – i de fleste byene og i flertallet av de større kommunene, men de fleste små kommunene er uten egne eldresentre. Alt i alt har omtrent sju av ti alderspensjonister tilgang til et eldresenter i den forstand at det finnes ett eller flere sentre i deres hjemkommune. Vi har anslått at omtrent hver femte alderspensjonist i landet gjør bruk av et eldresenter – noen ofte, andre sjeldnere. Av dem som har tilgang til et eldresenter (er bosatt i kommuner med eldresenter), er det én av tre eldre som bruker det.

Det dreier seg med andre ord om et tilbud som når ut til mange. Stort sett til eldre mennesker, som jo eldresentrene er beregnet for, men de fleste sentrene er også åpne for noe yngre mennesker som måtte ha behov for og ønske om det. Men veksten i antall sentre og brukere ser ut til å ha stoppet opp de siste årene, ja det er tegn til en viss stagnasjon. Er det fortsatt behov for dette tilbudet, og i så fall for hvem og i hvilken form?

Vi skal i dette avrundende kapitlet trekke fram noen sentrale utfordringer og dilemmaer med bakgrunn i erfaringene fra eldresenterprogrammet og den empiri som er lagt fram i kapittel 2 og 3. På dette grunnlaget skal vi også trekke opp noen anbefalinger med tanke på årene framover. Framstillingen er lagt opp etter en mål–middel–modell, idet vi først tar for oss målgrupper og behov som eldresentrene er til for å imøtekomme. Dernest tar vi for oss virkemidlene slik de framgår av de ytre rammene og det indre livet i sentrene. Med ytre rammer sikter vi til ansvar og organisering, styring og økonomi – herunder eldresentrenes plass og potensiale i eldrepolitikken og forholdet mellom offentlig og privat ansvar. Drøftingen av sentrenes indre liv skal vi knytte til styrke og svakhet ved ulike driftsmodeller. Vi avrunder rapporten med et forsøk på å se framover. Hva nå? Hva bør gjøres?

Behov og målgrupper

Eldresenter – eldres senter?

Eldresenteret var tiltenkt flere roller og funksjoner – som et sted å være, som et aktivitetstilbud, en kilde til service og tjenester og en arena for

social kontakt og deltakelse. Dermed skulle senteret også fungere som et forebyggende tiltak, både ved å forhindre eller avhjelpe psykososiale problemer så som sosial isolasjon og ensomhet, og ved å være et helsefremmende tiltak via aktivisering, informasjon og oppsøkende virksomhet overfor hjelpetrengende i nærmiljøet. Slik skulle eldresenteret bli et bindeledd mellom friske og skrøpelige eldre, mellom kommunen og det sivile samfunn, og mellom omsorgstjenester og velferds- og kulturtiltak.

De sentre som etterhvert vokste fram fant en form som i varierende grad fanget opp disse funksjonene. Noen sentre ligger nær opp til omsorgstjenestene og retter seg især mot personer med større eller mindre grad av hjelpebehov. Dette er særlig tilfellet for små sentre som er kombinert med omsorgsboliger, og som nærmest er som et felleslokale for beboerne. Andre sentre domineres av spreke og aktive pensjonister, og framstår som en senior- eller pensjonistklubb.

Et fellestrekk innenfor denne variasjonen er at det dreier seg om et tilbud for eldre mennesker. Det dreier seg med andre ord om et alderssegregert tilbud, selv om de fleste sentre også holder dørene åpne for yngre personer som måtte ønske eller trenge det. I så fall gjelder det gjerne noe yngre funksjonshemmede og/eller personer med psykiske problemer som trenger et sted å være. Er det ønskelig å vinkle et sentertilbud av denne karakter mot en bestemt aldersgruppe, og er det i så fall rimelig å se dette som et offentlig ansvar?

Det moderne samfunnet blir i tiltakende grad preget av alderssegregering, med liten kontakt mellom yngre og eldre utenfor familieketten (Hagestad 2000). Fordi man pensjoneres stadig tidligere, blir det også mindre aldersspredning og mindre generasjonskontakter i arbeidslivet. Mangelen på kontakt svekker kjennskapet til hverandre og bidrar til stereotypisering og fordommer. Vi trenger derfor arenaer der generasjonene kan møtes.

Dersom eldresenteret var et tiltak som forsterket alderssegregeringen, var det i så fall uheldig. Men det er vanskelig å se det slik. Eldresenteret var motivert utfra et ønske om å integrere eldre mennesker i samfunnet, ikke å segregere dem. Tanken var å motvirke de faktorer som lett fører til passivitet og sosial isolasjon i eldre år, så som sviktende helse og tap av ektefelle og venner. Det var derfor behov for et særskilt tilbud med lav terskel for deltakelse.

Man har på mange måter lykkes i dette, for en betydelig andel av alderspensjonistene bruker eldresenteret jevnlig eller fra tid til annen. Og selv om det er vanskelig å nå fram til de sosialt isolerte, så bidrar

eldresenteret til å styrke den sosiale integrasjonen og den mentale helsa for de av dem som man når fram til (jfr. kapittel 3).

Det er få andre steder å møtes, især i vinterhalvåret. Noe av tiltrekningen ved eldresenteret er også at man nettopp møter jevngamle her, som er personer med de samme historiske erfaringene. Det ligger en trygghet i dette, og en kilde til sosial identitet og tilhørighet i et samfunn som er i rask endring, og som mange eldre mennesker kan føle seg fremmede overfor. Det ligger naturligvis også en fare i at eldresenteret blir seg selv nok og isolerer seg mot omverden, men dette er en utfordring som senteret og brukerne bør kunne gjøre noe med. Blant utfordringene er det å være åpen for forandring slik at nye generasjoner av brukere kan forme senteret til å passe en ny tid.

At mange eldre finner andre arenaer for kontakt og deltakelse enn eldresenteret, ja tildels er negative til det, er ikke avgjørende. Det som gjør eldresenteret tiltrekkende for noen, kan gjøre det uaktuelt for andre. Det ser ut til at eldresentrene i særlig grad trekker til seg mellomgruppene hva alder og funksjonsevne angår. Noen føler seg for unge, eller har nok av andre aktiviteter og sammenhenger å engasjere seg i. Noen kan føle seg for gamle eller syke til å gå ut blant andre. Eldresenteret er primært tenkt som et tilbud for de som føler særlig behov for et samlingssted for eldre mennesker. Det er under alle omstendigheter såpass stor tilstrømning at det forsvarer et tilbud av denne karakter.

At terskelen mange steder er for høy for hjelpetrequende, er et mer alvorlig ankepunkt. Selv om mange sentre driver oppsøkende virksomhet overfor personer med særlige behov, er det rom for større og bedre aktivitet i så måte. Når tilgjengeligheten er god og forholdene legges til rette, er det mulig å gi et tilbud også til sterkt hjelpetrequende, slik vi viste i kapittel 3. Hjelpetrequende eldre i omsorgsboliger med tilknyttet senter hadde f.eks. seks ganger høyere bruksrater enn tilsvarende skrøpelige eldre i vanlige boliger. Et sentertilbygg har i mange tilfeller kunnet kompensere for mangelen på felleslokaler og kontaktmuligheter i de mange omsorgsboligene som er bygget som adskilte enheter, uten kollektive elementer. Senteret har dermed kunnet representere en mulighet for kontakt med folk utenfra.

Faren med denne typen løsninger er at omsorgselementet blir for framtreddende. Noe av styrken i eldresenteret er at det ikke er reservert for hjelpetrequende. Man er bruker, gjest, kunde eller borger mer enn klient. Selv de som i andre sammenhenger er pasienter eller klienter, framstår i andre roller og med andre egenskaper når de er i eldresenteret.

