

N

O

V

A



# Velferdsstat og velferdskommune

Iverksettingen av  
«Handlingsplan for eldreomsorgen»  
i kommunene i Nord-Trøndelag

*Tor Inge Romøren  
Borghild Svorken*

# Velferdsstat og velferdskommune

Iverksettingen av «Handlingsplan for eldreomsorgen»  
i kommunene i Nord-Trøndelag

TOR INGE ROMØREN  
BORGHILD SVORKEN

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 12/2003

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 Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD).

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) 2003  
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-164-5  
ISSN 0808-5013

Forsidefoto:           © Bjørn Rørslett / NN / 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.nova.no>

# Forord

Rapporten redegjør for resultater fra forskningsprosjektet «Velferdsstat og velferdskommune. Evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001».

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet<sup>1</sup> gjennomførte Norges forskningsråd i perioden 1998–2002 en evaluering av «Handlingsplan for eldreomsorgen» (jf. St.meld. nr. 50 (1996–97)). Den bestod av fire undersøkelser, én utført ved NOVA, én ved Rokkansenteret og to ved Norsk institutt for by- og regionforskning. Her rapporteres det fra NOVA-prosjektet. Resultater fra de tre andre er publisert av de respektive institusjonene<sup>2</sup>.

Det foreliggende arbeidet utgjør en faglig sluttrapportering, men er samtidig skrevet slik at det kan leses som en tilbakemelding til Sosialdepartementet og til fylkesmannen, fylkeslegen og kommunene i Nord-Trøndelag. Vi vil benytte anledningen til å takke kommunenes mange ansatte og politikere som tok vel imot oss, viste interesse for det vi holdt på med og gav av sin tid,

---

<sup>1</sup> Sosialdepartementet var sammenslått med Helsedepartementet i årene 1993-2001. Det er grunnen til at betegnelser skifter mellom «Sosial- og helsedepartementet» og «Sosialdepartementet» i denne rapporten.

<sup>2</sup> Næss, S. (2000). *Bedre standard, men større ulikhet? Foreløpig evaluering av Handlingsplan for eldreomsorgen*. Senter for samfunnsforskning, Notat 2, 2000. Bergen: Senter for samfunnsforskning. Madsen, C. (2002). *Spiller det noen rolle? Om hverdagen på nye og gamle sykehjem*. Rokkansenteret, Notat 4, 2002. Bergen: Rokkansenteret. Næss, S. (2003). *Ikke helt etter planen. Dokumentasjonsrapport om hjelpetrengende eldres erfaringer før og etter Handlingsplan for eldreomsorgen*. Rokkansenteret, Rapport 1, 2003. Bergen: Rokkansenteret. Næss, S. (2003). *I tøffeste laget? Arbeids-situasjonen for ansatte i pleie- og omsorgstjenesten*. Rokkansenteret, Rapport 9, 2003. Bergen: Rokkansenteret. Brevik, I. (2001). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Regional stats vurdering av investeringstilskuddene. Noen erfaringer midtveis i byggeperioden*. NIBR Notat 2001:107. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Brevik, I. (2001). *Handlingsplan for eldreomsorgen: Kommunenes vurdering av dens egnethet i utbyggingen av omsorgstjenestene*. NIBR, Arbeidsnotat. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Brevik, I. (2002). *Handlingsplan for eldreomsorgen – regional stats kontroll med kommunenes bruk av øremerkede tilskudd*. NIBR-rapport 2002:18. Oslo: Norsk- institutt for by- og regionforskning. Toresen, J. (2001). *Øremerkede tilskudd til pleie og omsorg. Økonomiske virkninger*. NIBR-notat 2001: 113. Oslo: Norsk- institutt for by- og regionforskning. Toresen, J. (2003). *Handlingsplan for eldreomsorgen: Virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk*. Oslo: NIBR-notat 2003:112. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Toresen, J. (2003). *Handlingsplan for eldreomsorgen: Mindre ulikhet i dekning og årsverksforbruk?* NIBR-notat 2003:113. Oslo: Norsk- institutt for by- og regionforskning.

kunnskaper og erfaringer slik at vi ble i stand til å tegne et bilde av hva handlingsplanen betød for dem. Takk også til fylkessykepleier Bente Molde og konsulent Kirsti Kjeldahl Mørkved hos henholdsvis fylkeslegen og fylkemannen i Nord-Trøndelag, for mye nyttig informasjon. Vår NOVA-kollega Mia Vabø gav konstruktiv kritikk og gode råd i avslutningsfasen av dette arbeidet – på en måte vi har satt stor pris på.

*Tor Inge Romøren*

*Borghild Svorken*

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	7
<b>1 INNLEDNING</b> .....	9
Handlingsplan for eldreomsorgen .....	9
Virkemidler og styringsformer.....	10
Ideologi .....	11
Velferdsstat og velferdskommune .....	13
Iverksetting og evaluering.....	14
Hovedtemaer i denne rapporten.....	15
<b>2 METODE</b> .....	17
<b>3 NORD-TRØNDELAG</b> .....	20
Eldreomsorgen i Nord-Trøndelag før handlingsplanen .....	24
<b>4 PROSESSER</b> .....	27
Tjeneste- og bygningshistorien .....	29
Ildsjeler .....	33
Kommunens størrelse .....	34
Kommunens topografi .....	37
Diskusjoner og konflikter .....	38
Lokaliseringsdiskusjoner.....	39
Diskusjoner om omsorgsboliger og sykehjem .....	40
Konfliktforløp.....	45
Statlig styring .....	47
Hva er en omsorgsbolig?.....	47
Hva er et sykehjem? .....	49
Økonomiske incentiver i retning av boligbygging .....	50
Tildeling av tilskudd: fra sentral, åpen pott til fylkesvise kvoter og prioritering av kollektive boformer og sykehjem .....	51
Oppsummering: iverksettingsprosesser i Nord-Trøndelag.....	52
<b>5 RESULTATER</b> .....	55
Tempo: når ble det bygget? .....	56
Valg av omsorgsformer: hva blir bygget? .....	57
Ulike typer omsorgsboliger .....	59
Lokalisering: hvor blir det bygget? .....	60
Hvem bor nå i sykehjem og i omsorgsboliger? .....	62
Omfanget av hjelpebehov hos de som bor i sykehjem og de som bor i omsorgsboliger .....	63
Omfanget av aldersdemens hos de som bor i sykehjem og de som bor i omsorgsboliger .....	66

Omsorgen i omsorgsboligene .....	68
Pasienter i sykehjem i 1996 og i 2002.....	69
Profiler i pleie- og omsorgstjenesten .....	72
Profil og ressursnivå .....	74
Profil og driftsmåte.....	75
Profil og tjenestemottakere.....	76
Etter handlingsplanen.....	77
Nedbemanning etter øremerkingen?.....	78
Oppsummering: resultater av handlingsplanen i Nord-Trøndelag.....	78
<b>6 DRØFTING</b> .....	81
Undersøkelsens generaliseringsverdi.....	82
<b>SUMMARY</b> .....	85
<b>LITTERATUR</b> .....	87
<b>VEDLEGG: Intervjuguide</b> .....	91
<b>VEDLEGG: Registreringsskjema for pasienter og beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger</b> .....	95

# Sammendrag

Dette er en studie av iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen i de 24 kommunene i Nord-Trøndelag. Vi har undersøkt både de prosessene handlingsplanen satte i gang i kommunene, og de konkrete resultatene som kom ut av den. Når det gjelder de lokale iverksettingsprosessene, rettes søkelyset mot de forutsetningene kommunene hadde for å gjennomføre handlingsplanen, diskusjoner de førte innad om ulike løsningsforslag og forholdet mellom de kommunale initiativene og den statlige styringen. Når det gjelder resultatene av iverksettingen, har vi sett på tempoet i utviklingen av nye tiltak, hva kommunene valgte å bygge, og hvor de lokaliserte de nye byggene sine.

Handlingsplan for eldreomsorgen hadde som mål å styrke hjemmetjenestene, bygge ut omsorgsboligsektoren, øke sykehjemskapasiteten og legge til rette for enerom i sykehjem for alle som ønsker det. Alle disse målene ble nådd på nasjonalt nivå. Det er sjelden å se en så stor grad av måloppnåelse i offentlig forvaltning. Den foreliggende undersøkelsen viser imidlertid at sentralmyndighetenes idéer om *funksjon og drift* av nye omsorgsboliger og sykehjem ble modifisert. Myndighetene vektla i utgangspunktet omsorgsboligenes private karakter, og mente at de skulle betjenes av ambulante hjemmetjenester. Videre foreslo en utredning i Sosial- og helsedepartementets regi («Kvaase-rapporten») å omgjøre sykehjemmene til behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner *uten* permanent bofunksjon. Tanken var at omsorgsboliger skulle fungere som permanent bosted også for de skrøpeligste gamle.

Denne rapporten dokumenterer hvordan disse idealene har endret seg i møte med hverdagens realiteter i Nord-Trøndelagskommunene. Mange omsorgsboliganlegg har institusjonslignende trekk: kollektive boformer, stasjonært personale og tekniske fasiliteter som gjør det mulig å konvertere dem til sykehjemsavdelinger og dra omsorg for sterkt hjelpetrengende om nødvendig. De kalles «omsorgsboliger med sykehjemsstandard». Boligenes fysiske nærhet til eksisterende aldersinstitusjoner er gjennomgående. De fleste kommuner benytter likevel omsorgsboligene til relativt selvhjulpne gamle. Beboere som utvikler alvorlige helseproblemer og store hjelpebehov flytter videre til sykehjem. I strid med «Kvaase-rapportens» anbefalinger fungerer altså sykehjemmene fortsatt – og i Nord-Trøndelag til og med i større grad enn før – som permanent bosted for svært skrøpelige gamle. Bare et fåtall



kommuner bruker omsorgsboliger som boform også for sine aller mest hjelpetrengende.

Undersøkelsen tar for seg diskusjoner som ble ført og veivalg som ble gjort i kommunene under handlingsplanperioden. Studien dokumenterer betydningen av pleie- og omsorgstjenestens historie og tidligere utvikling på stedet, betydningen av ildsjeler og av kommunens topografi og størrelse for beslutninger om utbygging. Debattene i kommunene har vært preget av temaene «hva» og «hvor»: Skal vi bygge omsorgsboliger eller sykehjem, og hvor er det fornuftig å lokalisere dem? Dette har også uten unntak vært tema for de mest omfattende konfliktene som er observert.

Nesten uansett hvilket forhold ved iverksettingens prosess eller resultat som er studert, er betydningen av *kommunestørrelse* sentral. I større kommuner har omsorgsideologiske synspunkter hatt en sterkere stilling enn andre steder når det ble gjort veivalg under handlingsplanen. Her var også planprosessen preget av færre og mer spesialiserte deltakere, den tok lengre tid og ble oftere konfliktfylt. Det er også en slående sammenheng mellom kommunestørrelse og den tjenesteprofilen en ønsker å utvikle: større kommuner er nesten uten unntak sterkt boligorienterte; de bygger flere omsorgsboliger enn de har sykehjemsplasser, og de bruker i noen grad omsorgsboliger for å kompensere for redusert sykehjemskapasitet. Her skiller de seg ut fra nesten alle andre. Men fordi store kommuner er store – de rommer mange gamle mennesker, omsorgsboliger og sykehjemsplasser – preger profilen deres helheten av pleie- og omsorgstjenestene i det fylket vi har undersøkt.

# 1 Innledning

## Handlingsplan for eldreomsorgen

Regjeringen Stoltenberg fremmet i mai 1997 Stortingsmelding nr. 50 (1996–97) – «Handlingsplan for eldreomsorgen». Innledningsvis ble målsettingen med denne handlingsplanen formulert slik:

Regjeringen legger i denne meldingen fram forslag til en 4-årig handlingsplan med konkrete satsinger for utbygging av en helhetlig pleie- og omsorgskjede som ivaretar brukernes behov. Dette innebærer styrking av hjemmetjenestene, fortsatt satsing på omsorgsboliger, flere plasser med heldøgns pleie- og omsorg og utbygging av ensensrom for alle som ønsker det.

Det legges opp til sterk statlig styring med vekt på finansielle og juridiske virkemidler. (St. meld. nr. 50 (1996–1997), s.5.)

Handlingsplan for eldreomsorgen har utviklet seg til å bli det største byggeprosjektet i norsk eldreomsorgs historie. I perioden 1998–2005 blir det bygget ca. 20 500 nye omsorgsboliger og ca. 6 000 nye sykehjemsplasser. I tillegg blir ca. 21 500 sykehjemsplasser – halve sykehjemssektoren – totalrenovert (St. meld. nr. 31 (2001–2002)). Til sammenligning ble det i den forrige store utbyggingsperioden – under den nye sykehuslovens gunstige finansieringsordninger i årene 1970–78 – bygget ca. 10 500 nye sykehjemsplasser. I tillegg reiste kommunene anslagsvis 7 000 aldersboliger (Daatland 1990). I begge tilfeller skjedde det en reduksjon av aldershjemskapasiteten, i årene 1970–78 med ca. 3000 plasser (Daatland 1990, op.cit.) og under handlingsplanen med ca. 6000 plasser (St. meld. nr. 31 (2001–2002)).

Handlingsplanen gir landets pleie- og omsorgstjeneste en ny infrastruktur. Historisk sett kan en si at vi tidligere har hatt en aldershjemsepoke og en sykehjemsepoke i norsk eldreomsorg. Aldershjemmene dominerte helt fra forrige århundreskifte og fram til ca. 1970 (Romøren 2001a); siden har de blitt avvirket, og spesielt raskt de siste årene. Fra 1970-årene har sykehjemmene hatt en tilsvarende sentral plass som aldershjemmene hadde tidligere. Men med utviklingen av hjemmetjenestene, og med oppbygningen av en stor omsorgsboligsektor under handlingsplanen, er vi nå i ferd med å forlate også sykehjemsepoken. Vi får en pleie- og omsorgstjeneste som er mindre institusjonsorientert og mer boligbasert.

I denne rapporten skal vi følge utviklingen av dette store prosjektet ved å ta for oss kommunene i ett fylke: Nord-Trøndelag. Hvordan tok de imot de statlige utfordringene, fortolket dem på sin måte, diskuterte saken innad, forhandlet med fylkesmann, fylkeslege og husbank, og fikk satt opp – eller pusset opp – bygg etter bygg? Med andre ord: på hvilken måte og i hvilken grad, ble velferdsstatens ambisjoner i Handlingsplan for eldreomsorgen virkeliggjort gjennom kommunal aktivitet?

Under handlingsplanen er det også skjedd en styrking på personell-siden. Mens det er vedtatt at byggeprosjektene kan vare fram til 2005 (de siste bevilgningstilsagnene ble gitt i 2003), ble den delen av handlingsplanen som handlet om bevilgninger til drift avsluttet i 2001. Styrkingen av personalressursene skiller seg ikke så mye ut fra hva vi har sett tidligere. Det har vært en jevn vekst i personalårsverkene i pleie- og omsorgstjenesten de siste 30 årene. For eksempel var gjennomsnittet ca. 2 600 nye årsverk per år i femårsperioden før handlingsplanen. Under handlingsplanen var vekst-takten ca. 3 200 per år. Det resulterte i ca. 13 000 nye årsverk i pleie- og omsorgstjenesten i årene 1998–2001 (Brevik 2003).

Målt i forhold til befolkningen over 80 år økte dekningsgraden av årsverk i pleie- og omsorgstjenesten fra 43,1 til 46,0 per 100 i denne perioden. Når handlingsplanens byggeperiode er over i 2005, viser planer og bevilgningsvedtak at dekningsgraden for omsorgsboliger vil være økt fra 2,9 til 12,3, for sykehjem fra 18,6 til 18,9. For aldershjem går den ned fra 5,0 til 1,5 (St. meld. nr. 31 (2001–2002)). Vurdert på denne måten blir økt boligbygging og redusert samlet institusjonskapasitet enda tydeligere som det sentrale utviklingstrekket. Endringen føyer seg inn i rekken av avinstitusjonaliseringer som har preget norsk helse- og sosialtjeneste på mange områder siden 1980-årene, og som vi i enda sterkere grad finner igjen i sykehusvesenet, i den psykiatriske spesialisthelsetjenesten og i omsorgen for psykisk utviklingshemmede (Romøren 2001b; Romøren 2001c).

## **Virkemidler og styringsformer**

Utbyggingen har skjedd ved bruk av omfattende økonomiske virkemidler og sterk styring og kontroll med kommunene. Gjennom ulike tilskuddsordninger har Stortinget i alt bevilget 32 milliarder kroner til investeringer og overført 10 milliarder kroner til drift av pleie- og omsorgstjenester. Som nevnt løp perioden for overføring av øremerkede driftsmidler ut i 2001, mens byggeperioden strekker seg fram til 2005. Mesteparten av investeringsmidlene, det

såkalte kompensasjonstilskuddet, overføres til kommunene over 30 år for å dekke utgifter til renter og avdrag på lån.

For å oppnå investeringstilskudd og driftstilskudd, måtte kommunene i tiden 1997–2002 sende inn planer og rapportere resultater årlig til fylkesmennene, som sammen med fylkeslegene avgav innstilling om byggeprosjekter til Husbankens regionkontorer. Den statlige styringen skjedde altså primært gjennom fylkesmanns- og fylkeslege-embetene, som opprettet prosjektorganisasjoner for formålet. Denne konstruksjonen – som foregrep sammenslåingen av de to embetene fra 2003 – var original, og det har ikke skjedd tidligere at så mye av styringen av større helse- og sosialpolitiske satsinger er overført fra sentralt til regionalt statlig nivå.

Fylkesmannens og fylkeslegens arbeid kan sees på som en gjennomføring av styringsbeslutninger truffet i overordnede maktsentra: Stortinget, Husbanken og Sosial- og helsedepartementet. Gjennom hele handlingsplanperioden traff disse tre instansene avgjørelser av stor betydning for den fylkesbaserte styringen, men disse beslutningene trakk ikke alltid i samme retning. Premissene for den statlige styringen på regionalt nivå har uttrykt et slags minste felles multiplum av Stortingets, Husbankens og Sosial- og helsedepartementets syn på hva handlingsplanen skulle være. Stortinget har gjort andre vurderinger enn departementet når det gjelder behov og prioriteringer (se St.meld. nr. 50 (1996–97); St.meld. nr. 34 (1999–2000); (St.meld. nr. 31 (2001–2002) og Innst. S. nr. 294 (1996–97); Innst. S. nr. 92 (2000–2001) og Innst. S. nr. 263 (2001–2002)). For eksempel utvidet Stortinget tilsagnsrammene for utbygging fire ganger, slik at antallet nye enheter som blir bygget er ca. 70 prosent høyere enn departementets opprinnelige forslag. Husbanken, som sentralt har utformet retningslinjene for sykehjemsbygg og omsorgsboliger og regionalt godkjent hvert enkelt byggeprosjekt, har gjennom planperioden utviklet egne synspunkter på utforming og drift av disse tiltakene i dialog med kommunene, og også med kompetansesentra utenom Sosial- og helsedepartementet (se Husbanken 1999; Husbanken 2001).

## Ideologi

Handlingsplan for eldreomsorgen har vært preget av ideologiske brytninger på faglig, administrativt og politisk nivå – lokalt og sentralt. Kjernen i disse brytningene er spørsmålet om sykehjemmenes egnethet og plass i eldreomsorgen, sammenlignet med omsorg gitt i hjemmene og i tilrettelagte boliger (omsorgsboliger). Debatten er ideologisk i den forstand at standpunktene er

formet av tro og overbevisninger og ikke av dokumentert kunnskap. Forskning har til nå bare ytet beskjedne bidrag. I diskusjonene deler gjerne deltakerne seg i to: «boligtilhengere» og «sykehjemstilhengere» (Slagsvold 2002). Boligtilhengere mener at sykehjem er en omsorgsform som medfører unødige innskrenkninger av privatliv og personlig frihet og gir dårlig tilpasset hjelp til den enkelte, mens omsorgsboliger legger til rette for selvbestemmelse og verdighet livet ut. Sykehjemstilhengerne mener at sterkt pleietrengende er i behov av omfattende hjelp døgnet rundt, og av medisinsk og sykepleiefaglig bistand i trygge omgivelser, noe sykehjemmene best kan tilby, mens omsorgsboligene kan føre til både isolasjon, utrygghet og mangelfull omsorg (Slagsvold, op.cit.).

Ulike faglige, administrative og politiske miljøer har en tendens til å slutte opp om den ene eller den andre ideologien. For eksempel vil man blant «boligtilhengere» vanligvis finne sykepleiere i administrative stillinger, sosionomer og ansatte i fylkesmannsembetene, mens man blant «sykehjemstilhengere» oftere finner sykepleiere i kliniske stillinger, leger og ansatte i fylkelege-etaten. Det er vanskelig å se et partipolitisk mønster i debatten, men i sosialkomitéen har Fremskrittpartiets standpunkter ligget nærmere «sykehjemstilhengerne» enn andre partiers (se Innst. S. nr. 294 (1996–97); Innst. S. nr. 92 (2000–2001) og Innst. S. nr. 263 (2001–2002)). Lokalt er mange politikere og eldrerådsrepresentanter også typiske «sykehjemstilhengere»; dette skal vi komme tilbake til. Paradoksalt nok er debatten om fordeler og ulemper ved sykehjem og omsorgsboliger i liten grad til stede i de tre stortingsmeldingene som har fulgt handlingsplanen (St.meld. nr. 50 (1996–97); St.meld. nr. 34 (1999–2000); St. meld. nr. 31 (2001–2002)). Årsaken kan være at Sosial- og helsedepartementet, der embetsverket vanligvis oppfattes som talspersoner for boliggingjøring, ikke ønsket å provosere Stortinget, der ikke minst den innflytelsesrike lederen i sosialkomitéen, Jon Alvheim (Frp), har vært en «sykehjemstilhenger».

Man finner en omfattende redegjørelse for boliggingjöringsideologien i det såkalte Gjærevollutvalgets innstilling (NOU 1992:1, kapittel 14). Dette utvalget foreslo bl.a. at aldersinstitusjoner skulle erstattes med ulike former for boliger som tjenestemottakeren selv hadde ansvar for og betalte for. I mellomtiden burde en ta sikte på at beboere i institusjoner økonomisk og formelt overtok ansvaret for boligdelen av oppholdet sitt, og at tjenester ble tilbudt uavhengig av boform – ikke som en «samlet pakke» som i dagens sykehjem. Utvalget hadde som premiss at alle mennesker uansett førlighet og hjelpebehov bør ha et *hjem* i alle faser av livet, fordi dette sikrer personlig integritet og livskvalitet. Institusjoner er dyre og dårlige tilbud, heter

det; institusjonsbeboere blir lett hjelpeløse og passive i stedet for å ta vare på sine ressurser ((NOU 1992:1, s. 228). Heller ikke i denne utredningen er det gitt dokumentasjon for, eller en nærmere drøfting av påstandene som framsettes om de ulike boformenes egenskaper og virkninger.

Gjærevollutvalgets innstilling førte til at Sosial- og helsedepartementet i 1994 foreslo å innføre en ordning med statstilskudd til bygging av omsorgsboliger. Ordningen ble administrert av Husbanken, som også utformet krav til standard og funksjonalitet. «Omsorgsboliger med Husbankstandard» er siden blitt et begrep, og investeringstilskuddene til omsorgsboliger under handlingsplanen er en videreføring av denne ordningen.

Boliggjøringstanken fra Gjærevollutvalget har fått et avgjørende gjennomslag under handlingsplanen, men er samtidig moderert. Det har ikke funnet sted noen avvikling av sykehjemmene eller endring av ansvaret for sykehjemmenes boligdel. Her skiller handlingsplanen seg fra for eksempel avviklingen av det fylkeskommunale helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen), som i vesentlig grad gjennomførte sine ideologiske målsettinger om avinstitusjonalisering. Det er flere årsaker til denne forskjellen. HVPU-reformen gav lite rom for kommunal valgfrihet; opplegget var i stor grad fastsatt i detalj av sentralmyndighetene. Men reformens ideologi ble heller ikke i vesentlig grad motsagt eller problematisert av alternative politiske, administrative eller faglige miljøer. Sosialdepartementet og den ledende interessegruppen Norsk forening for psykisk utviklingshemmede utgjorde en felles og ledende front (Romøren 1995).

Slik var det ikke under handlingsplanen. Sosial- og helsedepartementets forslag ble stadig overprøvd og endret av Stortinget, og Husbanken utviklet sine retningslinjer, sin godkjennings- og bevilgningspraksis på selvstendig grunnlag. I tillegg hadde kommunene selv stor innflytelse på den lokale, praktiske utformingen av planen. Både Stortinget og Husbanken lyttet dessuten til deres synspunkter underveis og endret viktige premisser for den overordnede styringen. Fordi sentrale avgjørelser under handlingsplanen var spredt på flere maktsentra som tok vare på ulike nyanser i den ideologiske striden, og fordi kommunene hadde valgfrihet, ble sluttresultatet et kompromiss i forhold til den mer renskårne ideologien en for eksempel finner i NOU 1992:1 (Gjærevollutvalget).

## Velferdsstat og velferdskommune

Statlig initierte reformer som gjennomføres på lokalt nivå er et sentralt trekk ved nyere norsk sosialpolitikk, ja ved moderne forvaltning overhodet. I løpet

av en tyveårs-periode har norske kommuners rolle som produsenter av velferdstjenester endret seg betydelig. Innen helse- og sosialtjenesten skjøt denne utviklingen for alvor fart med overføringen av ansvaret for primærhelsetjenestene i 1984, sykehjemmene i 1988 og psykisk utviklingshemmede i 1991–95. I de senere årene har det også skjedd en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten – særlig innen psykisk helsevern.

Vi har med andre ord bak oss en utvikling der velferdsstaten organiserer mye av sin tjenesteyting innen helse- og sosialområdet gjennom desentralisering. Mange har tatt i bruk betegnelsen *velferdskommuner* for å framheve den store betydningen produksjon av velferdstjenester har fått innen lokalforvaltningen (Nagel 1991). I et lengre tidsperspektiv sluttet en sirkel: På mange områder var det kommunene – i samspill med engasjerte enkeltpersoner og frivillige organisasjoner – som i første del av forrige århundre gikk i spissen for å utvikle de tjenestene som i dag utgjør grunnstammen i landets velferdsapparat (Grønlie 1987).

## Iverksetting og evaluering

Kommunehelseloven, sykehjemsoverføringen og HVPU-reformen har alle vært gjennomført ved at kommunene har *satt i verk* statlig initierte tiltak. Det samme gjelder Handlingsplan for eldreomsorgen. Slike prosesser har mange felles trekk, og studiet av dem er omfattende. Innenfor statsvitenskapen er det utviklet «*iverksettingsteori*» for å danne begreper som kan bidra til å belyse disse fenomenene. En kan skille med to hovedtilnærminger blant iverksettingsteoriene, en «beslutningsorientert» og en «proessorientert» (Kjellberg og Reitan 1995). De beslutningsorienterte iverksettingsteoriene har det overordnede styringssystemets oppgaver og interesser som utgangspunkt. Disse teoriens perspektiv kalles derfor ofte for en «ovenfra og ned»-tilnærming («top down»). Vurderingskriteriet for vellykket iverksetting er i denne tradisjonen graden av samsvar mellom de overordnede målene og utfallet lokalt. Siktemålet er å forstå hvordan statlig styring kan gjøres effektiv. En oppfatning av offentlige organisasjoner og forvaltningsorganer som formelle systemer med klare over- og underordningsforhold ligger til grunn.

Den «proessorienterte» tradisjonen innen iverksettingsforskningen består av det som ofte kalles «nedenfra og opp»-studier («bottom up»). De er opptatt av hvordan de utførende leddene i iverksettingen tilpasser seg den overordnede styringen gjennom forhandlinger og kompromisser. Suksesskriteriet for iverksettingen er *organisatorisk læring*, dvs. om de ulike involverte

partene – sentrale som lokale – vinner ny innsikt gjennom de reformene de deltar i. En anser ikke uten videre de overordnede målene som de eneste kriteriene for vellykket iverksetting, men som én av flere formuleringer om hva som er fornuftige endringer av en tjeneste eller en forvaltningspraksis. Dersom de involverte partene lærer av det som skjer i løpet av iverksettingen, og tilpasser målene deretter, er iverksettingen vellykket. Siktemålet med denne typen studier er å forstå hva som fører til praktisk veltilpassede resultater. Mer enn å være opptatt av formell organisering og autoritetsforhold, er organisasjonstenkningen som ligger til grunn for «nedenfra og opp»-tilnærmingen rettet mot uformelle strukturer og nettverk som er viktige for forhandlinger og endringer som finner sted i løpet av iverksettingsprosessen.

Et viktig norsk bidrag til den prosessorienterte iverksettingsteorien er arbeidene til Audun Offerdal, professor i offentlig administrasjon ved Universitetet i Bergen. En av hans velkjente formuleringer lyder:

Heller enn å studere samsvar mellom ideal og realitetar og forklare eventuelle avvik, bør studiet av iverksetting mer rette søkjelyset mot kva slags prosessar som går føre seg i iverksettingsfasen også når det gjeld å vurdere iverksetting som vellukka eller mislukka. Det betyr at endring og læring blir meir viktige tema enn mål og resultat (Offerdal 1984, s. 34)

Offerdals poeng er at de som deltar i iverksetting kan gjøre den bedre dersom de er åpne for å lære av sine feil. At målsettinger endres sentralt eller lokalt er ikke nødvendigvis et svakhetstegn, eller tegn på at iverksetting er mislykket; snarere tvert i mot. Målforskyvninger kan være tegn på realitetsorientering. Det er i samspillet mellom teknisk eller profesjonsbasert kunnskap på den ene siden og sunn, praktisk utforming av nye tiltak på den andre at mye av offentlig forvaltning utvikler seg, hevder Offerdal.

Å studere iverksettinger og å evaluere offentlige tiltak har mye til felles. På samme måte som en kan skille mellom «beslutningsorientert» og «prossessorientert» iverksettingsforskning, kan en skille mellom en «resultatorientert» og «prossessorientert» evalueringsforskning (Almås 1990). Den første undersøker hovedsakelig hva som er kommet ut av et tiltak, den siste hvordan dette resultatet ble oppnådd – prosessen fram mot resultatene.

## Hovedtemaer i denne rapporten

Den foreliggende rapporten anlegger vi et Offerdalsk «læringsperspektiv» på iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen. Vi er opptatt av hvordan handlingsplanens idealer og målsettinger bryner seg mot den



kommunale hverdagsvirkeligheten, det vil si hvordan ulike aktører – Sosial- og helsedepartementet, Husbanken, Stortingets sosialkomité, fylkesmenn, fylkesleger, kommunale fagfolk, politikere og administratorer – utgjør parter i et organisert arbeid som også omfatter forhandlinger og tilpasninger, endringer og målforskyvninger. Dette er å evaluere handlingsplanen som *prosess*. Men vi er også opptatt av hvordan *resultatene* av handlingsplanen ser ut på lokalt nivå – hva som kom ut av denne store satsingen – og hvordan disse resultatene kan forstås i lys av de prosessene de ble til igjennom.

Rapporten springer som nevnt ut av en nærstudie av iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag. Når det gjelder de lokale *prosessene* rundt handlingsplanen, rettes søkelyset mot de ulike forutsetningene kommunene hadde for å gjennomføre den, mot diskusjoner de førte innad om ulike løsningsforslag, og mot samspillet mellom de kommunale initiativene og den statlige styringen.

Når det gjelder *resultatene*, skal vi legge vekt på tempoet i utviklingen av nye tiltak lokalt, og på hva kommunene valgte å bygge for å fornye pleie- og omsorgstjenesten sin, og hvor de lokaliserte sine bygg – sett i forhold til de overordnede målsettinger og den ideologi som handlingsplanen ble båret fram av på sentralt hold.

## 2 Metode

At valget for datainnsamlingen falt på de 24 kommunene i Nord-Trøndelag fylke har både en pragmatisk og noen faglige begrunnelser. Den pragmatiske begrunnelsen er at prosjektleder var blitt kjent med disse kommunene gjennom sin deltakelse i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) i årene 1995–97. HUNT er en samling epidemiologiske studier av hele den voksne befolkningen i fylket. Studiene startet i 1985, og en ny datainnsamling gjentas med ti års mellomrom. HUNT-studiene har ulike siktemål og problemstillinger, men et felles datasett. Prosjektleder hadde ansvaret for å samle inn data om pasienter og beboere i fylkets aldersinstitusjoner i andre runde av HUNT. Formålet var å analysere disse menneskenes helse og funksjonsnivå, hva slags hjelp de fikk av sine pårørende før og under institusjonsoppholdet, og enkelte aspekter ved hvordan institusjonene de bodde i ble drevet (formålet med oppholdene, oppholdstid og lignende) (Romøren 1998). Og her er vi ved den viktigste faglige begrunnelsen for å velge Nord-Trøndelagskommunene til en studie av iverksettingen av handlingsplanen: Det forelå data om aldersinstitusjonspopulasjonen fra tiden like før handlingsplanperioden som kunne benyttes til å studere eventuelle endringer mot slutten av den.

I forbindelse med det foreliggende prosjektet planla prosjektleder å studere et begrenset antall kommuner, stort nok til å få fram en viss variasjonsbredde, men samtidig ikke større enn at det gikk an å gå i dybden med både kvantitative og kvalitative data. Det er en fordel at en slik begrenset kommunegruppe er fra ett og samme fylke; det betyr at de aktuelle enhetene har en del felles erfaringer. Kommuner ser gjerne til hverandres løsninger, oftest regionvis, som for eksempel kommunene i Namdalen og kommunene i Innherred. Enda viktigere er det at kommuner fra samme fylke under handlingsplanen var underlagt den samme lokale statlige styringen. Og på bygningssiden måtte alle forholde seg til det samme regionkontoret til Husbanken. Det betyr at viktige ytre betingelser for den prosessen de skulle igjennom var like.

Å velge kommuner fra bare ett fylke har sine betenkeligheter; disse er primært knyttet til spørsmålet om representativitet. Hva er særegent, og hva er mer allment ved Nord-Trøndelag, sett i forholdet til landet for øvrig? Mye ved Nord-Trøndelag er «typisk Norge», en del egenskaper har kommunene i Nord-Trøndelag bare til felles med kommunene i noen få andre fylker, og

noen er ganske særegne. Dette skal vi gjøre nøye rede for i neste kapittel. Vi skal også drøfte disse problemstillingene helt til slutt i denne rapporten, der spørsmålet om generaliserbarheten av resultatene er sentralt.

Datagrunnlaget består av fire komponenter:

1. Feltstudier
2. Intervjuer med lokale beslutningstakere i kommunene
3. Opplysninger om tjenestemottakere i institusjoner og boliger
4. Data om kommunene fra offentlige registre

Vi har vært to personer som har arbeidet med prosjektet: prosjektleder (Romøren) og prosjektmedarbeider (Svorken). De fleste kommunene ble besøkt i to omganger, først i 1998/1999 og senere i 2001/2002. Under besøkene ble det gjennomført *feltstudier* i form av besøk til alle nye og gamle aldersinstitusjoner og omsorgsboliger. Her ble eldreomsorgens bygninger på stedet kartlagt, og utforming og lokalisering av nye anlegg studert.

Vi foretok *intervjuer* med rådmann, helse- og sosialsjef (eller tilsvarende), pleie- og omsorgsleder (eller tilsvarende), lederen av eldrerådet, lederen av helse- og sosialstyret (eller tilsvarende), og ordføreren i hver kommune. De fleste av disse intervjuene gjennomførte prosjektleder og prosjektmedarbeider sammen. Det ble gjort opptak med en minidisk-spiller, i tillegg ble det ført systematiske notater. Disse ble renskrevet straks etterpå.

Vi benyttet en åpen intervjuform, dvs. at en liste over spørsmål ble gjennomgått, men samtalen løp forholdsvis fritt. Rekkefølgen av spørsmål kunne endres avhengig av hvilken retning samtalen tok. En oversikt over temaer som ble tatt opp overfor de ulike informantene («intervjuguide»), er gjengitt i vedlegget til denne rapporten.

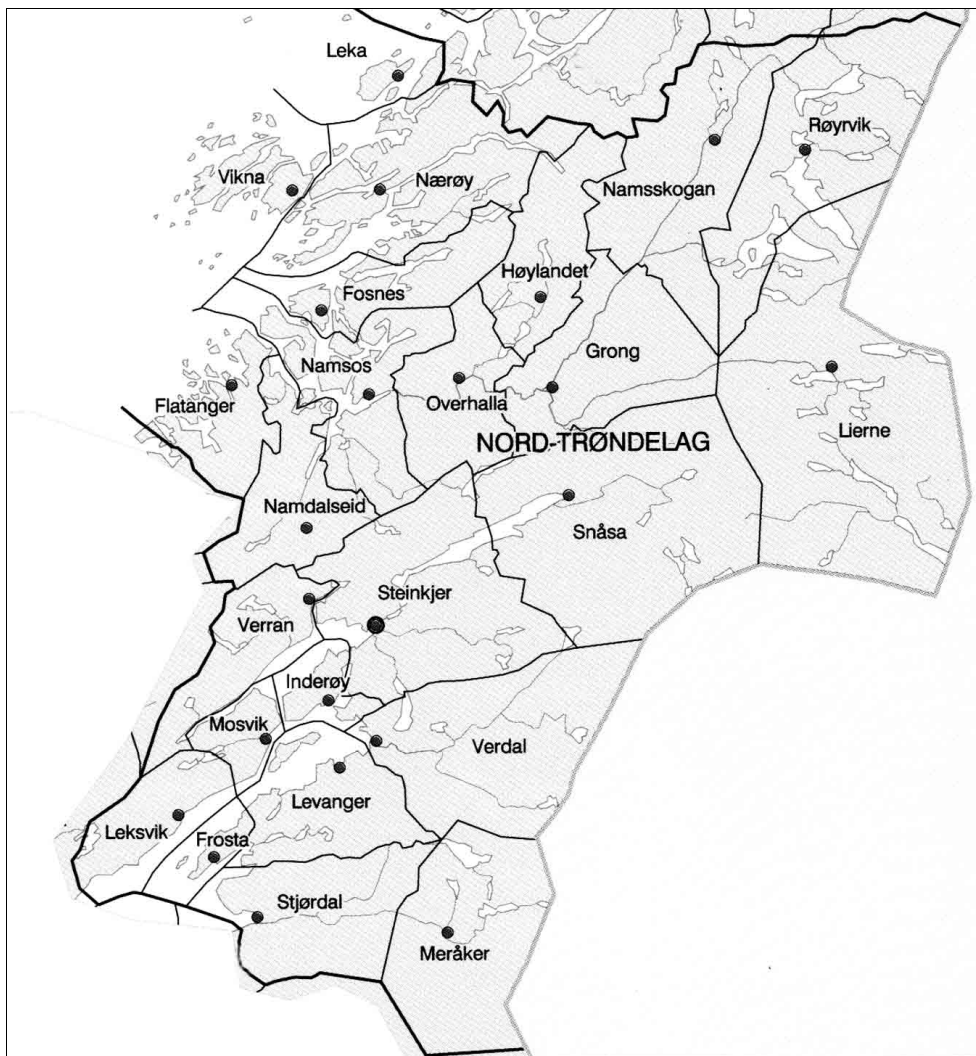
Data om *tjenestemottakere* omfatter funksjonsnivå og demensgrad hos beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger i 2002 (N=2129) og omfanget av offentlig hjelp gitt til beboere i omsorgsboliger samme år. I tillegg forelå det som nevnt data om funksjonsnivå og demensgrad blant beboere i sykehjem og aldershjem – men ikke omsorgsboliger – fra 1996 (N=1091). Dataene ble i begge tilfeller samlet inn av en sykepleier som kjente tjenestemottakeren godt. Barthels ADL-indeks og den såkalte «Klinisk demensvurdering» («Clinical Dementia Rating») ble benyttet begge ganger (se Kjellsberg 1996 for en orientering om disse målemetodene).

I 1996 var det to kommuner som ikke så seg i stand til å være med på datainnsamlingen, i 2002 én kommune. Det felles datasettet for begge undersøkelsetidspunkter omfatter altså 21 av 24 kommuner. Svarprosenten i 2002 var 94 for sykehjemspasienter, 91 for aldershjemsbeboere og 86 for

beboere i omsorgsboliger i de deltagende kommunene; den tilsvarende svarprosenten i 1996 var 83 for sykehjemspasienter og 81 for aldershjembeboere.