Arena for frivillig innsats

Eldresenteret framstår som eldres senter også ved at mange eldre mennesker gjør en innsats som frivillige hjelpere her. Det var, som nevnt, frivillige organisasjoner som tok initiativet til eldresentrene, og organisasjonene står fortsatt sterkt – omtrent halvparten av sentrene drives av organisasjonene alene eller i samarbeid med kommunen (jfr. kapittel 2). Da er det ikke underlig at det legges vekt på frivillig arbeid. Vi har anslått at eldresentrene i dag har nær 10 000 frivillige hjelpere, som er noe i underkant av antall frivillige i de såkalte frivillighetssentralene, som ble startet opp tidlig på 1990-tallet (Lorentzen m.fl. 1994, Kloster 2000). Dersom vi legger til grunn et gjennomsnitt på ca. fire timers innsats i uka, dreier det seg om 900–1 000 årsverk. Til sammenlikning er det ca. 1 200 ansatteårsverk i eldresentrene (jfr. kapittel 2). Selv om vi ikke uten videre kan sammenlikne de to gruppene årsverk for årsverk, dreier det seg under alle omstendigheter om en betydelig frivillig innsats.

Motivene for frivillig arbeid kan være sammensatte. At det dreier seg om ren altruisme er nok en romantisk forestilling, heter det i en fersk bok om frivillig innsats i Norge (Wollebæk, Selle & Lorentzen 2000). Det å hjelpe andre er likevel et av de viktigste motivene, og dernest mulighetene for sosial kontakt. I det siste ligger en egeninteresse. Mange ønsker å få noe igjen for innsatsen – enten konkret i form av læring og erfaringer eller mer generelt ved takknemlighet eller den gode følelsen av å bidra i en større sammenheng.

Flertallet av de frivillige er selv eldre, og mange er også brukere av eldresenterets øvrige tilbud. Slik kan senteret fungere som et verksted for aktiv medvirkning, og som en arena der pensjonisters arbeid og deltakelse er etterspurt. Det er få slike arenaer. Frivillige kan f.eks. drive kafeteria, bibliotek og arrangere sosiale sammenkomster. Menn har nok et mer instrumentelt forhold til senteret, og bistår ofte med matombringning og transport. Det er i og for seg ikke underlig at eldresentrene er såpass kvinnedominert, for det er flest kvinner i de høye aldersgrupper, og særlig mange flere enslige blant kvinnene. Så lenge partneren er i live er man tilbøyelig til å holde seg mer i hjemmet. Er man – eller blir man – enslig, søker man oftere kontakt med andre.

I rapporten «Alderspensjonist i frivillig tjeneste» (Dyb m.fl. 1991) tok man opp erfaringer og praksis i forbindelse med rekruttering av frivillige hjelpere. Foranledningen var problemer med å rekruttere nok frivillige, kanskje fordi man hadde vanskelig for å omstille seg til nye generasjoner av eldre med andre erfaringer og prioriteringer enn generasjonene foran dem. Man intervjuet lederne i seks eldresentre og til sammen hundre frivillige i

disse sentrene. De fleste aktive frivillige var mellom 70 og 80 år gamle, og åtte av ti var kvinner. De fleste frivillige var enslige og bodde alene. 85 av de 100 hadde vært yrkesaktive, og noen av dem var fortsatt i lønnet arbeid.

Oppgavene de frivillige påtok seg var især kjøkkentjeneste og matombringing, besøkstjeneste og telefonkontakt. Av andre gjøremål kan nevnes vedlikehold og kontorarbeid. Arbeidsoppgavene var tradisjonelt kjønnsdelte ved at «bestemor vasker opp», mens «bestefar kjører bil». Det var stor variasjon i omfanget av innsatsen. Nær halvparten (47 prosent) bidro med hjelp én gang i uka, mens 31 prosent arbeidet frivillig to-tre ganger per uke. Mennene var få, men disse få var særlig aktive og arbeidet ikke sjelden fire-fem ganger i uka. De kvinnelige frivillige hadde kanskje mange andre gjøremål utenom senteret, f.eks. overfor familien eller i andre organisasjoner.

Rekrutteringen av de frivillige hjelperne foregikk via informasjon fra senteret og især innbydelse fra andre frivillige. Motivene for å begynne var gjerne flere – man hadde tid til overs og ville gjøre en innsats for andre. Mange hadde også glede av den sosiale kontakten. Alt dette ga en egen dimensjon og mening til tilværelsen, idet man følte seg til nytte for andre enn seg selv og sin nære familie. Nettopp det å være til nytte blir i den såkalte moderniseringsteorien (Cowgill & Holmes 1972) sett som særlig vesentlig for eldres status i samfunnet. Deres anseelse vil generelt sett være høyest der de har roller og oppgaver som ses som verdifulle. Moderniseringen av samfunnet svekker eldres posisjon ved å svekke betydningen av deres ferdigheter og egenskaper. Under rask sosial endring legges større vekt på individualisme og selvhevdelse framfor sosialt samhold. Den moderne velferdsstaten har til gjengjeld kommet til og gitt trygghet i alderdommen, men ikke mening. De eldre er blitt velferdsstatens klienter, men man får ikke sosial anseelse og innflytelse ved å være mottakere av goder. Status vinnes primært ved å yte og å bidra. Det man har vunnet av materiell trygghet som velferdsstatens klienter, kan man dermed ha tapt i anseelse, innflytelse og sosial forankring. Dette kan være noe av bakgrunnen for at folk flest mener at eldre har fått det bedre enn før med hensyn til økonomi og tilgang til tjenester, men at de har fått lavere sosial anseelse og svakere sosial forankring (Daatland & Solem 2000).

Frivillig arbeid kan i så måte ses som en mulighet for innsats for andre, og eldresenteret er en viktig arena for slik deltakelse. Det bør også legges til rette muligheter for «produktiv» deltakelse på aldersintegreerte arenaer, ikke bare på alderssegregerte, ja det kan bli aktuelt å bruke eldresenteret også i en slik sammenheng, f.eks. via samarbeid med frivillighetssentralene. Vi har inntrykk av at samarbeidet mellom de to organene kunne vært langt bedre enn det er i dag (jfr. kapittel 2).

Mange av de frivillige hjelperne har en lang karriere som frivillig bak seg, men utviklingen framover vil bli preget av om eldresentrene evner å fornye seg i takt med fornyelsen av eldregenerasjonene. Den nevnte undersøkelsen om frivillig arbeid (Wollebæk, Selle & Lorentzen 2000) viser at det er forskjeller mellom aldersgrupper hva angår motiv for frivillig innsats. Yngre mennesker er gjennomgående mer instrumentelt motivert enn eldre. Deltakelse og innsats skjer i første rekke utfra et ønske om personlig utfoldelse. Eldre frivillige har i større grad en orientering mot fellesskapet. De oppgir «sosial kontakt og hygge» og «det å hjelpe andre» som viktigste årsak til deltakelse. De stiller seg negative til betaling og mener at penger ville ha liten eller ingen betydning for deres motivasjon for å yte en innsats. De eldre er også mer opptatt av den organisasjonen de virker innenfor. Man finner ellers en tendens til at deltakelse avler deltakelse. Frivillig innsats er dermed en kilde til «sosial kapital». I dette ligger ikke bare et sosialt nettverk, men også en tilslutning til verdier og normer og en følelse av tilhørighet og tillit.

Forskjellen mellom yngres og eldres holdninger kan skyldes alder og livsfase. I så fall vil dagens yngre bli som dagens eldre når år legges på år. Men dersom det dreier seg om generasjonsforskjeller, kan vi stå framfor et paradigmeskifte hva frivillig innsats angår. I så fall vil eldresentrene måtte tilpasse seg og finne andre former enn dem vi kjenner fra i dag. Det vil ofte være tale om kombinerte virkninger – både alders- og generasjonsforskjeller. Det er velkjent at organisasjonsmønstrene endrer seg over tid. Noen organisasjoner dør ut med sine medlemmer, og nye kommer til som er mer i pakt med tida. Noen av de gamle organisasjonene har også kraft til å endre seg og lever videre i nye former med nye oppgaver. En slik fleksibilitet er et kjennetegn på en levedyktig organisasjon. Evne til endring må til, men her ligger også en potensiell kilde til konflikt, der de etablertes motstand mot endring må brynes mot ønsker om fornyelse fra de nye som kommer til.

Integrasjon og innvandrere

Eldre med innvandrerbakgrunn har naturligvis samme rett til tiltak og tjenester som etnisk norske eldre, men flere studier viser at innvandrerne i liten grad gjør bruk av pleie- og omsorgstjenester. Noe av dette underforbruket kan forklares ved mangel på interesse fra innvandrerne selv – at de f.eks. mener at omsorgen for de gamle er familiens ansvar. Men dette er bare en del av forklaringen. I tillegg – ja kanskje den viktigste faktoren – er at tjenestene ikke er tilpasset innvandrerne behov og normer. Forholdene må derfor legges spesielt til rette for at eldre med innvandrerbakgrunn skal ha den samme reelle tilgangen til tiltak og tjenester som norske.

At tilrettelegging er viktig har vi illustrert i kapittel 3, der et tilbud om bruk av det lokale eldresenteret for eldre kvinner med innvandrerbakgrunn ble populært. Uten denne tilretteleggingen – med en prosjektleder fra samme språklige og etniske bakgrunn, og med positiv støtte fra senterlederen – ville ingen av innvandrerkvinnene ha gjort bruk av senteret.

Innvandrerkvinnene hadde stort utbytte av eldresenteret, som for mange var det eneste stedet å treffe venner utenom familiekreisen. I prosjektet inngikk helseopplysning og informasjon om ernæring, som hadde betydning også for deres familier. Det er kvinnene som har hovedansvaret for matlaging og stell i hjemmet, og derfor er de en særlig viktig målgruppe for informasjon om kosthold og helse. For mange var dette deres første kontakt med norske utover tilfeldige møter i butikken eller på bussen. Eldresenteret ble dermed deres viktigste personlige kontakt med etniske nordmenn og en kilde til læring om norske skikker og omgangsformer. Forsøket viste at for eldre kvinner med innvandrerbakgrunn kan eldresenteret representere en viktig møteplass og en kilde til kontakt både med sin egen etniske gruppe og med norske. Hvorvidt eldresenteret kan bli et tilbud også for mannlige innvandrere, er foreløpig mer uklart. Det burde kunne bli det, men mennene har flere alternative sosiale arenaer enn kvinnene har. Imidlertid vil mange menn miste kontakten med nordmenn og majoritetssamfunnet når de ikke lenger deltar i arbeidslivet. Norsk-kunnskaper og kunnskaper om det norske samfunn blir mindre tilgjengelig. Derfor er det viktig å kunne benytte et eldresenter – kanskje den viktigste arenaen for å kunne delta sammen med nordmenn.

Men det er også betydelige problemer knyttet til integreringen. I forsøket utviklet det seg to adskilte grupper – innvandrere og norske – med liten kontakt på tvers. Kontakten mellom gruppene måtte arrangeres, og den gjensidige respekten kunne da bedre seg, selv om det ikke falt naturlig å omgås på uformelt vis.

Norge har inntil de siste tiårene vært preget av stor homogenitet i befolkningen språklig, religiøst og kulturelt, med et visst unntak for de nordligste fylkene. Eldrebefolkningen har vært særlig homogen. Yngre aldersgrupper er mer preget av sosiale endring, og er vanligvis også mer åpne for andre kulturelle former og uttrykk. At eldre mennesker er mer skeptiske overfor innvandrere enn yngre er kjent fra flere studier (Hellevik 1996). Kanskje er også eldre innvandrere mer skeptiske overfor det norske enn yngre generasjoner med innvandrerbakgrunn er. De eldre innvandrerne kjenner ihvertfall langt dårligere til det norske, og i dette ligger en kilde til engstelse og fordommer. Bedre kjennskap til hverandre forutsetter at man må ha kontaktpunkter, og eldresenteret kan bli en viktig arena for slik

kontakt. Eldresenteret kan også bli en viktig kanal for helse- og sosialetaten, omsorgstjenestene og kulturetaten for å nå ut til innvandrere – og spesielt til innvandrerkvinnene.

Det kan etterhvert vokse fram et ønske om egne tiltak og tjenester for hver etnisk og/eller religiøs gruppe. Slike tiltak har en lang forhistorie i Norge, men har foreløpig vært få. Dette kan komme til å endre seg. Det kan være ønskelig med en del segregerte tiltak, men skal vi unngå total segregering, er erfaringene fra eldresentrene at man bør legge opp til en «myk integrering». Det er lite gunstig å tvinge alle grupper inn under samme aktiviteter. Da er det bedre med en del parallelle tiltak under samme tak, med innslag av aktiviteter på tvers av gruppene. Slik kan man redusere den innledende engstelsen og motstanden, og bygge bro for større tilnærminger over tid. I dette ligger også at man har respekt for forskjelligheten, og erkjenner at akkurat som eldre mennesker kan ha behov for en egen arena, så kan eldre med ulik etnisk bakgrunn også ha det.

Vi har bare sett begynnelsen på denne utviklingen, og anbefaler at det stimuleres til flere forsøk og flere former for integrasjon og samspill.

I spredtbygde strøk

Eldresentrene er best utbygd i byene, især de store byene. Forklaringen er nok først og fremst av rent praktisk og økonomisk art. Det er vanskelig å bygge opp et slikt tilbud når befolkningsgrunnlaget er lite og/eller avstandene er store. Behovet for kontakt med andre kan være like stort i landdistrikter og i spredtbygde strøk, men forholdene ligger dårligere til rette.

Det har vært gjort flere forsøk på å finne egnede former på mindre steder. Noen steder lager man kombinerte løsninger, der det legges en senterfunksjon i tilknytning til et boliganlegg eller et sykehjem. Man har også forsøkt mobile former, der senteret bringes ut, ikke bare deltakerne inn.

Forsøks- og utviklingsarbeidet på dette området ligger noe tilbake i tid, og er bl.a. dokumentert i rapporten «Gammel i grisgrendt strøk» (Nøhr 1989). Rapporten viser erfaringer fra forsøk med eldresenterdrift i to landkommuner og i Nordmarka i Oslo. Alle tre stedene gjorde befolkningsgrunnlaget og avstandene det vanskelig å tilby den typen service som eldresentrene står for, mens behovene var antatt å være like store som i sentrale strøk. De desentraliserte og mobile modellene for eldresenterdrift som ble utviklet i disse forsøkene var rimeligvis mer kostbare (per bruker) enn vanlig senterdrift, men brukererfaringene var positive, og en mobil sentermodell ble for noen vurdert som en avgjørende betingelse for at de fortsatt kunne og ville bli boende i sitt eget hjem.

Utgangspunktet for forsøket var en politisk målsetting om å føre en regional- og distriktpolitikk som skulle bidra til «...å utvikle levedyktige og trygge lokalsamfunn og vekstkraftige og allsidige regioner», slik at det kunne være «... reelle muligheter for valg av bosted i ulike deler av landet» (St.meld. nr. 4, 1988-89). I tråd med denne målsettingen fulgte virkemidler og tiltak myntet på å gi mennesker i spredtbygde strøk tilgjengelighet til service og tilbud som kunne sammenliknes med urbane strøk. For Oslos vedkommende (Marka bydel) var utgangspunktet et politisk vedtak om at alle bydeler skulle ha et eldresenter. I praksis handlet dette om å overvinne avstand, og dermed å bidra til at servicetilbudet kom innenfor brukernes rekkevidde. Samtidig gjaldt det å gjøre kravet til befolkningsgrunnlaget mindre absolutt og å finne løsninger som kunne kompensere for at befolkningsgrunnlaget for tjenestene var (for) lite.