Data fra *offentlige registre* omfatter følgende informasjoner fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes kommunedatabank: befolkningstall, nøkkeltall om kommunenes økonomi, og statistikk om deres pleie- og omsorgstjenester. I tillegg er tall som bygger på kommunenes rapporteringer under Handlingsplan for eldreomsorgen, publisert av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, benyttet (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2002). Vi har også hatt nytte av kommunale plandokumenter som vi mottok under kommunebesøkene.

### 3 Nord-Trøndelag



Noen kilometer nordover på E6 – etter at en har forlatt Værnes flyplass og Statoils hovedkvarter for Midt-Norge – passerer en Skatval aldersheim, en klassisk, rank trebygning fra 1920-årene der driften nå er nedlagt og erstattet med noen flatklemt omsorgsboliger på nabotomten. Den gamle aldersheimen ligger lunt til i det kollete landskapet mellom velholdte trønderlån. Aldersheimen, Statoilbygget og flyplassen ligger i Stjørdal, Nord-Trøndelags nest sørligste, nest største, men raskest voksende kommune. Senere finner en både nåværende og tidligere kommunesentra med tilhørende aldersinstitusjoner og omsorgsboliger som perler på en snor langs europaveien; den går som en pulsåre også midt i dette fylket. Lengst nord langs E6 ligger fjellkommunen Namsskogan med sjukeheimen og de nye omsorgsboligene tett

inntil. Enten en befinner seg i utmarka eller i klondyke: det fins eldreomsorg hele veien.

Mellom Stjørdal og Namsskogan ligger Levanger, Verdal og Steinkjer ved Indre Trondheimsfjord, før veien fortsetter langs det smale Snåsavannet og svinger over i Namdalen med Grong og Namsskogan, som grenser mot Nordland fylke.

I øst ligger arealrike innlandskommuner med villmarksområder og fjellstrøk mot svenskegrensa: Meråker, Verdal, Snåsa, Lierne, Røyrvik. Vest for E6 finner en enda et sjikt med fjord- og innlandskommuner før en møter kystkommunene Flatanger, Fosnes, Vikna, Nærøy og Leka. De fire siste utgjør Ytre Namdalen – det værharde fiskedistriktet som Olav Duun skrev om. Hurtigruta har hatt mange tøffe turer over Folda.

Fylket er rikt på norgeshistorie. Stiklestad ligger i Verdal, og Frostadtingsloven ble til fem mil lengre sør.

En kan si at Nord-Trøndelag er delt i tre: Namdalen i nord – fylkets periferi, Innherred i midten, og den lille sørdelen (Stjørdal, Leksvik, Frosta) som er mer orientert mot Trondheim (Aune 1995). Det symbolske uttrykket for dette er – som i så mange andre norske fylker som består av flere tidligere fogderier – at både Namdalen og Innherred har egne sykehus. Utenom fem småbyer og større tettsteder består fylket av både bredbygder, dalbygder, fjellbygder, fjordbygder og kystbygder. Slik sett rommer Nord-Trøndelag svært mye av den tradisjonelle norske topografien og bosettingen. Fylket har – som de fleste andre norske fylker – ingen storby innenfor sine grenser, men heller ingen av de 25 mellomstore byene. Dette er uvanlig.

Nord-Trøndelags areal er nær gjennomsnittet for landets fylker, og topografisk holder det seg nokså nær gjennomsnittsverdiene for landet som helhet. Unntaket er en høy andel ferskvann og mye høydelag rundt 3–500 meter (men til gjengjeld få høydelag på 900 meter eller mer) (Statistisk sentralbyrå 2000). Det er først og fremst Snåsavannet og de store, ferskvannsrike halvhøye fjellområdene langs kjølen som bidrar til dette statistiske særdraget. I tillegg er øy-areale lite og kystlinjen kort til et kystfylke å være (Statistisk sentralbyrå 2000). Norskehavet står med andre ord ganske rett på.

Men selv om arealet er alminnelig stort, er folketallet bare halvparten av gjennomsnittet for landets fylker (Statistisk sentralbyrå 2000); Nord-Trøndelag hadde ved siste årsskifte 127 457 innbyggere. Folketettheten er altså lav, og med sine seks personer per kvadratkilometer ligger Nord-Trøndelag i denne henseende i det nedre sjiktet blant landets fylker, sammen med Hedmark, Oppland, Nordland, Troms og Finnmark. Halvparten av befolkningen bor i spredtbygde strøk, mens gjennomsnittet for landet er en

fjerdedel. Halvparten bor tettbygd; landsgjennomsnittet er tre fjerdedeler (Statistisk sentralbyrå 2000).

De fem småbyene og større tettstedene er Steinkjer (20 400 innbyggere – fylkets administrasjonssentrum), Levanger (17 700), Namsos (12 400), Stjørdal (18 900) og Verdal (13 700). Alle har altså over 10 000 innbyggere. I denne undersøkelsen kaller vi dem *større kommuner*, for de er ikke store i nasjonal målestokk. Norge har for tiden tolv kommuner med mer enn 50 000 innbyggere<sup>3</sup>, disse regnes vanligvis som landets store kommuner. 1/3 av befolkningen – 1,5 millioner mennesker – bor i dem. Nord-Trøndelag har altså ingen slike. Til *små kommuner* regner vi de som har under 2 000 innbyggere. Nord-Trøndelag har ni små av i alt 24 kommuner. Det er Flatanger (1200), Fosnes (800), Høylandet (1300), Leka (700), Lierne (1600), Mosvik (900), Namdalseid (1800), Namsskogan (1000), Røyrvik (500). Kommuner med 2–10 000 innbyggere kaller vi i denne undersøkelsen *mellomstore kommuner*. Nord-Trøndelag har ti kommuner av denne størrelsen: Frosta (2500), Grong (2500), Inderøy (5800), Leksvik (3500), Meråker (2600), Nærøy (5300), Overhalla (3600), Snåsa (2300), Verran (2700), Vikna (4000). Tabell 3.1. viser fordeling av kommuner etter størrelse, og hvor stor andel av befolkningen som bor i disse ulike kommunetypene i Nord-Trøndelag – sammenlignet med landet som helhet:

Tabell 3.1. Andel kommuner etter størrelse, og andel av innbyggerne som bor i kommuner av ulik størrelse. Hele landet og Nord-Trøndelag. Tall fra årsskiftet 2002/2003. Prosent.

	Andel av kommunene		Andel av innbyggerne	
	Norge	Nord-Trøndelag	Norge	Nord-Trøndelag
< 2 000 innbyggere	22	38	3	8
2-10 000 innbyggere	55	42	25	27
> 10 000 innbyggere	23	21	72	65
Sum	100	100	100	100

Kilde: NSDs kommunedatabase. Som nevnt tidligere er noen av dataene som er benyttet i denne publikasjonen hentet fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes kommunedatabase. NSD er ikke ansvarlig for analyse av dataene eller for de tolkninger som er gjort her.

Når det gjelder *kommunestørrelse*, viser tabellen at Nord-Trøndelag skiller seg fra landsgjennomsnittet ved en større andel små kommuner og en mindre andel mellomstore. Andelen større kommuner ligger omtrent på lands-

<sup>3</sup> Asker, Bergen, Bærum, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Oslo, Sandnes, Skien, Stavanger, Tromsø, Trondheim.

gjennomsnittet, men her må en altså huske på at i Nord-Trøndelag har bare én over 20 000 (Steinkjer) og ingen kommuner over 50 000 innbyggere, mens ti prosent av landets kommuner har mer enn 20 000 innbyggere og tre prosent over 50 000. Ser vi på hvor mange mennesker som bor i de ulike kommunetypene, er andelen nord-trøndere bosatt i mellomstore kommuner omtrent som landets, mens andelen som bor i små kommuner er større og andelen som bor i større kommuner mindre.

Sammen med Hedmark, Oppland, Nordland og Finnmark er Nord-Trøndelag for tiden et befolkningsmessig «nullvekstfylke». Mens befolkningsveksten i landet som helhet var 5,8 prosent i perioden 1990–2000, var den i samme periode 0,2 prosent i Nord-Trøndelag. Fem av de 24 kommunene hadde en nedgang i folketallet på mellom ti og tyve prosent fra 1990 til 2000, syv forventes å få en tilsvarende nedgang i perioden 1999–2009. Mange har hatt enda større fraflytning tidligere. I Nord-Trøndelag finner man med andre ord tendenser både i folketall og folketallsutvikling som er typiske for utkant-Norge (Statistisk sentralbyrå 2000).

Dette avspeiler seg også i næringsvegene. Nord-Trøndelag er et av landets mest typiske jordbruksfylker. Fortsatt kan antallet årsverk i jordbruket måle seg med årsverkene i industrien og i varehandelen. Men her som ellers er kommunal tjenesteyting den suverent største og raskest voksende næringen målt i årsverk (Nord-Trøndelag fylkeskommunenes nettside 2002). Ikke minst bidrar de kommunale pleie- og omsorgstjenestene til dette.

Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering, som bygger på Folke- og bolig tellingen 1990, grupperer kommunene i Nord-Trøndelag slik etter hovednæringsveier:

*Tabell 3.2. Statistisk sentralbyrås kommuneklassifisering 1990 – Næringstilknytning. Kommunene i Nord-Trøndelag sammenlignet med kommunene i resten av landet.*

	<b>Nord-Trøndelag</b>	<b>Resten av landet</b>
Landbruk	10 (42 %)	50 (12 %)
Industri	5 (21 %)	88 (22 %)
Bygg- og anlegg	1 ( 4 %)	14 ( 3 %)
Tjenesteyting	8 (33 %)	246 (61 %)
(N)	(24)	(405)

Kilde: NSDs kommunedatabase

Selv om det har skjedd mye i næringslivet i Nord-Trøndelag siden 1990 (tall for kommuneklassifisering, bygget på Folke- og bolig tellingen fra år 2000, foreligger enda ikke), viser tabellen et hovedmønster som trolig fortsatt



holder seg: Vurdert etter hva slags næring størsteparten av innbyggerne i kommunen arbeider i, skiller Nord-Trøndelagskommunene seg fra hovedmønsteret i landet ved at flere er dominert av landbruk og færre av tjenesteyting. Andelen av kommuner som er preget av industri- eller bygg- og anleggsvirksomhet er omtrent den samme som ellers.

Sør-samene har lange tradisjoner i Nord-Trøndelag, med viktige bosettinger i Snåsa og Røyrvik (Aune 2000). Tidligere har det vært mye gruvedrift i fylket, og fortsatt merker kommuner som Meråker, Verran, Namskogan og Røyrvik ettervirkningene av nedleggelsene. Skogen gir råstoff til en omfattende papir- og trelastindustri, og den som har passert Skogn glemmer aldri det brutale synet av industrirøyk, stål og betong ved Norske Skogs avispapirfabrikk på Fibortangen – Europas tredje største. Oljekonstruksjonene i Verdal er nesten like iøyenfallende. Store enheter innen treforedling og oljeinstallasjonsvirksomhet dominerer industrien i Nord-Trøndelag, og sender jevnlig samfunn som Levanger og Verdal på opp- og nedturer i takt med konjunktorene. Arbeiderpartiet og Senterpartiet får flere stemmer i Nord-Trøndelag enn ellers i landet, Høyre og Fremskrittspartiet færre. 64 prosent av de stemmeberettigede nord-trønderne sa nei til EU i 1994 (Statistisk sentralbyrå 2000).

De 24 kommunene i Nord-Trøndelag har altså mye til felles med landets øvrige kommuner, men skiller seg også ut. Naturen og topografien gjenspeiler landet, industrikommuner og småbyer er godt representert, men bosettingen er generelt mer spredt, kommunene mindre, de ligger mer perifer, en større andel av befolkningen bor i småkommuner, en mindre andel i større. Næringslivet er mer preget av landbruk og mindre av tjenesteyting enn det som er vanlig. Vi konkluderer med at Nord-Trøndelags kommuner er egnet til å gi et bilde av utkant-Norge og småbyene, mens situasjonen i større byer og sentrale strøk i landet ikke belyses.

## **Eldreomsorgen i Nord-Trøndelag før handlingsplanen**

Hvordan var pleie- og omsorgstjenesten i Nord-Trøndelag før handlingsplanen trådte i kraft, sammenlignet med landets øvrige kommuner? Tabell 3.3 angir noen nøkkeltall for hjemmetjenestene, tabell 3.4 for institusjonstjenestene.

Tabell 3.3. Pleie- og omsorgstjenester: nøkkeltall for hjemmetjenestene. Landet og Nord-Trøndelag 1996.

	Gjennomsnitt for landets kommuner	Gjennomsnitt for kommunene i Nord-Trøndelag
Mottakere av hjemmetjenester per 100 innb. 80+	39,5	41,7
Beboere i omsorgsboliger per 100 innb. 80+	9,0	11,0
Årsverk per mottaker av hjemmetjenester	0,26	0,27

Kilde: NSDs kommunedatabase

Tabell 3.4. Pleie- og omsorgstjenester: nøkkeltall for institusjonstjenestene. Landet og Nord-Trøndelag 1996.

	Gjennomsnitt for landets kommuner	Gjennomsnitt for kommunene i Nord-Trøndelag
Andel heldøgnsbeboere i institusjon per 100 innbyggere over 80 år	19,5	22,2
Andel plasser i skjermet enhet i prosent av antallet institusjonsplasser	11,3	10,7
Årsverk per heldøgnsbeboer i institusjon	0,84	0,87

Kilde: NSDs kommunedatabase

Fortolkningen av disse dataene er enkel og entydig: i året før Handlingsplan for eldreomsorgen tok til å gjelde lå volum og standard i pleie- og omsorgstjenestene i Nord-Trøndelag litt høyere enn landsgjennomsnittet. Unntaket er andel skjermede enheter i institusjon, der tallet for Nord-Trøndelag ligger ubetydelig under. Forskjellene som er vist i tabellene over gjenspeiler seg også i driftsutgiftene til pleie- og omsorgstjenester. Per 100 innbyggere over 80 år var disse kr. 178 300 i Nord-Trøndelag i 1996, mens det tilsvarende tallet for hele landet var 171 700, dvs. fire prosent lavere. Den mest nærliggende forklaringen på dette er at kommuneøkonomien i Nord-Trøndelag i gjennomsnitt var noe bedre enn for landet som helhet. Tallene for frie inntekter (dvs. statlig rammetilskudd, skatt på inntekt og formue, og evt. eiendomsskatt og konsesjonskraftinntekter) per innbygger i fylket var i 1996 kr 20 700; landsgjennomsnittet var kr 19 200, dvs. syv prosent lavere. Dette skyldes nok primært kommunestrukturen i fylket: de

minste kommunene i Norge har høyere frie inntekter per innbygger enn de mellomstore og større. Tabell 3.5 viser situasjonen i 1996:

*Tabell 3.5. Frie inntekter per innbygger i norske kommuner i 1996. Kroner*

Innbyggertall	Frie inntekter per innbygger	
	Landet	Nord-Trøndelag
Under 2 000	28 100	27 200
2 000–10 000	17 900	18 400
10 000–20 000	13 900	13 600
Over 20 000	14 000	13 200
Alle	19 200	20 700

Kilde: NSDs kommunedatabase

I fylker med mange små kommuner er kommunenes frie inntekter i gjennomsnitt høyere enn i fylker med en annen kommunestruktur. Av tabell 3.5 ser en også at de kommunene som har lavest inntekter per innbygger er de med mellom 10 og 20 000 innbyggere – altså slike som småbyene og de store tettstedene i Nord-Trøndelag.

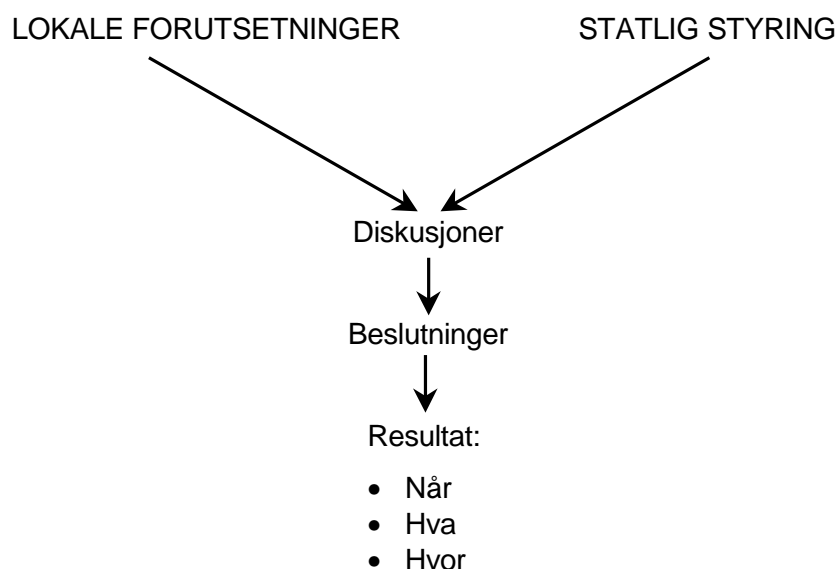
Den inntektsfordelingen en ser i tabell 3.5 er i vesentlig grad bestemt gjennom virkemidler sentralmyndighetene rår over (Kjellberg 1988). Fordelingen er dels utviklet for å oppveie økonomiske ulemper ved tjenesteproduksjon i små enheter, dels for å kompensere for spredt bosettingsmønster og store reiseavstander – noe en oftere finner i kommuner med lavt innbyggertall. Men fordelingen avspeiler også et tradisjonsrikt virkemiddel i norsk distriktpolitikk: en måte å opprettholde bosetningen i distriktene, der de fleste småkommuner er lokalisert, er å legge til rette for arbeidsplasser i offentlig sektor – barnehager, skoler, eldreomsorg. Dette virkemidlet er nå i ferd med å endres. Inntektsfordelingen kommer til å bli jevnere i kommuner av ulik størrelse i Norge (se for eksempel St. prp. nr. 64 (2001–2002)).

## 4 Prosesser

Da påleggene fra Sosial- og helsedepartementet om å gjennomføre Handlingsplan for eldreomsorgen kom til kommunene, startet en rekke samhandlingsprosesser med mange aktører. Blant de viktigste var politikere, eldrerådsrepresentanter, rådmenn, helse- og sosialsjefer (for de som hadde en slik stilling) og ledere på ulike nivåer i pleie- og omsorgstjenesten. Enkelte steder ble interessegrupper i befolkningen også spesielt engasjert.

For å kunne analysere disse prosessene og de resultatene de førte til, skal vi ta utgangspunkt i en enkel modell. Tanken er at arbeidet med handlingsplanen utfolder seg i skjæringspunktet mellom *lokale forutsetninger* på den ene siden og *statlig styring* på den andre. I møtet mellom disse to aktivitetene utvikler det seg idéer og forslag som gjennom ulike former for diskusjoner – innad i kommunene og mellom dem og regionale statlige etater – fører fram til beslutninger om utbygging av pleie- og omsorgstjenesten. Gjennomføringen av disse beslutningene utgjør handlingsplanens *resultater* lokalt, dvs. når det ble bygget, hva som ble bygget og hvor det ble bygget. Tankegangen er skjematisk framstilt i Figur 4.1.

Figur 4.1. Iverksetting av handlingsplanen på lokalt nivå – en tankemodell.



Vi skal i det følgende kommentere de enkelte leddene i modellen nærmere. Når det gjelder *de lokale forutsetningene*, legger vi vekt på følgende forhold:

- Pleie- og omsorgstjenestens historie og eksisterende utforming på stedet
- Om kommunen har en «ildsjel» blant lederne i pleie- og omsorgstjenesten
- Kommunens størrelse
- Kommunens topografi

Disse forholdene framstod som særlig sentrale ut fra hva vi observerte under feltstudiene og hørte om i de ulike intervjuene vi gjennomførte.

Alle lokale initiativ preges av de eksisterende utfordringene i pleie- og omsorgstjenesten, slik de ligger der som et resultat av disse tjenestenes utviklingshistorie. Men måten dette skjer på, og hvilke idéer og forslag som fremmes, er ofte avhengig av at det finnes en fagperson i kommunen med profilerte synspunkter på eldreomsorg som engasjerer seg i dette utviklingsarbeidet og driver det framover – en «ildsjel». Kommunens størrelse kan på sin side bety mye for hvor omfangsrik handlingsplanens utviklingsoppgaver blir, og hvor enkelt det er å gjennomføre dem, praktisk og organisatorisk. Kommunens topografi gir bl.a. viktige premisser for hvor nye tiltak skal lokaliseres: sentralt eller perifert i kommunen, ett sted eller flere steder.

Den *statlige styringen* under handlingsplanen er sterk og omfattende. Den består av skriftlig og muntlig veiledning om hvordan pleie- og omsorgstjenester bør bygges ut og drives, tilskuddsordningene med tilhørende retningslinjer, plankrav og søknadsfrister, og fylkesmannens, fylkeslegens og Husbankens vurderinger av kommunenes planer og vedtak.

*Diskusjoner* innad i kommunene om hva en skal gjøre under handlingsplanen kan ha ulik intensitet og varighet. Dette er dels avhengig av den statlige styringen og de lokale forutsetningene som er nevnt foran (historie, ildsjeler, størrelse, topografi), men også av kommunens arbeid med å finne omforente løsninger. De fleste kommuner er konsensusorienterte, men vi observerte også kommuner som er gjennomsyret av en konfliktkultur. Her var diskusjonene både mer motsetningsfylte og langvarige enn andre steder. Dette skal vi komme tilbake til.

Før eller siden ender diskusjonene i *beslutninger* om utbygging. Denne utbyggingen karakteriseres i denne rapporten ved

- *når det bygges*: hvor raskt det endelige resultatet av handlingsplanen foreligger
- *hva som bygges*: omsorgsboliger og/eller sykehjem
- *hvor det bygges*: geografisk lokalisering i kommunen og i forhold til andre anlegg

I denne undersøkelsen vurderer vi resultatene på samme måte som statlige myndigheter gjør: i form av institusjonsplasser, boliger og personell. Dette betyr ikke at Handlingsplan for eldreomsorgen ikke også har hatt andre virkninger enn de som følger av utbyggingsbeslutninger, for eksempel økt kunnskap om sektoren hos lokalpolitikere og i befolkningen, bedre planleggings- og rapporteringsrutiner i kommuneadministrasjonen, eller organisatoriske endringer og nye arbeidsrutiner i tjenesteapparatet. I det følgende er det imidlertid utbygging av tjenestene slik det er definert over som søke-lyset rettes mest mot. Men først skal vi beskrive nærmere det vi har kalt de lokale forutsetningene for kommunenes beslutningsprosesser, og aspekter av den statlige styringen. *Resultatene* framstilles og drøftes i neste kapittel.

## Tjeneste- og bygningshistorien

Pleie- og omsorgstjenesten er i kontinuerlig utvikling i alle kommuner, både i Nord-Trøndelag og ellers i landet. Handlingsplanen føyer seg inn i en pågående endringsprosess. Denne prosessen omfatter både oppgaver, personalressurser, arbeidsformer, organisering og videre planer. Det fattes nesten hele tiden beslutninger om utvikling av institusjoner, boliger, tjenester og organisasjonsformer. Det foreløpige resultatet av denne tjeneste- og bygningshistorien ligger der som et utgangspunkt når iverksettingen av handlingsplanen skal begynne.

Viktige sider av denne «omsorgstjenestens lokalhistorie» kan avleses i bygningsmassen. De fleste steder er utviklingen lett synlig gjennom en arkitektur der institusjonsbygg og -fløyer er reist og føyd til hverandre i flere omganger, gjerne omkranset av kommunale boliger av ulike typer og årganger. Dette er tydeligst i de små og mellomstore kommunene, der bygningene i hovedsak er lokalisert ett sted – i kommunesenteret. I bykommunene er det mange forskjellige anlegg spredt omkring, men flere av dem har en tydelig fysisk lesbar historie. Andre er enten helt nye, eller helt gamle og uforandret.

Velferdsstatens ekspansjon og skiftende omsorgsideologier tilkjennegir seg på denne måten gjennom arkitektur. I Nord-Trøndelag finner vi aldershjem bygget i hele perioden fra 1920 til 1984. Selv om noen er revet og noen omdisponert til andre kommunale formål, er forbausende mange aldershjemsbygninger enda i bruk – de fleste som omsorgsboliger, trygdeleiligheter, dagsentra eller lignende. Flere aldershjem (som det på Skatval, jf. s. 20) befinner seg i grender som tidligere utgjorde egne kommuner, og som er blitt liggende litt i skyggen av det nåværende kommunesenteret. Vi finner

små, trauste trygdeboliger fra 1970-årene – alene eller sammen med service- eller omsorgsboliger bygget i 1980- og -90-årene, hvorav de nyeste og stasligste etter normer fra 1994 som fortsatt gjelder for husbanktilskudd til slike boliger.

Mest gjennomgående finner vi imidlertid sykehjem. De fleste av dem er bygget i flere omganger fra 1960-årene og framover, men med en hovedkjerne fra 1970-årene i de fleste. Fylkeskommunen utviklet sykehjemmene i 1970- og -80-årene, stimulert av sykehusloven. Mange pågående ordførere forhindret den gangen sentraliserte, interkommunale løsninger. De reiste til Steinkjer og Oslo for å sørge for at hver kommune fikk sin egen institusjon. Uten en desentralisert sykehjemsstruktur ville det senere vært vanskeligere å organisere en kommunal pleie- og omsorgstjeneste.

På samme måte som bygningene, har pleie- og omsorgstjenestens ansvarsområde, arbeidsformer og organisering også gjennomgått en strøm av endringer, særlig etter Lov om helsetjenesten i kommunene (1984) og etter overføringen av ansvaret for sykehjemsdriften fra fylkeskommunene til kommunene (1988). Fra i hovedsak å være et tilbud for hjelpetrengende eldre, har pleie- og omsorgstjenesten i dag et bredt ansvar med oppgaver overfor mange grupper i alle aldre helt ned til alvorlig syke og funksjonshemmede spedbarn. Dette er dels som følge av politisk og administrativt styrte reformer, dels som en følge av endrede rutiner i spesialisthelsetjenesten.

Eldre utgjør likevel stadig hovedtyngden av tjenestemottakerne. For året 2000 var 80 prosent av alle mottakere av hjemmetjenester og beboere i aldersinstitusjoner over 67 år, 53 prosent over 80 (jf. Statistisk sentralbyrå 2002). Men pleie- og omsorgstjenestene gir i økende grad også hjelp til psykisk utviklingshemmede, psykiatriske pasienter, fysisk funksjonshemmede og pasienter som tidligere ble behandlet, rehabilitert eller pleiet i sykehus. Omfanget av disse oppgavene har – utrolig nok – ingen oversikt over. En indirekte indikasjon er at personer under 67 år med hjemmetjenester var den sterkest voksende gruppen i pleie- og omsorgstjenester i årene 1994–2000 (Statistisk sentralbyrå 2002).

Omfanget av nye oppgaver kan variere fra kommune til kommune, det samme gjelder den organisatoriske plasseringen av tjenestetilbudet deres. Noen kommuner har lagt ansvaret for tjenester til psykisk utviklingshemmede til andre avdelinger enn pleie- og omsorgstjenesten, for eksempel sosialtjenesten. Psykiatriske pasienter er kommunehelsetjenestens ansvar mange steder. Slik sett gav tjenestehistorien på stedet varierende utgangs-

punkt for diskusjoner om hva kommunen skulle gripe fatt i da handlingsplanen kom.

Variasjoner i utgangspunkt kommer bl.a. til syne gjennom omfanget av drøftinger og planarbeid som hadde funnet sted i forkant, uavhengig av handlingsplanen. Vi kan dele kommunene i to grupper:

1. Kommuner som enten var i gang med omfattende drøftinger om utviklingen av eldreomsorgen, som var i gang med en formell planprosess, eller nylig hadde gjennomført en planprosess
2. Kommuner som ikke hadde vært igjennom slike aktiviteter idet handlingsplanperioden startet.

De seks kommunene som *ikke* hadde hatt drøftings- eller planleggingsprosesser i forkant av handlingsplanen er en sammensatt gruppe. Både små, mellomstore og større kommuner er representert. To hadde vært gjennom store sykehjemsutbygginger fem år tidligere, to var svært små kommuner med uhensiktsmessige bygg, men likevel god kapasitet. To var kommuner med til dels betydelige driftsproblemer, men ingen faglig eller administrativt ansvarlig hadde tatt initiativ til å gjøre noe med dem, og i disse to kommunene tok det også lang tid før det ble fattet beslutninger om utbygging under handlingsplanen.

I Nord-Trøndelag hadde 17 av 24 kommuner (71 prosent) vært igjennom en drøftings- eller planprosess i løpet av de siste to årene før handlingsplanperioden startet. Et eksempel kan være en kommune hvor fagadministrasjonen var blitt lei av politikernes «synsing og truing» som de kalte det, i forbindelse med diskusjonen rundt behov og utvikling innen eldreomsorgen. Fagadministrasjonen inviterte kommunestyret til en temakveld. Denne oppryddings- eller oppklaringsaksjonen førte til at administrasjon og politikere hadde et felles ståsted da de skulle starte på handlingsplanarbeidet. I tillegg var mye grunnarbeid gjort når det gjaldt tenkning om utvikling og veivalg, noe som gjorde at en sparte tid. Under handlingsplanarbeidet oppstod det ikke mange diskusjoner, og fagadministrasjonens utbyggingsplan gikk enkelt og rask gjennom beslutningsprosessen i de kommunale organene.

Eksempelet viser hvordan det nylig å ha vært igjennom omfattende drøftinger eller planarbeid fører til at grunnarbeid kan være unnagjort. Planarbeidet under handlingsplanen går raskere. Dette kan få betydning for når utbyggingen blir ferdig. Diskusjoner og konflikter kan være løst, eller de kan bli videreført. Begge deler påvirker den videre utviklingen, løste konflikter i positiv retning og videreførte konflikter i negativ retning. Erfaring med planarbeid gir læring både om planprosesser og om utforming av



plandokumenter. Dette betyr ikke at allerede påtenkte planer nødvendigvis ble gjennomført. Handlingsplanprosessen bidro også til å forandre eksisterende planer – ja, noen steder også til at de ble forkastet og erstattet av nye.

I mange av kommunene som hadde vært aktive i forkant av handlingsplanen hadde man også *gjennomført* omorganiseringer og utbygginger. For eksempel hadde tolv kommuner benyttet seg av tilskuddsordningen for bygging av omsorgsboliger fra 1994. Omlegging av driften ved aldershjem var et annet trekk. Denne prosessen startet allerede tidlig i 1990-årene i Nord-Trøndelag. På initiativ fra rådmannen omdannet Steinkjer kommune aldershjemmene sine til omsorgsboliger etter Gjærevollutvalgets anbefaling. Beboerne gikk over fra å betale månedlig vederlag for oppholdet til å betale separate egenandeler for husleie, mat, tjenester osv. På grunn av gjeldende statlige refusjonsordninger (bostøtte, medisiner på blå resept m.v.) ble dette rimeligere for kommunene, mens nettoutgiftene for beboerne – som et gjennomsnitt – ikke ble vesentlig høyere. Denne modellen for omlegging av aldershjemsdriften spredte seg fra Steinkjer til fem andre kommuner i fylket i årene før handlingsplanen.

Seks kommuner hadde på 1990-tallet engasjert konsulentfirmaet «Ressurssenter for omstilling i kommunene»<sup>4</sup> i forbindelse med utviklingen av eldreomsorgen. I ytterligere én kommune hadde et annet konsulentfirma vært engasjert. Kommunenes fagadministrasjon vurderte samarbeidet med Ressurssenteret ulikt; halvparten var fornøyd, halvparten misfornøyd. Ledere som delte Ressurssenterets syn på hva en anser som riktig profilering av eldreomsorg (mindre institusjonskapasitet, mer omsorgsboliger og hjemmetjenester) var fornøyde, andre ikke. Initiativet til å engasjere konsulenter var i fire av seks tilfeller vevet inn i en strid om kommunens veivalg. En rådmann hadde for eksempel tilkalt RO for å få overprøvd en sektorleders planer, en sektorleder engasjerte konsulent for å få hjelp til å overbevise de ansatte om sitt syn.

Omleggingen av aldershjemsdrift etter mønster fra Steinkjer og påvirkningen fra «Ressurssenter for omstilling i kommunene» er to viktige årsaker til at kommunene i Nord-Trøndelag allerede før handlingsplanen startet hadde flere omsorgsboliger enn landsgjennomsnittet (jf. tabell 3.3).

---

<sup>4</sup> «Ressurssenter for omstilling i kommunene» («RO» – tidligere «Ressurssenter for omsorgstjenester») ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund i 1989. Det er en ideell, frittstående og selvfinansierende stiftelse med base i Stjørdal i Nord-Trøndelag, hvis formål er å bistå norske kommuner med endring, omstilling og utvikling – spesielt innen pleie- og omsorgssektoren. Ressurssenteret er kjent for sin skepsis til institusjonsomsorg.

## Ildsjeler

Med «ildsjel» mener vi en person i en faglig eller administrativ stilling som bidrar sterkt med idéer om hvordan pleie- og omsorgstjenesten bør utvikles, får tilslutning til sine idéer, og bidrar til gjennomføringen av dem på en avgjørende måte. Dette er mennesker som bokstavelig talt brenner for sin sak. Selv om «ildsjel» er en folkelig, og ikke en faglig term, treffer den fenomenet godt. «Ressursperson» eller «entreprenør» er alternative betegnelser, men de gir ikke de samme assosiasjonene om det glødende engasjementet – et kjennetegn som er typisk for mennesker i denne rollen.

I 15 av kommunene (63 prosent) har vi blant ledere eller mellomledere møtt én eller to personer som oppfyller våre kriterier til å være en ildsjel. Vi finner dem i alle kommunetyper, men hyppigst i de minste og i de største kommunene, jf. tabell 4.1.

Tabell 4.1. Fordelingen av ildsjeler etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse	Hadde ildsjel	Hadde ikke ildsjel
Små kommuner	6 (67 %)	3 (33 %)
Mellomstore kommuner	5 (50 %)	5 (50 %)
Større kommuner	4 (80 %)	1 (20 %)
SUM	15 (63 %)	9 (37 %)

Den typiske ildsjel er en fagperson som har vært ansatt i kommunen i lengre tid – vanligvis en pleie- og omsorgsleder eller en helse- og sosialsjef. Hun eller han har en relativt utvetydig virkelighetsforståelse som andre lett blir for eller imot. Det er lite rom for tvil, usikkerhet eller nyanser. Vanligvis er ildsjelen en ideologi-orientert «modernist», men ikke alltid. Noen ildsjeler er entusiastiske pragmatikere; de har sin styrke i å se nye løsninger på praktiske driftsspørsmål innen for en «tradisjonalistisk» ramme.

I to tilfeller oppstod det konflikter rundt potensielle ildsjeler. Andre, sterkere aktører – rådmann eller politikere – neglisjerte eller motarbeidet dem. Entusiastene ble satt på sidelinjen, og arbeidet med handlingsplanen ble overlatt til andre som i høyere grad delte rådmannens eller politikernes syn på veivalgene i pleie- og omsorgstjenesten, i det ene tilfellet et konsulentfirma. Noen entusiaster som kunne blitt kommunens ildsjel innenfor pleie- og omsorgssektoren fikk altså – med rette eller urette – ikke anledning til å bli det.

I noen grad er det også slik at ildsjeler kommer og går. I ett tilfelle der en ildsjel av naturlige grunner sluttet, satt representanter for både kommuneadministrasjonen og pleie- og omsorgstjenesten litt tafatte igjen, usikre på

hvordan de nå skulle gripe arbeidet an. En vegg hadde falt ut av handlingsplanhuset.

Hvis en ildsjel ble ansatt i en kommune i løpet av handlingsplanperioden, kunne vedkommende snu opp ned på situasjonen. Dette skjedde to steder. I den ene kommunen hadde det etter to år ikke vært framdrift i planarbeidet i det hele tatt. Stillingen som helse- og sosialsjef hadde stått vakant. Personalet på mellomledernivå manglet både tid og kompetanse til å gå inn i saken. Men etter at en engasjert og kompetent helse- og sosialsjef ble ansatt, ble omfattende nye planer lansert i løpet av kort tid – planer som endret pleie- og omsorgstjenestens profil i denne kommunen totalt.

En annen kommune var preget av omfattende konflikter og handlingslammelse. To år ut i planperioden hadde den enda ikke fremmet noen utbyggingsplan for fylkesmannen. På samme tid fikk kommunen ny helse- og sosialsjef. Vedkommende hadde fungert som ildsjel i en annen kommune, og hadde i tillegg erfaring som kommunepolitiker fra en tredje. I løpet av tre måneder var en plan fremmet som både politikere og fagfolk kunne samle seg om. Kommunen kom seg ut av sitt uføre, og utviklingen skjøt fart.

## **Kommunens størrelse**

Med kommunens størrelse mener vi antall innbyggere. Kommunestørrelsen får betydning for iverksettingsprosessen på flere måter. I de små kommunene har forvaltning og drift mange fellestrekk med husholdet i en storfamilie. Roller, ansvar og myndighet er i og for seg klart fordelt, men samtidig forankret i et fellesskap der partene gir inntrykk av å høre til hverandre. Basis for denne tilhørigheten er at de fleste deltakerne ikke bare bor i kommunen, men at de også er derfra, eller fra en av nabokommunene. Det kan se ut som om innflyttere i kommunale lederstillinger omfattes av de samme båndene.

På sitt beste skaper dette en følelse av at handlingsplanen har gitt deltakerne i iverksettingsfellesskapet en oppgave de skal løse sammen. De har konkret innsikt i hvordan eldreomsorgen fungerer og hvor problemene ligger; det skjer en effektiv læring, spredning av idéer går raskt. I slike kontekster låser uenigheter om utbyggingsmåter seg ikke så lett fast. Vi så bare ett tilfelle av dette i småkommunene, selv om det i tre av dem hadde vært motsetninger i forbindelse med utbygging av eldreomsorgen tidligere.

Følgende utsagn fra en pleie- og omsorgsleder kan stå som en typisk beskrivelse av arbeidet med handlingsplanen i en liten kommune:

Æ ser det at æ trur det er veldig viktig å ha med det politiske nivået helt fra starten av. Æ trur forståelsa for det man held på med, og det å på et vis ha det samme grunnlag når saken kjem til behandling, det trur æ er veldig viktig egentlig. Så æ har opplevde det som positivt, sjøl om en sjølvsagt sitt med veldig forskjellige erfaringa. Men det er jo viktig da å få diskutert dem og få liksom... bli enige da om hva man skal vektlegg. For det politiske nivået skal jo representar innbyggeran. Og dem har jo ønska og tanka og sånn, i forhold til det vi planlegg og. Så æ syns jo det er viktig å få med den biten og. Så det har æ opplevd veldig positivt. (...) For dem (politikarane, TIR) har jo innhenta litt synspunkta blant eldre i kommunen og litt sånn «Ka er det dem kan tenk seg, når dem blir gammel? Ønskar dem å bo i institusjonen eller ønskar dem en mer utbygd hjemmebasert omsorg?» Og litt i forhold til: «Kor skal boligan ligg hen?», og litt sånne ting. De snakkar jo med folk i bygda, og snakkar om at vi driv jo og jobber med herre no... og dem har vel og vøri med på møta når eldrerådet har hatt møta, der dem liksom kan hør litt på koss synspunkta som finnes der da.

Sitatet levendegjør sentrale trekk ved offentlig forvaltning i små kommuner: En har oversikt, kunnskapen om behov og tjenester er basert på konkret erfaring, skillet mellom fag, administrasjon og politikk er ikke så skarpt, politikarane kjenner folket og folket kjenner politikarane. I større kommuner har forvaltningen en annan karakter: Det kan skorte på oversikten, kunnskapen om behov og tjenester er mer abstrakt, det administrative arbeidet er mer profesjonalisert, det er skarpere skiller mellom fag, administrasjon og politikk og en større avstand mellom folkevalgte og innbyggere.

Det er kjent fra dagliglivet og bekreftet av organisasjonsforskningen at det er en sterk sammenheng mellom organisasjoners størrelse og deres grad av differensiering. Større organisasjonar er også mer formaliserte og sentraliserte (Scott 1998). Vi gjorde sjølvsagt den samme observasjonen: De større kommunene fungerer mer som formelle organisasjonar. Avstandene mellom avdelingar og etatar er større, både fysisk og menneskelig. Rundt helse- og sosialsjefen, eller pleie- og omsorgslederen, er det en stab med spesialistar. Det finnes en lokal identitet, men den virkar svakere; lederposisjonene er oftere besatt av innflyttere. Og læring og utvikling er som nevnt mindre preget av konkrete erfaringar, men desto sterkere av brytningar av ideologisk art. Alle disse forholdene kan ha bidratt til at vi observerte flere og sterkere konflikter rundt handlingsplanen i de større kommunene enn andre steder. Dette skal vi komme tilbake til.