Man så for seg ulike typer modeller for organisering av tjenester i spredtbygde strøk. Med *sentrumsmodellen* tenkte man seg løsninger via skreddersydd skyss av brukerne. I *turnémodellen* ligger det at eldresenteret drar fra sted til sted og oppsøker brukerne i stedet for at brukerne oppsøker senteret – et ambulerende eldresenter slik f.eks. biblioteket noen steder er satt på hjul. *Mellommannmodellen* kan gjøre tjenester tilgjengelige for brukeren via en tredjeperson, f.eks. landpostbudet og/eller nærbutikken. Hvilken av disse eller andre modeller som egner seg vil variere med forutsetningene fra sted til sted. Rapporten oppsummerer erfaringene fra forsøksvirksomheten slik: *Sentrumsmodellen* er hensiktsmessig der avstand og transport er det største problemet. *Turnémodellen* er relevant i områder der det er lite befolkningsgrunnlag, store avstander og dårlig offentlig kommunikasjon. *Satelittmodellen* avviker fra turnémodellen ved at den har en fast base i et hovedsenter, men at noe av aktiviteten foregår i lokale filialer. Denne modellen vil passe i kommuner hvor en har flere tettsteder.

Konklusjonen stammer fra en rapport som ble utgitt i 1989, og som bygget på forsøksordninger for eldresentre som var initiert av Sosialdepartementet i 1980-årene. Vi har ikke fullgod oversikt over hvordan eldresentertilbudet har utviklet seg i spredtbygde strøk siden den tid, men erfaringene fra 1989 viser at det er mulig å gi et tilbud også til eldre i grissgrendte strøk dersom viljen er der. Det er slående at flere av de tiltak som ble lansert for å bedre tilbudet i grissgrendte strøk, også kan egne seg i storbyen. Mobile tjenester – det være seg å bringe tjenestene ut eller brukerne inn – vil f.eks. kunne bedre tilgjengeligheten for hjelpetrequende som bor i eget hjem. Det blir jo stadig flere av dem, ettersom sykehjemdekningen har gått ned de senere årene og tilgangen til hjemmetjenester er

svekket. At man også kan engasjere nærbutikker, drosjer og andre i en mellommannsfunksjon, er nærliggende.

Det er behov for en mer aktiv og utadrettet profil i eldresentrene, ja i omsorgstjenestene generelt. I Danmark har man lovfestet at omsorgstjenestene skal drive oppsøkende virksomhet overfor alle som har passert 75 år. Hensikten er å sikre at informasjonen og tilbudene når ut og å drive forebyggende virksomhet. Norge henger etter i så måte, både hva oppsøkende virksomhet og tilbud om hjemmetjenester angår. Så har vi da også betydelig høyere sykehjemsrater enn hva Danmark har. Det er ikke urimelig å spørre om dette er et resultat av svikt i den forebyggende innsatsen og det hjemmebaserte tilbudet (Daatland 1997).

Oppsummert

Vi kan konkludere med at eldresentrene når særlig godt ut til de midlere aldersgrupper av eldre. Mange av de yngste eldre føler seg for unge for eldresenteret og har andre arenaer å delta på. En del av de eldste kan være svekket av sykdom eller funksjonstap og av den grunn ha tapt interessen – især dersom det er tungvint å komme seg dit. Men det ligger et betydelig potensiale for å nå bedre ut til hjelpetrequende, noe som går fram av kapittel 3, der vi redegjør for en studie som viser at det er tilgjengeligheten mer enn funksjonsevnen som har betydning for om man bruker senteret eller ikke. Mens flertallet av de hjelpetrequende i omsorgsboliger med tilknyttet eldresenter gjorde bruk av senteret, var det samme tilfellet for bare få av de hjelpetrequende i vanlige boliger som ikke var tilknyttet noe senter. Det er grunn til å tro at også frittstående eldresentre kan nå bedre ut til hjelpetrequende dersom de legger mer vekt på oppsøkende virksomhet og på transport- og følgetjenester.

Eldresentrene domineres av kvinner, men forklaringen er primært at kvinnene dominerer i eldre år, og at de især dominerer blant de enslige. Eldresenteret blir oftere brukt av enslige eldre enn av gifte.

Eldresenteret er et alderssegregert tilbud, og nettopp dette er noe av attraksjonen med senteret. Her kan man treffe sine jevngamle og mer eller mindre likesinnede. At ungdommer trenger ungdomsklubber og mange eldre ønsker å treffe andre eldre i et eldresenter eller en pensjonistklubb, er naturlig. Men det er samtidig ønskelig å forsøke å stimulere til kontakt på tvers av aldersgrupper. Det er en stigende tendens til at aldersgruppene segregeres og det er et behov for arenaer som kan bringe dem sammen igjen. Enkelte sentre har grepet fatt i dette via prosjekter med den lokale skolen, eller via kurs i EDB med unge som lærere. Denne typen aktiviteter bør stimuleres.

Eldresentre har vært dårlig utbygd i spredtbygde strøk, der befolkningsgrunnlaget ofte har vært for tynt. Noen av de modeller og arbeidsformer som har vært utviklet for å kompensere for dette kan også anvendes i større byer. Her er det ikke først og fremst den geografiske avstanden som må overkommes, men den psykiske og sosiale avstanden. Eldresentrene kan med fordel styrke sin utadrettede virksomhet for å bedre fange opp personer og grupper som vanskeligere finner fram med egen kraft.

En av disse gruppene er eldre med innvandrerbakgrunn. Forsøkene som til nå er gjort er positive – især for innvandrerne og spesielt for kvinnene blant dem, som har få andre arenaer der de møter nordmenn og det norske. Erfaringene viser at det også er betydelige problemer knyttet til integrasjon, og at man bør prioritere forsøk med parallelle tiltak og myk integrering «under samme tak».

Generelt gjelder at eldresenteret må ha evne til å endre seg i pakt med tida. De modeller som har vært pregende til nå har lagt til grunn at eldre er en homogén gruppe, mens dagens og i enda større grad morgendagens grupper av eldre er mer pluralistiske. Mange eldresentre har dessuten en bakgrunn i verdier og normer for humanitære eller religiøse organisasjoner som ikke alle av morgendagens eldre vil føle seg hjemme i.

Ytre rammer og indre liv

Ansvar og organisering

Fram til 1975 var nesten alle sentrene drevet av frivillige organisasjoner, men utviklingen gikk i retning av stadig flere kommunale sentre. Kommunene gikk også inn med støtte til de private sentrene. I dag er omtrent halvparten av sentrene kommunale, og ytterligere ca. ti prosent er drevet i samarbeid mellom kommuner og organisasjoner. De resterende er private, og den private andelen kan igjen komme til å øke i takt med privatiseringen av kommunale tjenester generelt.

Selv om mange kommuner har engasjert seg i eldresentertilbudet, har kommunene vært langt mer tilbakeholdne og nølende på dette området enn de har vært når det gjelder pleie- og omsorgstjenestene. Det har rimeligvis sammenheng med at eldresentrene ble sett som et «velferdsekstra» snarere enn som et omsorgstilbud, og dermed noe som lå på grensen av hva det offentlige skulle ta et ansvar for.