De typiske trekkene ved kommuner av ulik størrelse kommer bl.a. til uttrykk i måten planarbeidet ble organisert på. Ut over de generelle krav som

framgår av planlovgivningen<sup>5</sup>, var det opp til den enkelte kommune å bestemme hvordan planarbeidet skulle utformes. I et rundskriv til kommunene i 1998 understreket imidlertid Sosial- og helsedepartementet betydningen av bred deltakelse fra befolkningen og aktiv brukermedvirkning i planprosessen:

Departementet har tidligere forutsatt at handlingsplanen for eldreomsorgen skal behandles og vedtas av kommunestyret, og at de kommunale eldreråd og berørte brukergrupper/ organisasjoner skal ha planen til høring. Dette gjelder også for den årlige rullering av planen, enten dette skjer i en egen plan for pleie- og omsorgstjenesten eller som del av en annen lovbestemt planlegging. Det er grunn til å understreke betydningen av bred deltakelse fra befolkningen og aktiv medvirkning fra brukerne av pleie- og omsorgstjenestene i planprosessen. Kommunale eldreråd og råd for funksjonshemmede er sentrale samarbeidspartnere i dette arbeidet. (Sosial- og helsedepartementet 1998.)

Organiseringen av planarbeidet i kommunene i Nord-Trøndelag kan deles inn i to kategorier:

- *Bredt organisert planarbeid*: plangruppen består av representanter for politikerne, fagadministrasjonen, og i de fleste tilfeller også av eldrerådsrepresentant og ansatte
- *Smalt organisert planarbeid*: bare representanter for fagadministrasjonen sitter i plangruppen

Halvparten av kommunene har hatt en *bred organisering* av planarbeidet (i tre av disse var imidlertid ikke eldrerådsrepresentant eller ansatte med i arbeidsgruppen). De resterende kommunene har hatt en *smal organisering* med bare representanter for fagadministrasjonen i plangruppa. Tabell 4.2 viser organisasjonsform etter kommunestørrelse:

---

<sup>5</sup> Plan- og bygningsloven, Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten og Kommuneloven. Lov om planlegging av helse- og sosialtjenesten i kommunene sier i den forbindelse: kap. II § 3 (ansvaret for planleggingen): Kommunestyret skal ha ansvaret for og ledelsen av planarbeidet. Plan skal vedtas av kommunestyret. § 4 (behandling av planen): Tidligst mulig under planarbeidet skal kommunen la utarbeide og gjøre kjent forslag til løsning av spørsmålet i planarbeidet som bør gjøres til gjenstand for nærmere orientering.

Tabell 4.2. Organiseringen av planarbeidet etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse	Smalt organisert	Bredt organisert
Små kommuner	1 (11 %)	8 (89 %)
Mellomstore kommuner	4 (40 %)	6 (60 %)
Større kommuner	4 (80 %)	1 (20 %)
SUM	9 (38 %)	15 (62 %)

Planleggingsprosessen i småkommunene er bred og inkluderende, i større kommuner smal og ekspertpreget. Satt på spissen: i de større kommunene er det forståegpårerne som utformer planene; i de små et kollektiv av ansvarlige og berørte. Det betyr ikke nødvendigvis at prosessen er mer demokratisk i småkommunene. For det er kommunestyret som fatter det endelige vedtaket hos alle, og det fins mange prosedyrer for å sikre at de berørte blir hørt også i større kommuner. Det er veien fram til de endelige beslutningene som er organisert på ulike måter. For å bruke et bilde: i større kommuner ligner denne veien mer en trafikkmaskin med tunneller, store veikryss og separate filer, mens man i småkommunene rusler sammen langs landeveiens svinger og bakker.

Vi har tidligere vært inne på at småkommunene har en litt romsligere økonomi enn de større, selv om det ikke nødvendigvis oppleves slik. Men det er rimelig å regne med også dette trekket i rekken av ulikheter mellom kommuner av forskjellig størrelse. Vi kommer til å bruke variabelen «kommunestørrelse» i mange av analysene i denne rapporten, ikke minst i kapitlet om handlingsplanens resultater. Kanskje kan en si at «byråkrati» og «økonomi» er viktige underliggende fenomener som bidrar til å forklare at – som vi senere skal se – ulike kommunetyper går litt forskjellige veier i handlingsplanperioden.

## Kommunens topografi

Topografien i en kommune omfatter areal, kommunikasjoner og bosettingsmønster. En viktig side ved bosettingsmønsteret er om kommunen har flere sentra eller består av to eller flere tidligere enheter. Kommunesammenlåingene på 1960-tallet var omfattende i Nord-Trøndelag.

Topografien får først og fremst betydning ved at den krever avveininger når det gjelder antallet driftsenheter en skal ha, og lokaliseringen av dem. Bare ni av kommunene har hoveddelen av sin bosetting lokalisert på ett sted. De tre bykommunene er de mest sammensatte; med ett unntak er bysenteret slått sammen med flere jordbrukskommuner i omegnen. Hver og

en av disse har hatt egne aldershjem. Aldershjemmene – ofte bygdas stolthet, med et oppbud av frivillig engasjement gjennom generasjoner – har med årene blitt utgangspunkt for lokalisering av nye eldreomsorgstiltak (jf. aldershjemmet på Skatval, s. 20). Bykommunene har derfor en desentralisert tjenestestruktur i sin pleie- og omsorgstjeneste. Det kan være vanskelig å endre denne strukturen, fordi de gamle kommune-enhetene lever videre som et uformelt grunnlag for utforming og fordeling av kommunal infrastruktur.

Også i andre kommunetyper er topografien slik at den ble et premiss for utbyggingen under handlingsplanen. Tre av de mellomstore kommunene hadde bygdesentra utenfor hovedsenteret som ble tilgodesett med utbygging av omsorgsboliger etter press fra aksjonsgrupper på dette «sublokale» nivået. To av de tre øykommunene omfattet også fastlandsbosettinger, der besøk fra hjemmesykepleien var avhengig av fergeforbindelse. Lav terskel for tildeling av sykehjemsplass for fastlandsbeboerne var derfor kostnadsbesparende. Dette tok de hensyn til i sin planlegging. To høytliggende innlandskommuner med store avstander gjorde lignende vurderinger: for å spare hjemmesykepleien for farefulle reiser på snø og is gjennom vinteren var terskelen for å få institusjonsplass lavere på denne årstiden.

## Diskusjoner og konflikter

De fire forholdene som er gjennomgått foran: tjeneste- og bygningshistorien, om det finnes en «ildsjel», kommunens størrelse og topografi – gav viktige impulser til diskusjonene mellom de ulike deltakerne i kommunenes planarbeid. De påvirket selvsagt også den videre behandlingen av planforslagene i de kommunale organene. De hyppigste diskusjonstemaene i kommunene i forbindelse med handlingsplanarbeidet har vært:

- Hvor skal vi bygge?
- Hva skal vi bygge?

Spørsmålet om lokalisering («hvor»), dreier seg som regel om i hvilken del av kommunen et anlegg skal bygges, noen ganger om hvordan nye bygg skal innpasses i forhold til eksisterende anlegg, i enkelte tilfeller omgjøring eller nedlegging av eldre anlegg. Spørsmålet om «hva» er uten unntak en diskusjon om kommunen skal bygge omsorgsboliger, om de skal bygge eller renovere sykehjemsplasser, evt. hvor mange de skal ha av hver.

I noen tilfeller oppstår det *konflikter* rundt viktige diskusjonstemaer. Med konflikt mener vi i denne sammenhengen uenighet som forsinker planprosessen slik at sentralmyndighetenes frister ikke blir overholdt, eller

uenighet som først løses ved kampvoteringer når kommunens endelige beslutning skal fattes. I fem kommuner har det vært konflikter etter disse kriteriene.

I det følgende skal vi presentere problemstillingene i diskusjonene mer i detalj, gjøre rede for hvilke hovedaktører som har vært involvert, og hvilke argumenter disse har hatt i forhold til ulike løsningsforslag. Hensikten er å få fram brytningene mellom det faglige og det folkelige, det ideologiske og det pragmatiske, og vise hvordan disse synspunktene kan nærme seg hverandre gjennom kompromisser.

## Lokaliseringsdiskusjoner

Lokalisering av omsorgsboliger er det vanligste emnet i denne typen diskusjoner. Bare i to tilfeller har det vært aktuelt å lokalisere sykehjem på nye steder, ellers er det bare snakk om utvidelse eller ombygging av eksisterende anlegg. Lokaliseringsdiskusjonene er av tre typer:

1. De som handler om å opprettholde bosetting og arbeidsplasser i kommunens periferi («utkantstrid»)
2. De som handler om interessekonflikter på grunn av gamle kommunegrenser eller en sammensatt topografi («grendestrid»)
3. De som handler om hvordan gitte byggearealer skal utnyttes («tomtestrid»)

I disse diskusjonene har uten unntak ulike nivåer i administrasjonen stått på den ene siden, og ulike politiske grupperinger på den andre. Når det gjelder «utkantstrid», finner vi i de aller fleste kommuner at administrasjonen vil lokalisere omsorgsboliger i umiddelbar nærhet av et sykehjem, og det vil vanligvis si i kommunesenteret. Argumentene for dette er driftsmessige fordeler gjennom felles utnyttelse av personell og husholdsfunksjoner (kjøkken, vaskeri osv.). I mange kommuner vil slike synspunkter veie tungt hos politikerne, og det blir liten debatt om saken. Andre steder har det oppstått omfattende diskusjoner fordi politikerne også ønsker å ta hensyn til situasjonen i perifere deler av kommunen. I én kommune dreide en slik diskusjon seg om nedleggelse eller eventuell omgjøring av et avsidesliggende aldershjem. I denne diskusjonen, som utviklet seg til en konflikt, sto sentral- og fagadministrasjon mot politikere, eldrerådet og Sanitetsforeningen – som eide aldershjemmet. Representanter for de to standpunktene foretok også egne brukerundersøkelser. Begge viste at eldre i kommunen *ikke* ønsket å bo i det avsidesliggende aldershjemmet. Men i avveiningen mellom ulike



hensyn valgte politikerne å legge vekt på andre forhold. Rådmannen beskrev prosessen slik:

Det var dette med at man skal prøve å opprettholde aktivitet og sysselsetting og befolkningen i distriktet. (...) Om det er et aldershjem eller om det er en bank, det spiller ikke noen rolle. Og så blir det bare aldershjem igjen, for det er det eneste kommunale. Så om banken og butikken og alt det andre forsvinner – det klarer dem ikke å slåss for. Men aldershjemmet... Så det blir sånn... det blir så mange interesser som kommer inn. Som ikke vi har styring på, og som er helt ulogisk og aldeles satt ut av sammenheng med den totale pleie- og omsorgstjenesten.

Den andre typen lokaliseringsdiskusjon – «grendestridd» – handler om interessekonflikter som følger gamle kommunegrenser fra før kommunesammenslåingene på 1960-tallet. I noen kommuner opptrer politikerne tidvis fortsatt som representanter for tidligere kommuner, ikke for partier eller kommunen som helhet. I ett tilfelle førte også dette til konflikt: politikere fra et område som nylig hadde mistet en skole presset på for å få et sykehjem som kompensasjon, mens fagadministrasjonen foreslo helt andre løsninger. I to andre kommuner mobiliserte grendebefolkninger ved å få frivillige organisasjoner og private aktører til å gå sammen om bygging av henholdsvis omsorgsboliger og bokollektiv i privat regi. De aktuelle grendene har tidligere vært egne kommuner.

«Tomtestrid» oppstod tre steder, i to av tilfellene utviklet den seg til konflikt. I det ene tilfellet ønsket politikere å ta hensyn til en tidligere vedtatt arealdisponering i et sentrumsområde når det skulle bygges en demensavdeling ved et sykehjem som lå i dette området. I det andre tilfellet ønsket politikere å lokalisere et sykehjem på et nytt tomteområde for næringsformål, for å dra i gang bruken av arealet.

## **Diskusjoner om omsorgsboliger og sykehjem**

I ti kommuner har det vært uenighet om man skal satse på omsorgsboliger eller sykehjemsplasser, og i tilfelle hvor mange. Aktørene har gruppert seg på ulike vis og inngått i varierende allianser. I åtte kommuner var det uenighet både mellom politikere og mellom ledere på ulike nivåer i fagadministrasjonen. Ofte har politiske partier vært enige med toppledelsen, som vanligvis prioriterer utbygging av omsorgsboliger. Andre partier har hatt samme syn som mellomledere (særlig institusjonsbestyrere), eldreråd og befolkning. Disse har ønsker vanligvis å bygge flere sykehjemsplasser.

En ordfører målbærer den folkelige skepsisen mot omsorgsboliger på denne måten:

Og der kan man kanskje få litt inntrykk av at folk flest har litt andre meninger enn det som er fagfolks synspunkt da. Og det er jo et tankekors syns æ. Folk er innstilt på å bo hjemme lengst mulig, men når de først skal flytte heimen ifra så er det mange som ikke ser poenget i å flytte inn i en anna heim der situasjonen er nesten den samme altså. Da vil dem gjerne ha litt meir omsorg når dem først skal flytte heimen ifra. Og det at de ikke syns de trenger de store leilighetene med store fasiliteter, men heller vil ha fellesarealer med fellesaktiviteter. (...) Det går på det at når de først skal endre sin livssituasjon, så forventer dem at de skal få noe nytt og mer omsorg og gå til dekket bord. Når de kommer i nye omgivelser, så kan noe av den vante tryggheten forsvinne. Noe kan da bedres ved å se folk.

Å flytte fra ett hjem til et annet vurderes altså av mange som lite attraktivt, i alle fall om forskjellen i hovedsak er knyttet til bofasilitetene alene. Ønsket om mer service, mer fellesskap, mer trygghet og mer opplevelse av at det er folk rundt en, er synspunkter som går igjen blant omsorgsbolig-skeptikerne. En kan si at det som etterlyses, er kvaliteter som er typiske for aldersinstitusjoner.

Som nevnt kan det være uenighet mellom fagadministrasjonens ulike nivåer når det gjelder hvilken boform som best dekker hvilke behov. I denne *nivåstriden* ønsker fagadministrasjonens ledere (helse- og sosialsjefer og til dels også pleie- og omsorgsledere) ofte en utvikling med mer omsorgsboliger enn mellomlederne, særlig lederne av institusjonsbaserte tjenester. Ulike roller og erfaringer i arbeidssituasjonen gjør at fagfolk med lik utdanning og profesjonstilhørighet utvikler ulike syn; sykepleiere i lederstillinger tenker i mange tilfeller annerledes enn sykepleiere på mellomledernivå. En mellomleder uttrykker seg slik:

(...) Det var vel et par runder med at jeg liksom sier det at: «Jeg har liksom inntrykk av at noen av dere tror at hvis boligene bare blir store og flotte nok, så opphører alt pleiebehov!» Liksom sånn... liksom bare helt matt over at de enda ikke har forstått poenget liksom. (...) De. Det er helse- og sosialsjef og liksom sånne folk som sitter i ja som helse- og sosialsjefens stab og, som ikke er fullt så involvert... Det er noe med å få dem til å forstå hvordan vi jobber, ikke sant? Den virkelighetsoppfatningen som vi har. Det er klart at vi kan godt ha kjempeboliger vi, hvis vi bare får en-på-en bemanning. Helt greit. De kan godt bygge hva de vil for meg, hvis det bare blir sånne forutsetninger. Men vi skal huske på at vi skal ha trygghet og tilgjengelighet for brukerne og vi skal ha

trivsel og vi skal ha rekruttering til stillinger. Vi skal ha et arbeidsmiljø som fungerer. Vi skal tenke på masse ting.

Fagfolk i ledelse og administrasjon og de lengst unna brukerne preges oftere av pleie- og omsorgssektorens nye verdier og ideologier (Christensen og Næss 1999). Dette er også i tråd med organisasjonsteoretisk forskning som viser hvordan det først og fremst er på ledernivå nye idéer beveger seg eller «flyter» (Røvik 1998). Eller mer folkelig uttrykt av en ordfører:

Det store flertallet av ansatte er av samme mening som de eldre. Går vel kanskje litt på å tale sin egen sak også. Og at det der er forskjellige oppfatninga hos dem som står i produksjonen for å si det sånn og jobber i institusjonan i forhold til dem som sitter i rådhuset her for eksempel, som da får styrt sine tanker i fra departementet og sånt..

Ledere og andre tilhengere av omsorgsboliger mener (som Gjærevollutvalget) at det er brukerens behov og ikke boligen som skal avgjøre hvor mye hjelp man får. Ressursene skal settes inn der det til enhver tid trengs mest. De fremhever også at omsorgsboliger etter deres oppfatning gir mer fleksibilitet i tjenesteproduksjonen, og at det alltid vil være mulig å gjøre omsorgsboliger om til institusjonsplasser, men ikke omvendt. Mellomlederne, preget av sine daglige erfaringer med eldre som trenger omfattende pleie, er mer usikre på hvordan omsorgsboliger vil fungere for dem med de største hjelpebehovene. Omsorg og trygghet er verdier som fremheves.

Mellomledernes synspunkter deles ofte av eldrerådene. I mange kommuner har det vært uenighet mellom fagadministrasjon og eldreråd om behovet for sykehjemsplasser og omsorgsboliger. Særlig i kommuner der administrasjonen ønsker en sterk boliggyøring av tjenestetilbudet er eldrerådene uenige. De har liten tro på at skrøpelige eldre får nok hjelp i omsorgsboligene. De ønsker flere sykehjemsplasser fordi man er sikrere på at de skrøpeligste får nok hjelp i denne boformen, og tror eldre opplever sykehjemmet som tryggere pga. nærheten til personalet. Slik kan eldrerådsledere uttale seg:

Hu (helse- og sosialsjefen) meine at alt ska værre omsorgsboliger, det går itt an! Æ meine det e teknisk ugjennomførlig med heldøgns tilbud i omsorgsboligan. Når dæm træng meir enn tre besøk kvar dag og trygghet på natta blir det itt godt nok slik dæm legge opp til nå. Da træng du å ha døra åpen sånn at du kan se folk heile tida.

Mange av de ældre sei at de e itt interessert i å fløtt te en ainn bolig, da kan de like godt fortsatt å bo i sin egen heim. Dæm vil føl sæ like utrygg som heime hos sæ sjøl og vil heller ha en plass på sykeheimen.

Det e denne nytenkinga, at ældre ska bo for seg sjøl, at de ældre ska føle seg fri og bestemme sjøl. Det e væl og bra så læng dæm e fresk.

Blant skeptikerne til en omfattende boliggyøring er det altså disse argumentene som går igjen: Utrygghet er utbredt hos hjelpetrengende gamle, og den kan best reduseres gjennom opplevelsen av at en hører eller ser at det er andre til stede, at en ikke er alene. Mange har vanskeligheter med å forstå at en annen bolig representerer noe reelt alternativ til å fortsette å bo i eget hjem, og at selvbestemmelse er så viktig når en likevel er avhengig av andre. Også her ser en at trekk ved institusjonslivet verdsettes.

Under de ulike synene på institusjon og omsorgsboliger ligger det muligens en generasjonsforskjell: dagens sentrale planleggere og lokale ledere er i gjennomsnitt minst en generasjon yngre enn dagens eldre. Men like mye kan det dreie seg om en forskjell mellom hvordan syke og friske tenker og føler om bolig og omsorg. En mellomleder påpeker hvordan omsorgsbolig-ideologien kan bli en projeksjon av planleggenes egne ønsker og behov:

... Men det går rett hjem hos mange andre i ledergruppen, med disse boligene som dem ser for seg at dem skal bo i når dem blir gammel (ler). Altså, det er noe med å ha liksom ønske om hva jeg vil ha når jeg blir gammel. Men så er det det at vi klarer ikke å forestille oss det. Jeg klarer ikke å forestille meg hvordan det vil være å være halvveis lam og avhengig av hjelp. Men jeg ser for meg at det ville vær flott å sitte i eiga stue med stereoanlegg og full pakke liksom og kabel-TV og kunne bare... liksom være egen herre, for det ønsker jeg jo i dag. Men så ser vi, eller dem som jobber i hjemmebasert omsorg, at det er ikke det som er viktig, altså det er ikke bare det som er viktig, når du blir dårlig og pleietrengende. Det er andre ting som er veldig vesentlig. Og det er det som jeg synes liksom ... det har heldigvis kommet litt med nå. For det at når vi skal bygge så må vi kanskje tenke på: «Hva er verdien for dem som faktisk er sjuk?» og ikke våre verdier femti år frem i tid for eksempel. For det har vi veldig vanskelig for å si noe om altså.

*Intervjuer:* Og hva sier de ansatte, brukernære da, at er viktig?

Det som de sier er: trygghet, tilgjengelighet. Altså, trygghet er vesentlig, og det at personalet er tilgjengelig, og synlig, er viktig. Det ligger i bunnen av alt det som blir sagt. Det er den synligheten... altså: er ikke personalet synlig, så er tryggheten mindre. Så det at personalet er synlig og tilgjengelig, det er faktisk cluet, tror jeg. Det er å bygge sånn at, om du bygger leiligheter så har du i alle fall en... har du utsikt til at... selv om du ikke trenger hjelpa, så er det viktig at du ser at den er der. Men, vi ser det at mange ganger så klarer ikke folk å bo i omsorgsboliger til tross for god funksjonsevne kanskje... det er sånn utrygghet.

I noen få kommuner utviklet diskusjonene om valget mellom omsorgsboliger og sykehjem seg til konflikter, men de fleste steder kom parter med ulike oppfatninger til enighet, enten ved å finne fram til kompromisser om hvordan balansen skulle være mellom antallet sykehjemsplasser og antallet omsorgsboliger, eller ved å utvikle omsorgsboligmodellen. Stikkord her er mindre romstørrelse, mer fellesarealer og stasjonær (fast) bemanning.

Vi tar sikte på at der (i de nye omsorgsboligene, TIR) skal vi kunne gi et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud til svært omsorgstrengende innbyggere. Det er døgnbemanning, med våken nattevakt og bemanning døgnet rundt. Vi har parallell kompetanse på den bemanninga sånn som vi har inne i sykeheimen. (...) Så det blir som en form for et... det blir en omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Det er en sånn mellomløsning, eller at du visker litt ut forskjellen mellom sykeheim og omsorgsbolig. (Pleie- og omsorgsleder)

«Mellomløsninger» kan lettere aksepteres av aktører med ulike ståsteder. Mindre og «tettere» omsorgsboliger var det imidlertid ikke lov til å bygge i begynnelsen av handlingsplanperioden; arealkravet var 50 m<sup>2</sup> per leilighet. Men Husbanken lærte av kommunene at store selvstendige boliger ikke er det beste for alle, og lempet på kravene. Dette skal vi komme tilbake til under avsnittet om statlig styring. Bygget man en omsorgsbolig i bofelleskap midt under handlingsplanperioden eller senere, så anbefalte Husbanken en størrelse på rundt 30 m<sup>2</sup>, noe som nærmer seg sykehjemsromstørrelse, den er på 25 m<sup>2</sup>. Når man tillegg kan ta kjøkkenfunksjonen ut av boligen, er det arkitektonisk og funksjonelt ingen særlig forskjell på omsorgsbolig og sykehjem lenger. En blir stående igjen med at de er hjemlet i ulike lovverk, har ulike regler for egenbetaling, og at sykehjem har forskriftfestede krav om bemanning og tilsyn – noe omsorgsboliger ikke har.

En egen kompromissvariant er omsorgsboliger som er bygget slik at de kan omgjøres til sykehjemsposter, også ved at «vaktrom» og tekniske installasjoner som skyllerom kan settes i drift om nødvendig:

Litt videre på den herre hybridtenkningen, itt sant. Nå skal vi bygge på sykeheimen vårres og det gjør vi ... altså når vi bygger på så bygger vi ikke sykeheimsplassa; vi bygger på det vi definerer som sånn bo- og serviceleiligheta da. Dvs. omsorgsboliger med bo- og servicestandard. Og det gjør vi fordi at de leiligheta som har sånn bo- og servicestørrelse dem er større kan du si enn en sykehjemsplass, i antall kvadrat. Og da sier vi at... hvis utviklinga skulle være sånn, så kunne vi på en måte gjøre om en bo- og serviceleilighet til en sånn sykehjemsplass. Men vi kan ikke gå anner veien. Vi kan ikke gjøre om et sykehjemsrom te ei bo-

og serviceleilighet. Så på en måte vi bygger inn en slags fleksibilitet i systemet vårres. (Pleie- og omsorgsleder)

Handlingsplanprosessen forgår over flere år, og deltakerne i diskusjonene endrer sine bilder av hva sykehjem og omsorgsboliger er. En kan med Offerdal si at det foregår organisatorisk læring (jf. s. 15). Et i utgangspunktet sort-hvitt-forestilling nyanseres. Steinkjer kommune tok i bruk begrepet «omsorgsboliger med sykehjemsstandard» om sin kompromissløsning; denne betegnelsen har etter hvert spredt seg. I noen kommuner brukes den for å markere at beboere i omsorgsboliger blir tilført hjelperessurser på linje med sykehjems pasienter. Administrasjonen står under press for å bevise at tiltaket holder hva det lover, og setter inn rikelig med personale.

## Konfliktforløp

Som nevnt innledningsvis i dette avsnittet, oppstår det i noen tilfeller konflikter rundt sentrale diskusjonstemaer. Konflikter er altså uenighet som forsinker planprosessen, eller først avgjøres ved kampvoteringer i kommunestyret. Alt i alt oppstod det konflikter i fem kommuner. Diskusjonene var meget omfattende og sterke fire andre steder også, bl.a. med et oppbud av folkelig engasjement og mange innlegg i lokalavisen. Men her greide en likevel å diskutere seg fram til enighet og å gjennomføre planprosessen uten forsinkelser. I mange kommuner er det en kultur for at en skal arbeide seg fram til enstemmige vedtak i saker som dette, dels for å ivareta samholdet, dels av «utenrikspolitiske» årsaker: staten skal få et entydig signal om hva man vil, noe som selvfølgelig øker sannsynligheten for å få de tilskuddene en har søkt om:

Du kan disseker politikeran også veit du. Ka e inni dem. Og da finn du en sykepleier, itt sant, kaillen til en sykepleier, itt sant, og det er det som skjer... Og når du satt og høyrd debatten så, den som målbar motstanden mest var jo en sykepleier som ha jobba i geriatrien... Som da målbar herre med sykehjemsplassa veldig sterkt, men som var villig til å ge seg. For det som politikeran her ha bestemt seg for, og det trur æ vi tjen på, det er at vi ska ta en debatt, men når vi ser kor flertallet ligg hen så er vi villige til å lage enstemmig vedtak, nettopp for å marker at herre vil vi. Så der og diskutert dem, og så såg dem kor landet låg hen, og så lagd dem einstemmig vedtak. Så, det legg nok nyansa i syn her, men et flertall står bakom det som no e gjort. (Rådmann)

Tabell 4.3 gir en oversikt over forløpet av de fem diskusjonene som utviklet seg til konflikter etter våre kriterier, med vekt på hva som var konflikttemaet, hvordan konflikten utviklet seg, og hva løsningen ble.

Tabell 4.3. Konflikter i kommunene i Nord-Trøndelag i forbindelse med Handlingsplan for eldreomsorgen

Kommune	Tema	Forløp	Løsning
<i>Kommune A, stor</i>	Satse mest på sykehjem eller omsorgsboliger?	Gammel uenighet der både administrasjonen og de politiske partiene var splittet.  Planfristen overskredet med ett år. Ny helse- og sosialsjef og nye politikere bila konflikten.	Kompromissløsning Enstemmig vedtak våren 2000  Planen realisert
<i>Kommune B, stor</i>	Bygge helt nytt sykehjem eller bygge om et gammelt og komplettere med omsorgsboliger?	En kommune preget av uvanlig mange konflikter og stridigheter. Det var politikere som ville bygge helt nytt sykehjem. Kampvoteringer om handlingsplanen gjennom to år; skiftende forslag.	Bygge om gammelt sykehjem og komplettere med omsorgsboliger Enstemmig vedtak høsten 2001  Planen realisert
<i>Kommune C, stor</i>	Nytt sykehjem: Vanlig sykehjem eller «kommune-hospital» etter «Kvaasemodellen»*)? Hvor skal sykehjemmet ligge?	Strid mellom sektorledere («nivåstrid»), og mellom ulike politiske partier. Politikere ville utnytte nye tomtearealer.	«Kommune-hospital» på næringstomt Kampvotering våren 2000
<i>Kommune D, mellomstor</i>	Nedleggelse av et aldershjem i periferien	Administrasjonen ville nedlegge, i motsetning til det politiske flertallet. Debatter i to år; planfrister overskredet. Fylkesmannen gav våren 2000 støtte til administrasjonen.	Aldershjemmet nedlegges Kampvotering høsten 2000  Kommunen oppnådde ikke tilskudd til to av sine prosjekter under handlingsplanen, delvis som følge av sine lange saksbehandlingstid
<i>Kommune E, liten</i>	Lokalisering av ny demensavdeling	Administrasjonen samlet om ett forslag, skiftende politiske flertall om et annet. Kampvoteringer med «omkamper» gjennom tre år.	Siste kampvotering våren 2001  Kommunen oppnådde ikke tilskudd til prosjektet, delvis som følge av sin lange saksbehandlingstid

\*) «Kvaasemodellen» er betegnelsen på en sykehjemsmodell skissert i den såkalte «Kvaasereporteren» (Sosial- og helsedepartementet 1999). Forslaget går ut på å omgjøre sykehjemmene til medisinske institusjoner for korttidsopphold. Betegnelsen «kommunehospital» har vært brukt om en slik type institusjon, jf. neste avsnitt.

En ser at temaet for to av konfliktene har vært prioritering mellom omsorgsbolig og sykehjem (kommunene A og B), to har dreid seg om lokalisering (kommunene D og E), mens én har dreid seg om både driftsmodell og

lokalisering for en ny sykehjemsinstitusjon (kommune C). I kommunene A og B, delvis også C, eksisterte konfliktene før og uavhengig av handlingsplanen. En kan si at handlingsplanen med sine tilskuddsordninger og planfrister satte kommunene under press for å finne løsninger, ellers ville alle bli tapere, slik det gikk i kommune D og E.

Tre av de fem større kommunene har hatt konflikter; de er med andre ord sterkt representert sammenlignet med de mellomstore og de små. Konfliktene i de større kommunene var også mer komplekse, dels fordi de var eldre enn handlingsplanen, dels fordi skillelinjene gikk på kryss og tvers både innad i fagetaten og mellom de politiske partiene, og dels fordi temaene var av mer ideologisk art (for og imot omsorgsboliger/sykehjem). De store kommunenes differensiering og spesialisering gav flere konfliktlinjer, og større avstander fra beslutningstakerne til tjenestens drift fylte debattene med et mer abstrakt, ideologipreget innhold.

I kommunene D og E var det kun strid mellom de politiske partiene, og konflikttemaet var av mindre ideologisk natur: det dreide seg om lokalisering. På den annen side ble konsekvensene her mer alvorlige. Kommunene D og E nådde til slutt ikke opp i prioriteringen av tilskudd til bygging av planlagte anlegg, primært fordi planprosessen deres ble forsinket av konfliktene. For kommune E var en allerede god dekning av institusjonsplasser en medvirkende årsak til at en ikke nådde opp, mens kommune D i tillegg ble rammet av endrede statlige prioriteringsregler mot slutten av handlingsplanperioden. Kommune D søkte om tilskudd til bygging av omsorgsboliger, men i denne fasen av handlingsplanen ble tilskudd til sykehjem prioritert.

## Statlig styring

Den statlige styringen påvirker diskusjonene og beslutningene i kommunene på flere måter. Sett fra kommunenes side var det særlig to aspekter ved denne styringen som fikk stor betydning:

1. Sosial- og helsedepartementets og Husbankens syn på hvordan omsorgsboliger og sykehjem skal utformes og drives
2. Retningslinjene for tildeling av investeringstilskuddene.

## Hva er en omsorgsbolig?

Uttrykket «omsorgsbolig» ble innført i 1994 i forbindelse med den nye statlig låne- og tilskuddsordningen i regi av Husbanken (Husbanken 1997). Som nevnt i kapittel 1 var denne ordningen en oppfølging av idéene fra Gjærevoll-utvalget om en «boliggjøring» av eldreomsorgen.



Både lov om helsetjenesten i kommunen, lov om sosiale tjenester, og lov om husleie regulerer opphold i omsorgsboliger. Den som flytter inn i en omsorgsbolig mottar hjemmetjenester etter behov og bruker sin vanlige lege. Det er ikke noe generelt krav om tilsyn i omsorgsboliger. I sykehjem er det bemanningskrav om sykepleierleder og legetilsyn. Omsorgsboligbeboere har på den annen side et sterkere rettsvern enn sykehjemsbeboere når det gjelder selve boligen; ingen kan kreve at en bruker flytter ut fra boligen, mens dette kan skje med en sykehjemspasient som flyttes til et annet rom.

Siden 1994 har Husbanken og Sosial- og helsedepartementet operert med tre typer omsorgsboliger. I et rundskriv om omsorgsboliger fra 1997 definerer Sosial- og helsedepartementet dem slik (Sosial- og helsedepartementet 1997):

- selvstendige boliger (boenheter på over 55 m<sup>2</sup> og uten krav til fellesareal)
- bofelleskap (boenheter på 40–55 m<sup>2</sup>)
- bokollektiv (boenheter på under 40 m<sup>2</sup> samt fellesareal som skal erstatte redusert privatareal)

Det heter videre at:

Fordi omsorgsboliger er ment å være boliger uten fast tilknyttet tjenester eller personell, er det ikke formålstjenlig å lovregulere boligene. (...) Omsorgsboliger er ikke fast bemannede, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende. (Sosial- og helsedepartementet 1997.)

Imidlertid har Husbanken siden mai 1999 anbefalt noe fast tilknyttet personell i omsorgsboliger (Husbanken 1999). Kravene til areal og til kjøkkenfunksjoner i omsorgsboligene er også blitt endret. Fra omkring midten av handlingsplanperioden har kommunene fått aksept for at arealet for omsorgsboliger i bofelleskap kan være under 30 m<sup>2</sup>, og at kjøkkenseksjon ikke er et absolutt krav. Husbanken lyttet til og lærte av kommunenes vurderinger. Den hadde også kontakt med fagmiljøer som bl.a. påpekte at for store arealer og for komplekst innhold i enhetene var uheldig, spesielt for beboere med aldersdemens.

Hos oss var det allerede tidlig i fasen politiske diskusjona på det at ordføreren skulle reise til Husbanken. Folk var veldig misfornøyd med opplevelsen av å ha veldig stramme ramma for ka du fikk godkjent. Det var tidlig i fasen. Og dem er jo nesten i enkelte sammenhenga nesten blitt litt sånn latterliggjort. Som herre kjøkkena. Dem har jo alle hørt om. Alle dem herre kjøkkenbitene som var et krav, men som skrøpelige mennesker kanskje itt ... aldri bruker. Det har blitt mer fleksibelt i

forhold til å lytte til kommunen, liksom de behov som vi føler er viktigst å prioriterer. Det har helt klart skjedd en holdningsendring. (Pleie- og omsorgsleder)

Departementet (egentlig Husbanken, TIR) har endra forutsetningene i forhold til størrelse på leilighetene i bokollektiv. Vi opplever at det er mer i tråd med det betjeninga... altså æ sukka letta... endelig nå har dem skjønnt poenget, med det som brukera av tjenestene og betjeninga som er nært brukerne har sagt hele tida: at det ikke er så behov for store leiligheter, og for store fine bygg. Det er behov for tilgjengelighet og nærhet. Og vi kan heller bruke pengene på innholdet i tjenesten, fremfor å bygge så store leiligheter. Og kjøkkenfunksjonen for eksempel i leilighetene, den opplever brukere og ansatte at det er lite behov for. Nesten alle steder. Uansett nivå på omsorgsboligen. Så fremt at det er felles kantine og sånt, så velger folk å bruke det, for å få fellesskapet. (Pleie- og omsorgsleder)

Dette førte til at kommuner på ulike tidspunkter møtte forskjellige krav med hensyn til utforming av omsorgsboliger, dels også at Sosial- og helsedepartementet hadde andre synspunkter enn Husbanken. De som bygde tidlig i handlingsplanperioden fikk derfor mindre hensiktsmessige og tilpassede løsninger enn de som bygde senere.

### **Hva er et sykehjem?**

Høsten 1999 utgav Sosial- og helsedepartementet rapporten «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester», ofte kalt «Kvaase-rapporten» etter utrederen som laget den (Sosial- og helsedepartementet 1999). Bakgrunnen for at denne rapporten ble utarbeidet var at ansvaret for sykehjem og hjemmesykepleie i 1998 ble overført fra Helseavdelingen til Pleie- og omsorgsavdelingen i Sosial- og helsedepartementet. De nye ansvarshavende ønsket en gjennomgang av sykehjemmenes oppgaver og formål. Utredningen konkluderte med å anbefale at sykehjemmenes funksjon ble endret fra hovedsakelig å være et bo-, pleie- og behandlingstilbud for de aller skrøpeligste eldre, til å bli en medisinsk institusjon for korttidsopphold. Samtidig foreslo rapporten å gi de skrøpeligste tilbud i omsorgsboliger. Forslaget er ikke blitt fulgt opp av sentralmyndighetene senere.

Midt i en situasjon der kommunene arbeidet med en bygningsmessig opprustning av sine sykehjem, og tok utgangspunkt i gjeldende driftsmåter, var dette et relativt overraskende budskap. Erfaringen fra våre samtaler med ledere og politikere i Nord-Trøndelag er imidlertid at Kvaase-rapporten og

den påfølgende debatten i liten grad nådde ut til de som satt med ansvar for handlingsplanen lokalt. Å bruke deler av sykehjemskapasiteten til korttidsopphold er en målsetting de aller fleste kommunene har, men bare få greier å gjennomføre den i det omfang de ønsker. Grunnen er at sykehjemsplasser er en knapp ressurs som primært blir brukt til å pleie de aller skrøpeligste, rett og slett fordi sykehjemmet blir ansett som mer velegnet til denne oppgaven enn omsorgsboliger.

Bare én kommune forsøkte å gjennomføre sykehjemsdrift etter anbefalingen fra Kvaase-rapporten (kommune C i Tabell 1). Erfaringene på kort sikt er at dette ikke lykkes, delvis fordi gjeldende finansieringsordninger for sykehjemsdrift gjør korttidsopphold ulønnsomme for kommunene, delvis fordi behovet for sykehjemskapasitet til permanente opphold for svært skrøpelige for tiden er større enn behovet for korttidsopphold.

### **Økonomiske incentiver i retning av boliggjøring**

Om Statens finansieringsordninger ikke harmonerer med prioriteringene i Kvaase-rapporten, så mener kommunene at de harmonerer godt med et ønske om boliggjøring av eldreomsorgen:

Og det er klart at det blir jo inntektan som styre det litt til slutt da. Altså, ka sitt kommunen igjen med til anna formål? Og det er klart at ved å bruke husleieinntekta og anna betalingstjenesta i omsorgsbolig så sett jo kommunen igjen med en større pott til slutt, enn om vi gjør med et vederlag i sykeheim. Så, det e nå vel litt det som styre. Trur itt vi skal se bort ifra det. (Helse- og sosialsjef)

Føler vel disse føringene som kommer fra staten og virkemidlene og fra kommuneadministrasjonen går på liksom «hvis dere vil ha penger så må de gå til det herre med omsorgsboliger», sjøl om de eldre ikke vil ha det sjøl, holdt jeg på å si. Så det ligg noen kollisjoner og problematikk i det området. (Ordfører)

Det kommunene oppfatter som de gunstigste tilskuddsordningene og de rimeligste driftsformene tillegges stor vekt ved utbyggingen. Omsorgsboliger får prioritet, også der hvor det argumenteres for å øke sykehjemskapasiteten. Eller som en helse- og sosialsjef uttrykte det: «Hos oss blir det omsorgsboliger eller ingenting». Gitt gjeldende finansieringsordninger oppfatter kommunene det slik at både investerings- og driftskostnadene for omsorgsboliger er lavere enn for sykehjem.