Nær alle eldresentrene er likevel blitt formelt integrert i den kommunale eldrepolitikken, enten ved kommunalt eie og/eller via økonomisk og annen støtte. Den praktiske integreringen av eldresentrene er svakere, slik

det f.eks. kan illustreres ved at ansatte i eldresentre ofte ikke har samme tilbud om kurs og kompetanseutvikling som ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Inntrykket er at mange kommuner har en nølende og usikker holdning til eldresenteret, og mangler en klar politikk og målsetting for tiltaket. Dette kan ha sammenheng med at forebyggende virksomhet har lavere status og mindre legitimitet enn kurative tiltak. Noe av forklaringen til dette er nok at det er vanskelig å dokumentere virkningen av forebyggende virksomhet, og at det faglige nivået på dette området har vært svakt sammenliknet med kurativ og terapeutisk virksomhet.

Vi vet fra både psykologisk og medisinsk forskning at det er et stort reservepotensiale blant eldre. Man har f.eks. kunnet dokumentere betydelig treningseffekt i høy alder, og det er velkjent at sosial isolasjon og sensorisk deprivasjon har negative effekter på helsa. Det skulle dermed være gode grunner til å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet, ikke minst overfor eldre, der grensen mellom selvhjelpenhet og hjelpeavhengighet er skjør og små bedringer eller forverringer kan gi stort utslag.

Vi vil på dette grunnlaget understreke at det er stort potensiale for forebyggende virksomhet overfor eldre, og at eldresentrene bør være en av arenaene for dette. Det er imidlertid behov for en langt mer systematisk og bevisst satsning i denne retningen, f.eks. i samarbeid med pleie- og omsorgsetaten. Dermed ville også eldresentrene kunne integreres bedre i den kommunale eldrepolitikken enn tilfellet har vært til nå i mange kommuner.

I dette bør også kunne ligge en økonomisk gevinst. Vi har anslått at brutto driftsutgifter til eldresentrene er ca. 450 millioner kroner per år, hvorav omtrent 40 prosent er dekket av brukerbetalinger. Da gjenstår 280 millioner i reelle utgifter, som tilsvarer ca. 2 000 kroner per bruker eller anslagsvis 10-20 kroner per besøk dersom gjennomsnittsbrukeren er inno senteret annenhver dag. Dersom vi regner utgifter ved sykehjemsopphold til ca. 1 000 kroner per dag, tilsvarer de 280 millionene i utgifter til eldresentrene ca. 280 000 sykehjemsdager. Dersom eldresentrene i gjennomsnitt utsetter sykehjemsinnleggelse med et par dager per bruker, vil dermed hele utgiften være spart inn.

Regnestykket beviser ingenting, men tjener til å illustrere at bevilgningene til eldresentrene dreier seg om forholdsvis beskjedne beløp når det ses i en større sammenheng – nærmere bestemt ca. én prosent av de samlede utgiftene til pleie- og omsorgstjenestene.

Snarere enn å redusere støtten til forebyggende tiltak, var det god grunn til å øke den, ikke bare via eldresentre, men mer generelt i eldresektoren. Eldresenteret bør ikke nødvendigvis gå inn som en del av pleie-

og omsorgsetatens ansvar. Dette kan fort gjøre tilbudet for snevert og skyve fra seg mennesker som ikke ønsker å behandles som klienter bare fordi de er eldre. Folk flest er tilbøyelige til å gjøre eldre mennesker mer stakkarslige enn de er (Daatland 1998). I denne typen «stakkaroppfatninger» kan ligge en form for diskriminering – det Robert Binstock (1983) kaller «compassionate ageism». Brukerne kan derfor trenge et vern mot den klientiseringen som ofte påføres eldre mennesker simpelthen fordi de er eldre.

Man kan tenke seg flere modeller, slik det også er i dag, der sentre som er tilknyttet omsorgsboliger og sykehjem ligger nærmere opp til omsorgstjenestene enn de frittstående sentre, som først og fremst er sosiale og kulturelle velferdstilbud. Det kan heller ikke være noe i veien for at det innenfor ett og samme eldresenter er rom for flere virksomheter og roller. Det kan tvert imot være ønskelig med et slikt mangfold, og at klientrelasjonen reserveres for de kontakter den er relevant for – uten å bli en overordnet rolle for hele senteret.

Modeller og drift

Med dette er vi over til sentrenes drift og indre liv. Det er store forskjeller mellom sentrene i så måte, både formelt og uformelt. Hva de mer formelle trekk angår kan vi først og fremst skille mellom private og offentlige, frittstående og kombinerte, sentre. Kombinerte sentre er vanligst i mindre kommuner av rent praktiske og økonomiske grunner. Man har gjerne knyttet senterfunksjoner til et omsorgsboliganlegg eller en aldersinstitusjon. I byene er det vanligst med frittstående sentre.

I dag er ett av tre sentre kombinert med annen virksomhet, oftest i samlokalisering med eldreboliger. De fleste kombinerte sentre er kommunale, og er gjerne små og primært beregnet for beboerne i anlegget, selv om de i regelen er åpne også for eldre fra den vanlige boligmassen. Det dreier seg altså om et omsorgsnært tilbud, som ligger nær opp til de såkalte *dagsentre* for omsorgstrengende. Denne typen sentre har kunnet kompensere for mangelen på fellesrom og kollektivtilbud i mange av de nye omsorgsboligene, og erfaringene viser at de blir brukt av flertallet av beboerne – også de mest hjelpetrengende blant dem (jfr. kapittel 3). De er eksempler på at eldresenterne også kan være et tilbud for skrøpelige eldre forutsatt at tilgjengeligheten er god. Siden mange av omsorgsboligene er såpass nye, er erfaringene foreløpig for få til å vurdere i hvilken grad denne typen sentre fungerer som et åpent hus for alle eldre i nabolaget, slik idéen med et eldresenter er – eller om de utvikler seg til segregerte tilbud for beboerne i omsorgsboligen og gir den karakter av å være et aldershjem.

Det kan ligge en tilbøyelighet til klientisering i denne typen sentre, som til en viss grad simpelthen skyldes at såpass mange av brukerne er hjelpe-trengende. Vi kan imidlertid ikke se bort fra at det er en tendens til paternalisme fra ansattes side – især i kombinerte sentre – som svekker brukernes posisjon og innflytelse. I ett av tre sentre har brukerne ingen formell innflytelse over driften – verken gjennom brukerråd eller styre-representasjon. Mangelen på formell innflytelse er vanligere i kommunale sentre enn i private, og i kombinerte sentre sammenliknet med frittstående.

Den ene type senter kan vanskelig erstatte den andre, og lokale hensyn og behov må være avgjørende for hva man satser på. Større kommuner kan trenge begge typer. De har hver sin styrke og svakhet. Frittstilte sentre kan lære av de kombinerte å gjøre seg mer tilgjengelige for hjelpetrengende brukere, og omvendt kan kombinerte sentre lære å legge til rette for brukerinnflytelse av de frittstilte sentrene.

Det er heller ikke mulig å gi noen entydig anbefaling når det gjelder spørsmålet om kommunal eller privat drift. Når de fleste kombinerte sentre er kommunale, har det nok sammenheng med at denne typen sentre ses som en del av pleie- og omsorgstjenesten, og dermed som et naturlig ansvar for det offentlige. Tilbud om et åpent hus med muligheter for kontakt, aktivisering og diverse tjenester for spreke eldre er ikke et like entydig offentlig ansvar.