At omsorgsboliger er billigere for kommunene å drive enn sykehjem, kommer av at egenbetalingsordningene for beboere i omsorgsbolig isolert

sett reduserer kommunens driftsutgifter mer enn egenbetalingsordningen i sykehjem. Kostnadene ved selve pleien – altså når, og under hvilke betingelser det er rimeligere å pleie i den ene eller den andre av de to omsorgsformene – blir sjeldnere sammenlignet. Det er påfallende at denne problemstillingen er fraværende i samtlige offentlige dokumenter i forbindelse med handlingsplanen. De kommunene som har vært oppmerksomme på problemstillingen, vurderer det slik at når omsorgsbehovet stiger over et visst nivå, blir det mer ressurskrevende å gi like omfattende omsorg i boliger sammenlignet med i sykehjem.

... Etter hvert som du får tyngre pasienter utpå der (i omsorgsboligene, TIR), så blir det en veldig tungdrevet «sykeheim». Og det går med mytje meir ressursa. (Helse- og sosialsjef)

Den ideologiske delen, den la vi i bunnen helt fra starten... Dette med hjemliggjøring, mindre enheter, større fellesareal, mulighetene for å skape sosiale nettverk i dem. Dette med integrering, samtidig som man på en måte unngår institusjonalisering var også et viktig poeng. Men det er klart at dette er kostbart. Den billigste måten er et firkantet bygg med en gang i midten og rom på begge sider. (Rådmann)

## **Tildeling av tilskudd: fra sentral, åpen pott til fylkesvise kvoter og prioritering av kollektive boformer og sykehjem**

Våren 2000 bestemte Regjeringen etter press fra Stortinget at en fra 1.1.2001 skulle prioritere utbygging av sykehjems plasser og omsorgsboliger som var areal- og driftsmessig tilrettelagt med heldøgns tjenestetilbud framfor «generell omsorgsboligbygging». Utbedring av sykehjem ble også prioritert (Sosial- og helsedepartementet 2000). Bakgrunnen for denne innstramningen var Stortingets ønske om å prioritere de mest pleietrengende.

Fra 1998 til 2001 omfattet Husbankens tilsagnsramme søknader fra alle landets kommuner under ett. Rammen ble justert fra år til år slik at alle søknader som var anbefalt av fylkesmann og fylkeslege i praksis ble innvilget. Våren 2001 bestemte Regjeringen at Husbankens samlede tilsagnsramme fra 2002 skulle deles opp i fylkesvise kvoter. Dette ble gjort for å sikre at fordelingen av investeringsmidlene ikke ble preget av tempoet i kommunenes planlegging i for stor grad, eller «først til mølla-prinsippet», som denne fordelingsmekanismen ble kalt.

Prioritering av bestemte boformer og innføringen av en fylkesbasert kvoteordning endret premisene for den kommunale planleggingen. For kommuner som startet med generell omsorgsboligbygging og senere gikk

over til å utvikle bofellesskap/bokollektiver eller sykehjem, var dette en gunstig utvikling. De hadde hele veien prioriteringsreglene på sin side. Kommuner som hadde valgt den omvendte strategien, eller som hadde en langtrukken prosess der en utviklet bolig- og sykehjemsprosjekter parallelt, tapte på denne ordningen. Når de fattet sine beslutninger og søkte om handlingsplanens tilskuddsmidler, var prioriteringsreglene endret i deres disfavør.

Det som var det mest ødeleggende for hele planprosessen som æ ser det, det var det som skjedde her i mai/juni i år (2001, TIR). Ved at man kjørte hardt ut og fordelte fylkesvise rammer. Da følte vår kommune seg skikkelig lurt. Fordi at vi med så omfattende utbygging har ikke hatt sjans til å fronte noe forprosjekt som grunnlag for noe tilskottsgrunnlag imot Husbanken. Vi har altså prioritert bredde, dybde, engasjement, både ifra fagsida og fra brukersida og den politiske sida i vårt planarbeid...Fylkesmannen hadde store problemer å på en troverdig måte forklare og forsvare hvorfor staten, hvorfor det var riktig nu å sette den grensa og ha de fylkeskvotan. Æ har vel sjelden sett en fylkesmannsrepresentant frem på podiet foran meget engasjerte rådmenn, og ordførere, og helse- og sosialsjefer, dra opp en transparent der man opererte med at: «Det blir mange færre eldre enn det man har trudd, man blir ikke så syk lenger, man har større ansvar i lokalsamfunnet til å ta vare på de eldre» Altså, noe mer svada enn det æ hørt der det skal du lete lenge etter! Orker ikke rippe opp i dette, men det ble en frustrasjon og en forbannelse i kommunan, som dem kunne ha spart oss. (Rådmann)

I Nord-Trøndelag ble det søkt om tilskudd til bygging eller renovering av alt 1468 omsorgsboliger og sykehjemsplasser. Søknader som dekket 90 prosent av disse enhetene ble innvilget. Syv kommuner fikk avslag på fra åtte til 22 plasser, to kommuner fikk avslag på to plasser hver. Av de prosjektene som ble avslått var størsteparten omsorgsboliger, men også to sykehjemsprosjekter (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2002). Sammenlignet med kommuner i andre fylker kom Nord-Trøndelagskommunene alt i alt godt ut av det når det gjelder totalomfanget av investeringstilskudd. Til sammen fikk kommunene i fylket ca. 20 prosent mer i tilskudd enn gjennomsnittet for alle landets kommuner (St.meld. nr. 31 (2001–2002)).

## **Oppsummering: iverksettingsprosesser i Nord-Trøndelag**

Vi har i dette kapitlet gitt en prosessorientert beskrivelse av iverksettingen av Handlingsplan for eldreomsorgen, slik vi lærte den å kjenne gjennom kommunene i Nord-Trøndelag. Vi har skildret hvordan prosessene fram til

beslutning om utbygging var preget av lokale forutsetninger på den ene siden og statlig styring på den andre. Blant de lokale forutsetningene har vi lagt vekt på pleie- og omsorgstjenestens utviklingshistorie, ildsjeler, kommunens størrelse og topografi. Sammen og hver for seg påvirket disse faktorene diskusjonene som ble ført, både med henblikk på hvilket innhold de fikk og hvilken retning de tok. Diskusjonene har hatt to gjennomgangstemaer – *hva* som skal bygges og *hvor* det skal bygges. I 19 av 24 kommuner (79 prosent) kom man fram til enighet om disse spørsmålene og gjennomførte beslutningsprosessen uten tap av tid. I de resterende fem oppstod det konflikter om «hva» eller «hvor». Disse kommunene gjennomgikk omfattende stridigheter som forsinket dem betydelig, og to av dem nådde ikke sine mål.

Vi tror ikke det er tilfeldig at tre av de fem større kommunene endte opp med konflikter rundt handlingsplanen, mens dette bare skjedde i én av ti mellomstore og én av ni små. Vi tror heller ikke at det er tilfeldig at stridighetene i større kommuner hovedsakelig var av ideologisk art (omsorgsboliger/sykehjem), mens den i de to andre kommunetypene handlet om lokalisering («grendestrid»/«tomtestrid»). Større organisasjoner (kommuner) har egenskaper som øker konfliktpotensialet: differensiering, spesialisering, sentralisering (Scott 1998). I tillegg har de lavere inntekter enn andre kommunetyper. Dette kan også virke konfliktskapende. Det politiske og administrative lederskapet står i større kommuner på lengre avstand fra den daglige driften av tjenestene. Dette åpner for en mer abstrakt og ideologisk orientert forståelse av tjenestenes funksjon og innhold, og dermed også for stridigheter med et tilsvarende innhold.

Selv om det er en sammenheng mellom kommunestørrelse og konfliktpotensial, kan konflikter i mindre enheter være både omfattende og destruktive – når de først er der. For å si det slik: bygdestriden i Bjugn om seksuelt misbruk av barn ville neppe ha fått samme forløp i Trondheim. Det er slående at de større kommunene til slutt greide å manøvrere unna en tapsituasjon i forhold til de statlige tilskuddene. De diskuterte lenge, men ikke lenger enn at de til slutt fikk de pengene de søkte om. Partene i de mindre kommunene så ikke i tide at alle kunne bli tapere. Kanskje var det viktigere for dem å kjempe enn å tenke på de konsekvensene striden kunne få.

Utviklingen av kompromissløsninger eller «hybrider» mellom omsorgsboliger og sykehjem tolker vi som en læringsprosess – i tråd med Audun Offerdals idéer om iverksetting som læring. Disse læringsprosessene foregikk både på lokalt og sentralt nivå. «Omsorgsboliger med sykehjemsstandard» skiller seg i vesentlig grad fra de omsorgsboligene Sosial- og

helsedepartementet og Husbanken beskrev i handlingsplanene innledningsfase. Kravene til areal, funksjoner (kjøkken) og bemanningsform ble i mange kommuner oppfattet som uhensiktsmessige. En mente at mindre, enklere boliger og stasjonær bemanning ville fungere bedre, særlig for sterkt hjelpetrengende. Husbanken tok signalene, og lærte av dem. På kommunalt nivå finnes det både blant tjenestemottakere, fagfolk og politikere en verdsetting av egenskaper ved aldersinstitusjoner som en ønsker å ta med seg inn i det nye omsorgsboligtilbudet. Dette blikket for positive sider ved institusjonslivet mangler helt i Gjærevollutvalgets utredning – det dokumentet som var retningsgivende for Sosial- og helsedepartementets syn på omsorgsboliger og sykehjem under utviklingen av Handlingsplan for eldreomsorgen. Denne ensidigheten preget også den påfølgende «Kvaaserapporten» om sykehjemmene som Sosial- og helsedepartementet utgav midt under handlingsplanperioden. Idéene fra Gjærevollutvalgets innstilling og «Kvaaserapporten» fikk begrenset gjennomslagskraft i kommunene. Men de gav uten tvil impulser til gjennomtenkning av egen virksomhet og læring på pleie- og omsorgstjenestens grunnplan. Denne læringsprosessen nådde etter hvert også Husbanken og Sosial- og helsedepartementet.

## 5 Resultater

I dette kapitlet skal vi redegjøre for hvilke resultater Handlingsplan for eldreomsorgen har ført til i de 24 kommunene som er undersøkt. Først skal følgende spørsmål besvares (jf, figur 4.1, s. 27):

- *Hvor lang tid* brukte kommunene på å gjennomføre handlingsplanen?
- *Hva* har kommunene bygget mest av – omsorgsboliger eller sykehjem?
- *Hva slags* omsorgsboliger har de bygget?
- *Hvor* har kommunene bygget – ligger sykehjem og omsorgsboliger samlet eller fysisk adskilt?

Svaret på det første spørsmålet avspeiler bl.a. hvor effektive kommunene har vært som iverksettere. Svaret på de tre siste gir oss kunnskaper om viktige sider av pleie- og omsorgstjenestens nye infrastruktur. Indirekte forteller det om ideologiske og strategiske valg som er gjort, og sier noe om hva kommunene ønsker skal prege dagens og morgendagens tjenester.

Etter å ha drøftet svarene på spørsmålene over, skal vi analysere noen problemstillinger som det er knyttet stor spenning til i fagmiljøene og hos sentralmyndighetene: hvem har flyttet inn i de nye omsorgsboligene, og hva slags offentlige hjelpetilbud får de? Er innflytterne i hovedsak eldre? Er de relativt spreke, eller er det tvert i mot skrøpelige mennesker som har fått plass? Får beboerne nok hjelp, og ser hjelpen ut til å være tilpasset de behovene de har?

Vi skal også undersøke om utbyggingen av omsorgsboliger under handlingsplanen har ført til en endring i sammensetningen av pasienter i sykehjemmene. Hvordan er hjelpebehovene til de som bor der nå, er det blitt en sterkere seleksjon av svært skrøpeligere? Og har det skjedd endringer i bakgrunnen eller målsettingene for opphold i sykehjem? Utvikler sykehjemmene seg i retning av «kommune-hospitaler»?

Avslutningsvis skal vi gjennomføre en analyse av det vi kaller ulike *profiler* i pleie- og omsorgstjenesten. Med utgangspunkt i en typologi har vi delt kommunene inn i fire grupper: «Sterkt boligorienterte», «Moderat boligorienterte», «Moderat institusjonsorienterte» og «Sterkt institusjonsorienterte». Vi undersøker om kommuner i de fire gruppene har ulikt samlet ressursnivå i sin pleie- og omsorgstjeneste, og om de utnytter sine sykehjem og omsorgsboliger på forskjellige måter. Med andre ord: har kommuner med ulik profil også ulike driftsformer?



## Tempo: når ble det bygget?

Som vist i forrige kapittel, har kommunene gjennomført planlegging og utbygging under handlingsplanen i varierende tempo. Fire kommuner var helt ferdige allerede etter et års tid. I det andre ytterpunktet har vi «konfliktkommunene» (jf. s. 45), med kommune B som den mest ekstreme. Denne kommunen hadde – som vi tidligere har nevnt – ikke engang en plan for utbygging ferdigbehandlet før utpå høsten 2001.

Én av kommunene – Namdalseid – var faktisk ferdig med en omfattende utbygging av sykehjem og omsorgsboliger bare måneder *før* handlingsplanperioden begynte. Lenge så det ut til at denne kommunen ikke ville få en eneste krone fra handlingsplanen, mens kommuner som hadde vært nokså passive på forhånd etter hvert nøt godt av de statlige tilskuddene i rikt monn. Namdalseid valgte å tale sin sak overfor Stortinget. Kommunen godtok ikke indirekte å bli straffet for å ha vært framsynt og tatt ansvar. Initiativet førte fram. Sammen med enkelte andre kommuner i landet ble Namdalseid tildelt investeringstilskudd for omsorgsboliger og sykehjemsplasser bygget i 1997 fra handlingsplanens såkalte skjønnsmidler.

Tabell 5.1 viser hvor mange kommuner – etter størrelse – som var ferdige med utbyggingen under handlingsplanen i 2002, og hvor mange som blir ferdige senere.

Tabell 5.1. Tempoet i utbyggingen under Handlingsplan for eldreomsorgen i kommuner av ulik størrelse.

	Antall som var ferdige i 2002	Antall som blir ferdige 2003–2005
Små kommuner	8 (89 %)	1 (11 %)
Mellomstore kommuner	5 (50 %)	5 (50 %)
Større kommuner	0	5 (100 %)

Tabellen viser hvordan nesten alle de små kommunene allerede er ferdige med utbyggingen, halvparten av de mellomstore er det, men ingen av de større. Det er flere grunner til denne forskjellen. For det første hadde flere av de små kommunene vært aktive med utbyggingsplaner i forkant av handlingsplanen. For det andre oppnådde de fortere enighet om hva de ville gjøre. Saksbehandlingen gikk raskere, og ikke minst: oppgaven var mindre enn i de større kommunene. Det er klart at det går fortere å renovere et sykehjem med 16 plasser (Leka) enn å bygge over to hundre nye omsorgsboliger og sykehjemsplasser (Namsos, Steinkjer).

Men uansett årsak: erfaringene fra Nord-Trøndelag viser at små kommuner er effektive iverksettere av denne typen statlig politikk. Det er sjelden en så entydig kan konkludere med at «smått er godt».

## Valg av omsorgsformer: hva blir bygget?

Vi har allerede nevnt at Nord-Trøndelag til en viss grad var et «omsorgsboligfylke» før handlingsplanen trådte i kraft, og årsakene til at det var slik – nemlig at Steinkjer kommune i denne henseende ble et eksempel for andre, og at Ressurssenter for omsorgstjenester arbeidet sterkt for boliggingring i de kommunene de drev konsulentvirksomhet (jf. kapittel 3 og kapittel 4). Fortsatte denne tendensen under handlingsplanen, eller avtok den? Tabell 5.2 viser hvor mange plasser det var i henholdsvis sykehjem og i omsorgsboliger med husbankstandard i Nord-Trøndelag i 1997, og hva tallene vil være i år 2005 – når handlingsplanen er gjennomført fullt ut.

Tabell 5.2. Plasser i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger i Nord-Trøndelag fylke i 1997 og 2005<sup>6</sup>.

	1997	2005	Netto endring 1997–2005
Sykehjem	1101	1057	- 44
Omsorgsboliger med husbankstandard	345	1296	+ 951
Omsorgsboliger uten husbankstandard	503	487	-16
Aldershjem	361	63	-298

I tillegg er det i tabellen oppført hvor mange omsorgsboliger *uten* husbankstandard kommunene hadde på de to tidspunktene. Med dette mener vi alle boliger kommunene selv betraktet som, og kalte, «omsorgsboliger». De fleste av disse er boliger tilrettelagt for funksjonshemmede bygget før 1994 eller aldershjem ombygd på begynnelsen av 1990-tallet. Ikke tilrettelagte trygdeboliger og boliger av typen «eldre-hybler» er ikke regnet med.

<sup>6</sup> Tallene i tabellen avviker noe fra tall publisert av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag høsten 2002 (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2002). Disse har Statistisk sentralbyrå (sykehjem og aldershjem) og Husbanken (omsorgsboliger) som kilder. Våre tall er basert på egne forespørsler og observasjoner under kommunebesøkene. Fylkesmannens rapport refererer til at om lag 180 enheter ble ferdigstilt like før eller innenfor handlingsplanperioden og oppnådde samme gunstige ordning (Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2002, s. 5). De 180 er imidlertid ikke spesifisert med hensyn til hvor mange av disse som er sykehjemsplasser, og hvor mange som er omsorgsboliger. Ifølge våre opplysninger dreier det seg om 118 omsorgsboliger og 82 sykehjemsplasser.

Omsorgsboliger som ikke følger husbankstandarden fra 1994 og framover er viktige, for de bidrar vesentlig til kommunenes samlede kapasitet. Ikke alle har eget kjøkken, og boarealet kan være under 30 m<sup>2</sup>, men de er tilrettelagt for funksjonshemmede, og brukerbetalingen er den samme som i omsorgsboliger bygget med husbanktilskudd.

Antallet plasser i aldershjem er også satt opp i tabell 5.2. Nedlegging av aldershjem er jo et karakteristisk trekk ved handlingsplanen, og for å bedømme endringer i det samlede forhold mellom institusjoner og boliger, er det nødvendig å ha tallene for aldershjems plasser for øyet.

Tabellen viser at kommunene i Nord-Trøndelag sett under ett går videre på den linjen de førte før handlingsplanen: de satser i høyere grad på å bygge ut omsorgsboliger enn sykehjem. Det samlede antallet omsorgsboliger med husbankstandard firedobles, mens det er en liten nedgang i antallet sykehjems plasser. Men av de sykehjems plassene som består, vil 493 være helt renoverte eller nybygde. Den bygningsmessige standarden i sykehjemmene blir med andre ord betraktelig hevet.

En ser også at omsorgsboliger uten husbankstandard utgjorde *flertallet* av omsorgsboligene i 1997, mens de i 2005 bare vil utgjøre om lag en fjerdedel. Slik sett kan vi snakke om en betydelig standardheving her også. Nesten 300 aldershjems plasser blir borte under handlingsplanperioden. Alt i alt betyr dette at den samlede kapasiteten av omsorgsboliger i 2005 vil være 61 prosent høyere enn kapasiteten av institusjons plasser, og  $\frac{3}{4}$  av disse omsorgsboligene vil ha husbankstandard. Forholdet mellom institusjoner og boliger var omtrent det motsatte i 1997. Da var institusjonskapasiteten 72 prosent høyere enn kapasiteten av alle typer omsorgsboliger.

I 2005 vil kommunene i Nord-Trøndelag være blant de som har landets høyeste dekning av omsorgsboliger sett i forhold til antallet personer over 80 år. Sykehjemsdekningen vil være blant landets laveste, aldershjemsdekningen på landsgjennomsnittet. Den samlede dekningen av alle tre tiltak vil være noe over landsgjennomsnittet. Personelldekningen vil være lik gjennomsnittet for landet; det samme kan en si om eneromsdekningen på sykehjem (St.meld. nr. 31 (2001–2002); Fylkesmannen i Nord-Trøndelag 2002). Nord-Trøndelag bekrefter med andre ord sin posisjon som et «omsorgsboligfylke». Men det er likevel fortsatt et fylke der kommunenes samlede ressurser av boliger, institusjoner og personell er omtrent på linje med gjennomsnittet for landet.