Hvor grensene mellom det offentlige og private ansvaret går endrer seg over tid. Med velferdsstaten fulgte en betydelig utvidelse av det offentlige ansvaret, slik det f.eks. kan illustreres med den sterke økningen av tilbudet om hjemmehjelp og hjemmesykepleie utover på 1960- og 1970-tallet. I de siste årenes revisjon av velferdsstaten ligger en endring av det offentlig-privat samspillet. Det har f.eks. blitt vanligere for det offentlige å innta en mer indirekte rolle, ved at kommunen holder fast ved finansiering og regulering av tjenestene, men overlater utføringen til private aktører. Vi ser også tegn til høyere terskler for tilgang til omsorgstjenester og en sterkere prioritering av de mest hjelpetrengende. Lettere funksjonstap og psyko-sosiale behov som tidligere ga tilgang til hjemmehjelp, blir i stigende utstrekning regnet som et privat ansvar. Hjemmetjenestene har i økende grad konsentrert seg om pleie og den nødvendige praktiske hjelp. Eldre som primært hadde behov for sosial kontakt, emosjonell støtte eller hjelp til å komme seg ut i det sosiale rom, må finne andre kilder til hjelp. At denne typen behov har lavere prioritet og legitimitet som offentlig ansvar enn medisinske og praktiske behov, har også sammenheng med at der er mangel på psyko-sosial kompetanse i omsorgstjenesten.

Behovet for alternative kilder og arenaer for å dekke disse typer av behov har dermed blitt større, og for eldre menneskers del peker eldresentrene seg fram som særlig viktige. Frivillighetssentralene – som vokste fram med statlig støtte tidlig på 1990-tallet – spiller også en viktig rolle her, men primært ved å bringe hjelp ut til hjemmeboende. Frivillighetssentralene har sjelden lokaler som kan gjøre dem til et åpent hus for de som måtte trenge det. Det er dessuten mer forpliktende å gå dit enn til eldresentrene, og er derfor mer innbydende for de spreke som kan yte hjelp til andre enn for dem som trenger hjelp og støtte. De to typer sentre fyller dermed noe ulike funksjoner. Det er bruk for begge, og de kan med fordel samarbeide.

Satsningen på frivillighetssentralene var del av en fornyet interesse for frivillig sosialt arbeid fra 1990 og framover, nå ikke med rot i den tradisjonelle veldedigheten som var det historiske grunnlaget for organisasjonene som var etablert fra gammelt av, men under betegnelsen «det sivile samfunn». Med det sivile samfunn menes den sektor av samfunnet som ligger mellom staten (og kommunene), markedet og det private rom. Et demokratisk samfunn trenger et sterkt sivilt innslag, der borgerne kan integreres i ulike typer av nettverk. Dette gir tilhørighet og identitet til den enkelte, og substans og sosial sement til samfunnet. Det sivile samfunnet er kanskje særlig viktig i unge år før man går inn i arbeidslivet, og i eldre år når man har forlatt det. Da kan den sivile sektor bli den sentrale arenaen for deltakelse og sosial integrasjon.

Den stadig tidligere pensjoneringen på den ene siden, og forlengelsen av livet på den andre, har ført til en forlengelse av «alderdommen», og spesielt en forlengelse av perioden som (relativt) sprek pensjonist. Vi har manglet en bevisst politikk for denne «tredje alderen». Vi har fått en begynnelse, f.eks. i form av kampanjen om «eldre som ressurs» midt på 1980-tallet, og et utspill fra departementet om «Eldrepolitikk – en politikk for aktiv alderdom» fra omtrent samme tid. Foranledningen var FNs verdenskonferanse om aldring i Wien i 1982, der nettopp eldres bidrag til samfunnet – ikke bare deres behov – var et tema. Norsk pensjonistforbund, Statens eldreråd og de lokale eldrerådene som ble lovfestet i 1992 for alle kommuner og fylkeskommuner, har etterhvert kommet inn som elementer og samarbeidspartnere for en bredere eldrepolitikk.

Eldresentrene har også en naturlig plass her, og da ikke bare ved å være et sted der man kan motta tjenester, men som en forankring og et utgangspunkt for engasjement i det sivile samfunn. Rollen som frivillig hjelper er én slik rolle, men det er også andre, som man i mange tilfeller vil kunne organisere og forme selv, forutsatt at man har anledning og lokaler

til det. For mange kan eldresenteret være en vei ut i det offentlige rom som samfunnsborger. Det arrangeres reiser og teaterbesøk, foredrag og kurser både innenfor og utenfor senteret. Slik kan eldresenteret bli et middel for kontakt utad og på tvers av sektorer og aldersgrupper. Med tanke på det økte antallet av både yngre og eldre pensjonister burde det være stigende behov for denne typen arenaer.

Det er vanskelig å peke ut en bestemt modell som kan bli en ramme om alle de behov, funksjoner og hensyn som et vitalt eldresenter burde gi plass for. Kanskje «torget» kan være en god metafor – et sted som er lett tilgjengelig og har lav terskel for deltakelse. Her kan ulike grupper og tiltak ha sine «boder». Kaféen er samlingsstedet der man bare kan stikke innom. Man har gjerne en liten boksamling, eller senteret ligger nær folkebiblioteket. Kommunen er til stede med informasjon og rådgivning, kanskje også med kontor og personell fra omsorgstjenestene. Eldrerådet har sin egen stand et par ganger i uka, og Pensjonistforeningen likeså. Menigheter og humanetikere kan bruke lokalene, slik også med andre aktuelle foreninger og organisasjoner. Her vil også seniorer selv kunne lage sine klubber og opplegg – en bridgeklubb, et internettkurs eller et seniorfirma. Pensjonerte jurister eller lærere, snekkere eller elektrikere, vil kunne tilby tjenester til andre – med eller uten betaling. Slik blir torget en markeds plass i den egentlige betydningen av begrepet marked. Det må være rom for ulikhet og mangfold – f.eks. for ulike minoritetsgrupper – og en åpen holdning overfor andre og overfor framtida.

Denne typen elementer er til stede allerede i dag i mange sentre. Noen har flere av dem, andre har færre, men vi ser behovet for fornyelse og revitalisering med tanke på den stagnasjonen som kanskje har funnet sted de siste årene. Mange sentre er preget av drifts- og tenkemåter som ikke er like attraktive for morgendagens brukere. Det er behov for å styrke kompetansen blant personalet, og å inkludere andre typer kompetanser enn dem som til nå har vært dominerende. Eldresenteret er og bør også være en arena for kulturell og pedagogisk aktivitet, og ikke primært framstå som en helse- og sosialinstitusjon. Det burde også være mulig og ønskelig å styrke brukernes posisjon og innflytelse, f.eks. i samarbeid med lokale eldreråd og pensjonistforbund. Men det er vanskelig å kombinere alle typer hensyn under ett tak, og det må derfor gis rom for ulike modeller. Hvilken modell som passer kan best avgjøres lokalt, men staten bør ta et ansvar for å utvikle kompetansenivået.

Oppsummerende konklusjon

Som nevnt i kapittel 1 var eldresenterprogrammets mål (1) å gjøre eldresenteret bedre tilgjengelig for alle eldre, (2) å vinne bedre kunnskaper om brukeres og ikke-brukeres behov og preferanser med sikte på å tilpasse tilbudene til eldrebefolkningen, (3) å bidra til at eldresentrene får en klarere og mer bevisst rolle innenfor den kommunale eldrepolitikken og (4) å bidra til å heve kompetansen i eldresentrene.

Hva tilgjengeligheten angår kan vi slå fast at det fortsatt er mange kommuner uten sentre. Noe av denne mangelen kan være kompensert med liknende tilbud, f.eks. faste samlinger i regi av pensjonistforeninger eller andre organisasjoner. Det er især i de små kommunene det mangler tilbud, selv om behovene kan være like store her som på større steder. Vi ser derfor grunn til å blåse nytt liv i idéen om sentermodeller som passer for spredtbygde strøk, og da med særlig vekt på hente- og bringetjenester til nærliggende sentre. Nettopp det å komme ut av hjemmet og sammen med andre har særlig stor betydning, både direkte for trivselen og mer indirekte som et forebyggende tiltak.

Tilgjengeligheten er også dårlig for hjelpetrengende eldre og for eldre med innvandrerbakgrunn. Den høye deltakelsen blant hjelpetrengende i sentre som er samlokalisert med eldreboliger, viser at mange er interessert i å bruke senteret når forholdene legges til rette for det. Dersom det bygges ut omsorgsboliger uten felleslokaler og kollektivmuligheter, er det en god løsning med et samlokalisert senter, som dermed også kan fungere som et treffpunkt for beboerne og andre i nærmiljøet. Denne typen «omsorgs-sentre» bør beholde sin åpne karakter for å unngå å framstå som alders-institusjoner.

De ordinære og frittstående eldresentrene bør styrke sin utadrettede virksomhet for å nå bedre ut til hjelpetrengende eldre. Hjelpetrengende som ønsker det bør gis muligheter for å komme inn til senteret og dermed sammen med andre.

At eldresenteret kan være en viktig kilde for kontakt og informasjon for innvandrere har forsøksvirksomheten vist, men her er også betydelige problemer forbundet med å finne samværsformer som både innvandrerne og de etnisk norske føler seg vel med. Denne forsøksvirksomheten bør styrkes ytterligere.

Eldresentrene er en viktig arena for sosial integrasjon og er en sosial og emosjonell buffer mot sosial isolasjon og ensomhet. Når hjemmetjenestene tar relativt mindre ansvar for psyko-sosiale behov blir eldresenterets rolle

desto viktigere. Kompetansen for sosio-emosjonell støtte og forebyggende mentalhygiene er imidlertid lav, ikke bare i eldresentrene, men i helse- og sosialsektoren generelt. Det burde være mulig å styrke denne kompetansen, og å bruke eldresenteret mer bevisst i en slik sammenheng.

Slik vil eldresenteret også kunne få en klarere rolle innenfor den kommunale eldrepolitikken. Mange kommuner har en nølende og uklar holdning til dette tiltaket og bør utarbeide planer for hvordan senteret kan bli en støtte for pleie- og omsorgstjenestene og en kilde for informasjon og kontakt mellom kommunen og borgerne. Samarbeidet og ansvarsdelingen mellom eldresenteret og frivillighetssentralen, eldrerådet og pensjonistforeningen bør også klargjøres.

Alt i alt – behovet for ulike typer av sentre som primært er vinklet mot eldre mennesker blir snarere større enn mindre i årene som kommer, de antatte endringer i demografi, familiestruktur og miljø tatt i betraktning. Den smule stagnasjon som kan observeres de siste årene kan være et tegn på at det er behov for fornyelse og revitalisering for å komme i bedre takt med framtidens behov. Vi kan ikke anbefale én enkelt modell. Det er snarere grunn til å tro at framtidens eldresenter vil måtte preges av større pluralisme og mangfold og en sterkere vilje til endring enn eldresentrene fram til nå. Eldresenteret har to ansikter – ett som viser seg som et «omsorgssenter» for hjelpetrequende, og ett som framstår som «senior-senteret» for de spreke. Det bør være rom for begge deler, og å bruke senteret som en bro overfor yngre mennesker og samfunnet utenfor.

På dette grunnlaget anbefaler vi konkret:

- at det settes i verk et kompetanseutviklingsprogram for forebyggende arbeid overfor eldre, med spesiell vekt på eldresenterets rolle i den sammenheng,
- at det gis et stimuleringsstøttekudd for utvikling av tiltak for å bedre tilgjengeligheten for særlige grupper, så som hjelpetrequende og innvandrere,
- at kommunene bes om å synliggjøre eldresentrenes rolle i sine planer for den kommunale tiltakskjeden, og
- at det gis støtte til utviklingsprosjekter som kan styrke kontakten mellom generasjonene og bidra til at senteret blir en «åpen» institusjon i nærmiljøet. Man bør også stimulere samarbeidet med andre kommunale etater og samspillet med andre organer så som eldreråd, pensjonistforeninger og frivillighetssentraler.

Summary

The first service center for senior citizens in Norway was established nearly 50 years ago. Today there are centres in 1/3 of the municipalities – a total of 330 centres and 130 000 users. Most of the larger and urban municipalities have senior citizen centres. About 70 per cent of the older population have access to a centre, and 1/3 of the elders (67+) in these municipalities are visiting the centre often or from time to time.

Senior citizen centres have various roles and functions. They are informal meeting places as well as arenas for active participation. Nearly 10 000 are engaged as volunteers – most of them seniors themselves. Users have access to various services, and the centres also reach out to frail elders in the neighbourhood. Service centres are not care institutions. They are arenas for activity and social contacts for all elders in the area, and are as such a vital preventive measure against loneliness, social isolation and poor health.

Senior citizen centres were introduced by private, non-profit organizations, and the private centres were totally dominant until the middle of the 1970s. Local governments (municipalities) then increased their efforts, and nearly half of the centres are today run by local governments. The public sector is far less dominant in this area than in the ordinary services for elders – the reason probably being that senior centres are seen as welfare extras and then in contrast to the home help and home nursing services and nursing homes not an obligatory public responsibility. The peripheral role of senior citizen centres in public plans and budgets may also be explained by the lower status of social relative to medical services, and the lower status of preventive relative to curative measures.

The present report concludes several years of research on senior citizen centres, and recommends to develop flexible centre models in order to improve accessibility for marginalized groups such as frail elders and older people from ethnic minorities. The introduction of so-called combined centres in co-location with adapted housing have lowered the threshold for frail elders. We need models that can include both the healthy and the frail, both men and women, and both ethnic Norwegian and immigrants – also with an open door policy towards younger age groups and the local community in general. Among the recommendations are also a programme to improve the quality of preventive social and medical work towards elders, and to use the senior citizen centre as a base for such activities.

Referanser

- Andersson, L. (1993). *Äldre i Sverige och Europa*. Stockholm: Socialstyrelsen, Ädel-utvärderingen 93:4.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2, 4, 264-274.
- Beverfelt, E. (1997). *Vyer, vilje og virksomhet. Eldresenter i regi av Stiftelsen Kirkens Bymisjon*. Notat.
- Beverfelt, E. & Kirschner, G. (1987). *Servicesentre for eldre – den nære fortid*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 4-1987.
- Binstock, R. (1993). The aged as scapegoats. *The Gerontologist*, 23, 136-143.
- Birkeland, E., Lunde, E.S., Otnes, B. & Vigran, Å. (1999). *Eldre i Norge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bjelland, A.K. (1982). *Aldring og identitetskrise*. Universitetet i Bergen: sosial-antropologisk skriftserie 27-1982.
- Coleman, P. (1990). 'Adjustment in later life', in J. Bond & P. Coleman (eds.), *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London: Sage.
- Cowgill, D.O. & Holmes, L.D. (1972). *Aging and modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Daatland, S.O. (1998). Stakkarsliggjøringens styrke og svakhet. *Aldring & Eldre*, 4, 30-31.
- Daatland, S.O. (red.) (1997). *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Oslo: NOVA, rapport 22-1997.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2000). *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Danielsen, K. & Thorsen, K. (1986). *Livet i trygdebolig*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 9-1986.
- Dawes, T. & Thoner, G. (1996). Aldring og etnisitet. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, *GerArt* 4-1996.
- Dawes, T., Ribu, L. & Thoner, G. (1996). Omsorg for eldre fra etniske minoritetsgrupper. *Aldring & Eldre*, 2, 18-24.
- De gamles helsekomité (1955). *Vår aldrende befolkning*. Norske gerontologiske skrifter nr. 1.
- Dowd, J. (1986). 'The old person as stranger', in V.W. Marshall (ed.), *The social psychology of aging*. Beverly Hills: Sage.
- Due, P. (1991). 'Enslige gamle kvinner: Et proletariat med et sterkt sosialt nettverk', i A. Helset (red.), *Gamle kvinner i Norden. Deres liv i tekst og tall*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 6-1991.

- Dyb, H. m.f. (1991). *Alderspensionist i frivillig tjeneste*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1991.
- Eriksen, T.H. (red.) (1997). *Flerkulturell forståelse*. Oslo: Tano.
- Gilligan, V. (1982). *In a different voice. Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gjerdrum, G. (1990). *Forprosjekt: Flyktninger og innvandrere integrerte i eldre-sentrene virksomhet*. Holmestrand kommune.
- Gutmann, D. (1987). *Reclaimed powers: Towards a new psychology of men and women in later life*. New York: Basic Books.
- Hagestad, G.O. (2000). 'Aldersforskning: sosiologiske perspektiver', i S.O.Daatland, I.H. Nordhus, T.I. Romøren & O. Sletvold, *Status og framtid for norsk aldersforskning*. Oslo: Norges forskningsråd.
- Hansson, R.O. (1994). *Relationships in old age. Coping with the challenge of transition*. New York: Guilford Press.
- Hazan, H. (1980). *The limbo people*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hellevik, O. (1996). *Nordmenn og det gode liv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helset, A. (1999). Norske alderspensionister i Spania: Her lever vi ti år lenger. *Aldring & Eldre*, 4, 2-7.
- Helset, A. (2000). *Spania – for helsens skyld. En intervjuundersøkelse blant norske pensjonister på Costa del Sol*. Oslo: NOVA, skriftserie 2-2000.
- Ingebretsen, R. (1998). Gode tiltak for eldre – også for eldre innvandrere. *Helsenytt for alle*, 2.
- Ingebretsen, R. & Sommerfeldt, E. (1992). Eldresentrene som arena for forebyggende arbeid. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, *Ger.Art* 8-1992.
- Ingebretsen, R. & Guntvedt, O.H. (1993). *Eldresentre på nye veier. Erfaringer fra utviklingsarbeid*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1993.
- Jerrome, D. (1990). 'Intimate relationships', in J. Bond & P. Coleman (eds.), *Ageing in society. An introduction to social gerontology*. London: Sage.
- Johns, S., Juklestad, O. & Hydle, I. (1993). Vern for eldre – et tiltak mot overgrep i hjemmet. *Aldring & Eldre*, 1, 20-26.
- Klingen, M. (2000). *Sluttrapport for organisasjons- og utviklingsprosjektet for Nasjonalforeningen for folkehelsens eldrecentre i Oslo*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Kloster, E. (2000). *Frivillighet på norsk. Evaluering av frivillighetssentraler som mottar økonomisk støtte fra Sosial- og helsedepartementet*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning.
- Kristoffersen, G. & Solem, P.E. (1998). *Integrering av pleie- og omsorgstjenestene. Virkninger på ledelsesstrukturen*. Oslo: NOVA, rapport 22-1998.

- Lorentzen, H. (1994). *Frivillighetens integrasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, H., Andersen, R.K. & Bjerke, J-P. (1995). *Ansvar for andre. Frivillighetssentralen i norsk velferdspolitik*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lunde, Å. (1986). *Servicesentre for eldre i Norge. Landsoversikt 1985*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 8-1986.
- Manton, K.G. (1997). Demographic trends for the aging female population. *Journal of the American Medical Women's Association*, 52, 3, 99-105.
- Moen, B. (1993a): *Eldre innvandrere i Gamle Oslo*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 4-1993.
- Moen, B. (1993b). Eldre innvandrere i Gamle Oslo. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, *GerArt* 4-1993.
- Moen, B. (1994). Eldre innvandrere i Gamle Oslo. *Aldring & Eldre*, 3.
- Morales, F. & Thoner, G. (1998). Sosialarbeid i flerkulturelle eldrecentre. *Aldring & Eldre*, 1, 12-17.
- NGI (udatert). *Oversikt over helse- og velferdssentraler for eldre i Norge 1968*. Oslo: Nasjonalforeningens gerontologiske institutt.
- NGI (udatert). *Oversikt over helse- og velferdssentraler for eldre i Norge 1971*. Oslo: Nasjonalforeningens gerontologiske institutt.
- NGI (1976). *Servicesentra for eldre i Norge 1975*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 4-1976.
- NGI (1981). *Servicesentre for eldre i Norge. Landsoversikt 1980*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1981.
- NOS C301. *Levekårsundersøkelsen 1995*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Norges offentlige utredninger.
- Næss, S. (1991). Ensomhet, livssituasjon og alder. *Aldring & Eldre*, 4, 2-6.
- Nøhr, Ø.N. (1988). *Servicesentre for eldre i Norge. Landsoversikt 1987*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1988.
- Nøhr, Ø.N. (1989). *Gammel i grissgrendte strøk*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 7-1989.
- Pettersen, A.M. & Laake, K. (2000). *Hvem bruker eldresenteret? Hva er viktig for å ta senteret i bruk?* Oslo: Nasjonalforeningens forskergruppe i geriatri, Universitetsseksjonen, Geriatriisk avdeling, Ullevål sykehus.
- Riley, M.W. (1985). 'Age strata in social systems', in R.H. Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Romøren, T.I. (2000). *Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder*. Oslo: NOVA, rapport (i trykk).

- Slagsvold, B. (1999). Hva er best for de mest hjelpetrengende? Paper på Norges forskningsråds avslutningskonferanse for Velferd og samfunn, Oslo.
- Solem, P.E. & Høistad, B. (2000). «Vi spiller på lag». *Om integrerte organisasjonsmodeller i pleie- og omsorgstjenestene*. Oslo: NOVA, rapport 1-2000.
- Sollid, G. (1993). *Prosjekt for eldre innvandrere og flyktninger*. Moss Kommune.
- Sommerfeldt, E., Beverfelt, E., Ingebretsen, R. & Guntvedt, O.H. (1992). *Eldresentre i hardt vær*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2-1992.
- Sommerfeldt, E. (1993). *Eldresentre i utvikling – en veileder*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Sommerfeldt, E. (1994). *Brukere i bresjen. Om brukerinnflytelse og erfaringer fra et forsøk i et eldresenter*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 6-1994.
- Sommerfeldt, E. (1996). Økt vekt på brukerinnflytelse: Ideologi, terapi, økonomi eller demokrati. *Aldring & Eldre*, 3, 22-27.
- Statistisk Sentralbyrå: *Sosialt utsyn 1998*. Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå: *Sosialt utsyn 2000*. Oslo.
- St.meld. nr. 4 (1988-89). *Langtidsprogrammet 1990-1993*. Oslo: Finans- og tolldepartementet.
- St.meld. nr. 35 (1994-95). *Velferdsmeldingen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 37 (1992-93). *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 17 (1996-97). *Om innvandring og det flerkulturelle Norge*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- St.meld. nr. 50 (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet, respekt, kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Szebehely, M., Lingsom, S. & Platz, M. (1997). 'Hemhjälpsutvecklingen: Samma problem, skilda lösningar', i S.O. Daatland (red.), *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Oslo: NOVA Rapport 22/1997.
- Thoner, G. (1997). *Tiltak for eldre innvandrere*. Oslo: NOVA, rapport 26-1997.
- Thorsen, K. (1983). *Levekår, ressurser og bruk av eldresentre*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 12-1983.
- Thorsen, K. (1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig? Ensomhet i ulike aldersgrupper*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2-1990.
- Thorsen, K. (1998). *Kjønn, livsløp og alderdom*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Walker, A. (1993). *Age and attitudes. Main results from a Eurobarometer study*. Bruxelles: Commission of the European Communities.
- Wollebæk, D., Selle, P. & Lorentzen, H. (2000). *Frivillig innsats. Sosial integrasjon, demokrati og økonomi*. Bergen: Fagbokforlaget.