Bak denne utviklingen skjuler det seg selvfølgelig en god del kommunale variasjoner. Disse kan igjen illustreres ved hvordan kommuner av ulik *størrelse* har utviklet seg. Dette er vist i tabell 5.3, som angir omfanget av sykehjems plasser og omsorgsboliger i form av dekningsgrad, dvs. i forhold til antallet per 100 personer over 80 år i kommunen.

Tabell 5.3. Dekningsgrad av sykehjem og omsorgsboliger med Husbankstandard i 1997 og i 2005 etter kommunestørrelse.

	Sykehjem		Omsorgsboliger	
	Dekningsgrad 1997	Dekningsgrad 2005	Dekningsgrad 1997	Dekningsgrad 2005
Små kommuner	29,8	34,1	4,2	19,3
Mellomstore kommuner	20,1	21,1	3,0	14,0
Større kommuner	17,1	13,4	7,4	23,2

Tabellen viser at omsorgsboliger både i 1997 og i 2005 har størst utbredelse i de større kommunene og minst utbredelse i de mellomstore. Det er likevel verdt å merke seg at veksttakten for dette tiltaket i de senere årene har vært stor både i små og mellomstore kommuner.

Dekningsgraden av sykehjemsplasser samvarierer nokså regelmessig med kommunestørrelse; dette gjelder både før og etter handlingsplanen. Tabellen viser at mens de små kommunene øker dekningsgraden av sykehjemsplasser, har de større kommunene valgt å senke den, mens nivået i de mellomstore er stabilt. Spredningen i sykehjemsdekning tiltar altså i perioden, mens det motsatte i noen grad er tilfellet med omsorgsboligene.

### Ulike typer omsorgsboliger

De nye omsorgsboligene i Nord-Trøndelagskommunene er langt fra like. De omfatter – som vi var inne på i forrige kapittel – varierende driftsformer. 670 boliger (80 prosent) har karakter av bofellesskap eller bokollektiv, av disse blir ca. 280 (42 prosent, og 29 prosent av alle nye omsorgsboliger) kalt «omsorgsboliger med sykehjemsstandard». Det betyr at de har stasjonært personale og er utstyrt med for eksempel vaktrom og skyllerom, installasjoner som er typiske for sykehjem. Bare 160 omsorgsboliger – 20 prosent – er bygget som selvstendige boliger, slik Gjærevollutvalget i sin tid tenkte seg.

Alt i alt finnes det omsorgsboliger med stasjonær bemanning i 13 av de 24 kommunene. Med stasjonær bemanning menes at personale med boligen som fast arbeidssted yter hjelpen, evt. at dette personalet befant seg innen en gangavstand på tre til fem minutter (det vil i praksis si i sykehjemmet rett ved siden av).

Fem kommuner har under handlingsplanen utelukkende bygget omsorgsboliger som drives på denne måten. Åtte har bygget enkelte boliger som drives med stasjonær bemanning og noen der det bare foretas besøk fra hjemmetjenestene til avtalte tider. Ni kommuner driver for tiden nye omsorgsboliger der det ikke er noen fast tilknyttet personale til stede. Om-

regnet til antall boliger har 60 prosent av de nybygde omsorgsboligene stasjonær bemanning om dagen og 57 prosent om natten.

Av de 951 omsorgsboligene som er bygget i dette fylket med investeringstilskudd fra handlingsplanen, er altså fire av fem bygget som bofellesskap eller bokollektiv, og tre av fem har stasjonær bemanning. Dette er et tydelig uttrykk for at den opprinnelige idéen om omsorgsboliger er modifisert og videreutviklet av kommunene, og at en betydelig andel av de nye omsorgsboligene har tatt opp i seg trekk fra aldersinstitusjonene som kommunenes planleggere, politikere og befolkning mener er av verdi i omsorgen for eldre og funksjonshemmede.

## Lokalisering: hvor blir det bygget?

Vi har tidligere vært inne på at det bare er bygget to nye sykehjem, og at det ene, i Steinkjer, er lokalisert i et nytt utbyggingsområde for næringsbygg. Det andre, i Meråker, er reist i flukt med rådhuset. All annen utbygging eller renovering av sykehjem har foregått innenfor rammen av de eksisterende anleggene.

Når det gjelder lokaliseringen av de 951 nye omsorgsboligene, er situasjonen mer sammensatt. Noen kommuner bygger omsorgsboliger samlokalisert med sykehjem – altså inne i sykehjemsbygget. Noen bygger omsorgsboliger i umiddelbar nærhet av sykehjem, mens enkelte lokaliserer sine omsorgsboliger andre steder. Noen har bygget to eller flere anlegg med ulike lokaliseringsformer, for eksempel i sykehjem/nær sykehjem, nær sykehjem/andre steder osv. Lokaliseringen av boligene er delvis uttrykk for praktiske betraktninger, for eksempel muligheter for samdrift. Men delvis er de også uttrykk for ideologiske holdninger, for eksempel et ønske om å markere at institusjon og bolig er noe forskjellig, at en vil unngå å bygge «omsorgsghettoer» og lignende.

Det kan være lønnsomt å knytte boligene til sykehjemmene. Det gir muligheter for besparelser, både ved felles bruk av personale og andre funksjoner som vaktmestertjeneste, klesvask og matombringing. Men ideologiske argumenter kan tale i mot: det er viktig også fysisk å opprettholde skillet mellom institusjoner og boliger, og å hegne om boligens «private» karakter. Spørsmålsstillingen har også med størrelse å gjøre: er bolig-anlegget lite, er det mer å hente ved samdrift med sykehjem enn når bolig-anlegget er stort. Det skal dessuten ikke store arealet til for å bygge en håndfull boliger; det kan det finnes plass til på mange sykehjemstomter. Men større anlegg krever mer rom, og alternativet med å plassere det nær sykehjemmet kan derfor falle bort av seg selv.

Tabell 5.4 viser fordelingen av lokaliseringsformer etter kommune-størrelse. Tabellen kan være litt vanskelig å lese. Når det i øverste rekke til venstre for eksempel står at 56 prosent av småkommunene, 20 prosent av de mellomstore og 20 prosent av de større kommunene har bygget omsorgsboliger inne i sykehjemmene sine, er dette regnet ut slik: 5 av 9 småkommuner = 56 %; 2 av 10 mellomstore = 20 %; 1 av 5 større = 20 %, osv. Dette fører til at verken rekkene eller kolonnene summerer seg til 100 %.

Tabell 5.4. Ulike lokaliseringsformer for omsorgsboliger – etter kommunestørrelse.

	Små kommuner	Mellomstore kommuner	Større kommuner	Alle
Har bygget omsorgsboliger i sykehjem	5 (56 %)	2 (20 %)	1 (20 %)	8 (33 %)
Har bygget omsorgsboliger nær sykehjem	4 (44 %)	7 (70 %)	2 (40 %)	13 (54 %)
Har bygget omsorgsboliger utenom sykehjem	3 (22 %)	4 (40 %)	4 (80 %)	10 (42 %)

Omsorgsboliger er lokalisert i sykehjem i en tredjedel av kommunene, i *umiddelbar nærhet* av sykehjem i vel halvparten av kommunene og *utenom* sykehjem i nær halvparten. En finner alle varianter i alle kommunetyper, men det er en tendens til at de minste kommunene oftere samlokaliserer omsorgsboliger og sykehjem, mellomstore bygger oftere boliger like ved sykehjemmet, mens de større kommunene oftere bygger omsorgsboliger helt andre steder. Forklaringen er at små kommuner har små institusjoner, og derfor både har en tendens til, og lettere anledning til, å velge «kompakte» løsninger med institusjonsrom og omsorgsboliger under samme tak. Større kommuner har større enheter, «kompakte» løsninger skaper derfor tomteproblemer. Det er grenser for hva en får plass til på samme sted. I tillegg er disse kommunene av ideologiske grunner mer tilbøyelige til å skille fysisk mellom institusjoner og boliger.

Fordi kommuner av ulik størrelse velger forskjellig, blir bildet annerledes om en ser på *hvor mange* omsorgsboliger som er lokalisert etter de tre ulike prinsippene. Da finner en at 81 boliger (8 prosent) er lokalisert i sykehjem – altså de små kommunenes foretrukne form, 216 boliger (23 prosent) nær sykehjem – de mellomstore kommunenes typiske utbyggingsmåte, og 654 (69 prosent) i egne anlegg – de større kommunenes vanligste lokalisering. Med andre ord: langt de fleste omsorgsboliger reist under handlingsplanen i Nord-Trøndelag er lokalisert som separate anlegg uten tilknytning til sykehjemmene.

## Hvem bor nå i sykehjem og i omsorgsboliger?

Vi har sett at den betydelige utbyggingen av omsorgsboliger er fulgt av en omfattende renovering av sykehjemmene, men at antallet sykehjemsplasser alt i alt ikke øker. Hvordan blir disse to hjelpetilbudene nå benyttet? Med basis i data fra andre halvår i 2002 skal vi i det følgende sammenligne personer som bodde i omsorgsboliger med husbankstandard (altså alle omsorgsboliger som er bygget etter 1993) med personer som oppholdt seg i sykehjem.

En første innfallsvinkel kan være kjønns- og alderssammensetningen. Det bor 70 prosent kvinner og 30 prosent menn i begge omsorgsformer. Men den gjennomsnittlige alderen er forskjellig; i sykehjem er den 83,4 år (21–106), i omsorgsboliger 79,6 år (21–100). Dette indikerer at de som bor i omsorgsbolig kan være tjenestemottakere med andre egenskaper og behov enn de som bor i sykehjem.

Vi har undersøkt dette ved å kartlegge *hjelpebehovet* til beboere i omsorgsboliger og pasienter i sykehjem. I tiden fra juni til oktober 2002 gjennomførte vi registreringer av både hjelpebehov og av demensgrad for alle som oppholdt seg i omsorgsboliger, i sykehjem og i de gjenværende aldershjemmene i fylket. Både i institusjoner og boliger ble registreringen foretatt av pleiepersonale som kjente tjenestemottakerne godt. Pleierne foretok sine registreringer omtrent på samme tidspunkt i hver kommune, men kommunene brukte ulik tid på å komme i gang; derfor ble datainnsamlingen spredt over flere måneder.

Ved registreringen ble det benyttet to skjemaer. Det første – som gjelder den såkalte Barthels ADL-indeks – er en gjennomprøvd og mye benyttet metode til å vurdere basale egenomsorgsfunksjoner som fødeinntak, personlig hygiene, påkledning, forflytning mellom stol og seng, hjelpebehov på toalettet, gangfunksjon og kontinens (se Kjellsberg 1996). Det er altså relativt omfattende hjelpebehov som måles, slik en ser hos ganske skrøpelige mennesker. Andre hjelpebehov, for eksempel slike som er knyttet til det å kunne bo alene i en husholdning – handling, rengjøring, benytte telefonen, holde orden på penger og medisiner og lignende – er ikke målt.

Det andre skjemaet gjelder «Klinisk demensvurdering» (KDV) («Clinical Dementia Rating» – CDR) (se Kjellsberg 1996), en metode for å vurdere graden av demens. Her skal pleieren ta stilling til fire beskrivelser av funksjonsnivået på seks områder som er knyttet til kognitiv funksjon. Det skal krysses av for hvilken av de fire beskrivelsene innen hvert funksjonsområde som best treffer tjenestemottakerens situasjon.

Hele registreringsskjemaet er gjengitt som vedlegg til denne rapporten. 23 av de 24 kommunene sendte inn data. Det foreligger komplett informa-

sjon om funksjonsnivå og demensgrad for 94 prosent av sykehjemspasientene i de 23 kommunene, for 91 prosent av aldershjembeboerne og 86 prosent av beboere i omsorgsboliger (jf. metodepresentasjonen i kapittel 2).

## **Omfanget av hjelpebehov hos de som bor i sykehjem og de som bor i omsorgsboliger**

Barthels ADL-indeks uttrykker funksjonsnivået (eller hjelpebehovet; i denne sammenheng regnes dette som synonyme begreper) i form av et tall mellom 0 og 20. Et høyt tall angir stor grad av selvhjulpenhet, et lavt tall store hjelpebehov. Gjennomsnittsskåren for pasienter i sykehjem var 7,6 og for beboere i omsorgsboliger med husbankstandard 14,9. I aldershjem var gjennomsnittsskåren 10,0. Det var signifikante forskjeller mellom kommunene: gjennomsnittsskåren for sykehjemspasienter var 8,4 i de minste kommunene, 8,7 i de mellomstore og 6,8 i de større ( $p < 0,001$ ). Når det gjelder beboere i omsorgsboliger, var resultatet henholdsvis 17,0, 16,6 og 14,2 ( $p < 0,001$ ).

Disse tallene forteller at de som bodde i sykehjem i registreringsperioden i gjennomsnitt var atskillig skrøpeligere enn beboerne i omsorgsboligene, at funksjonsnivået til beboere i aldershjem lå et sted midt i mellom de to andre gruppene, og at både sykehjemspasienter og omsorgsboligbeboere var skrøpeligere i større kommuner enn i mellomstore og små. Men tallene sier ikke noe mer konkret om *hvor* skrøpelig eller *hvor* spreke de ulike gruppene var. For å illustrere dette, er pasienter og beboere delt inn i fem kategorier: «Totalt hjelpeavhengige», «Sterkt hjelpeavhengige», «Trenger en del hjelp», «Trenger litt hjelp» og «Selvhjulpen». Funksjonsnivået til mennesker i de fem gruppene kan beskrives slik:

- «Totalt hjelpeavhengig» (Barthel 0–4 poeng): Personen er overhodet ikke i stand til å gå eller forflytte seg, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er helt inkontinent.
- «Sterkt hjelpeavhengig» (Barthel 5–9 poeng): Personen er oftest ikke i stand til å gå, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og ofte også til å spise, og er delvis eller helt inkontinent.
- «Trenger en del hjelp» (Barthel 10–14 poeng): Personen trenger hjelp til å gå og til å kle seg, og mye hjelp til personlig hygiene. Ofte inkontinent for urin.
- «Trenger litt hjelp» (Barthel 15–19 poeng): Trenger litt hjelp til å gå, og til å kle seg eller til personlig hygiene. Kontinent.
- «Selvhjulpen» (Barthel 20 poeng): Går uten hjelp, også i trapper. Kontinent, trenger ingen hjelp til personlig hygiene, påkledning eller til å spise.



Tabell 5.5 viser hvordan sykehjemspasienter fordeler seg mellom de fem gruppene – i kommuner av ulike størrelse.

Tabell 5.5. *Hjelpebehov hos sykehjemspasienter i kommuner med ulik størrelse målt med Barthels ADL-indeks. Prosent.*

	<b>Små kommuner (N=154)</b>	<b>Mellomstore kommuner (N=258)</b>	<b>Større kommuner (N=481)</b>	<b>Alle (N=903)</b>
Totalt hjelpeavhengig	39	31	45	40
Sterkt hjelpeavhengig	19	22	22	22
Trenger en del hjelp	21	30	20	23
Trenger litt hjelp	19	17	13	15
«Selvhjulpne»	3	1	0	1
SUM	101	101	100	101

Det kan være fornuftig å starte med kolonnen helt til høyre; den tegner det samlede bildet for alle sykehjemspasientene i fylket. «Totalt hjelpeavhengig» er den klart største gruppen, og til sammen er nesten to av tre sykehjemspasienter enten «Totalt hjelpeavhengige» eller «Sterkt hjelpeavhengige». På sykehjemmene befinner det seg med andre ord en stor andel svært skrøpelige mennesker – ute av stand til å gå, med behov for hjelp i nesten alle basale funksjoner og som oftest også inkontinente. Bare én prosent av de 903 sykehjemspasientene – syv personer – var «Selvhjulpne»; tre av disse bodde i kommunen med den høyeste sykehjemsdekningen, tre av dem var på sykehjem i andre kommuner, der de var inne for korttidsopphold.

Vi har tidligere nevnt at gjennomsnittsskåren for Barthels ADL-indeks er lavere for sykehjemspasienter i de større kommunene (6,8) sammenlignet med sykehjemspasientene i de små (8,4) og i de mellomstore (8,7). Tabell 5.5 viser mer konkret hva som ligger bak denne forskjellen. Det er en større andel av de «Totalt hjelpeavhengige» og en mindre andel av de som «Trenger litt hjelp» og de «Selvhjulpne» i de større kommunene. For kategoriene «Sterkt hjelpeavhengig» og «Trenger en del hjelp» er fordelingen mer lik. Det er med andre ord først og fremst ulik fordeling i ytterpunktene av skalaen som bidrar til ulike gjennomsnittsverdier i kommuner av ulik størrelse. Dette er uttrykk for en enkel prioriteringsregel: er det snaut med plasser, må de sprekeste vike plassen for de skrøpeligste.

Tabell 5.6 viser hjelpebehovet i omsorgsboliger med husbankstandard – i kommuner av ulik størrelse.

Tabell 5.6. Hjelpebehov hos beboere i omsorgsboliger i kommuner med ulik størrelse målt med Barthels ADL-indeks. Prosent.

	Små kommuner (N=93)	Mellomstore kommuner (N=222)	Større kommuner (N=731)	Alle (N=1046)
Totalt hjelpeavhengig	4	2	11	8
Sterkt hjelpeavhengig	8	6	10	9
Trenger en del hjelp	3	14	17	15
Trenger litt hjelp	41	52	44	45
"Selvhjulpen"	44	26	18	22
SUM	100	100	100	99

Også her er det naturlig å begynne med kolonnen helt til høyre. Den viser en fordeling som er nesten speilvendt av det vi så for sykehjemspasientene. Riktignok er én av seks beboere i omsorgsboliger (17 prosent) «Totalt» eller «Sterkt hjelpeavhengige», men så mange som 2/3 er i gruppene «Trenger litt hjelp» eller «Selvhjulpen». De som bor i omsorgsboliger i Nord-Trøndelag er altså langt sprekere enn sykehjemspasientene, og tabell 5.6 viser i hvilken grad og på hvilke måter de er det.

En ser av tabellen at det også her går et skille mellom tjenestemottakere i de største kommunene og i de to andre kommunetypene. Som nevnt er gjennomsnittsskårene for Barthels ADL-indeks henholdsvis 17,0 (små kommuner), 16,6 (mellomstore) og 14,2 (større). Nå kan vi se at dette skyldes at det er en mindre andel «Selvhjulpen» og en større «Totalt hjelpeavhengige» og «Sterkt hjelpeavhengige» i de større kommunene. Akkurat som i sykehjemmene ligger den vesentligste årsaken til forskjellene i hvor sterkt yttergruppene er representert. Vi tolker dette slik at den samme prioriteringsregelen gjør seg gjeldende ved tildeling av plass i omsorgsboliger som i sykehjem.

Men hvem er de svært skrøpelige beboerne i omsorgsboliger; i hva slags boliger og i hvilke kommuner de holder til? Selv om i alt 14 av 24 kommuner har én eller flere «Totalt hjelpeavhengige» i sine omsorgsboliger, er det en stor opphopning, både absolutt og relativt i de *større* kommunene. Det framgår av våre opplysninger fra disse kommunene at nesten alle de skrøpeligste bor i omsorgsboliger med sykehjemsstandard eller tilsvarende. Flere av disse kommunene har bygget og bemannet omsorgsboliganlegg slik at de kan ta hånd om svært skrøpelige – som et alternativ til sykehjemsomsorg.

## Omfanget av aldersdemens hos de som bor i sykehjem og de som bor i omsorgsboliger

Det er kjent at andelen pasienter med aldersdemens er høy i sykehjem. Undersøkelsen av beboerne i aldersinstitusjonene i Nord-Trøndelag fra 1996 viste at 63 prosent hadde moderat eller alvorlig demens målt med KDV-metoden (Romøren 1998). Hvordan var situasjonen i 2002, og hva var omfanget av aldersdemens blant beboere i omsorgsboligene i fylket samme år?

Omfanget av demens målt ved KDV deles vanligvis inn i fire grader – ingen demens, lett demens, moderat demens og alvorlig demens. De tre tilstandene med demenssymptomer kan beskrives slik:

- *«Lett demens»*: Lett hukommelsestap som virker inn på dagliglivets aktiviteter, vansker med å orientere seg og å løse problemer. Trenger hjelp til å fungere sosialt, har svekket interesse for hobbyer, trenger oppfordring til å stille seg.
- *«Moderat demens»*: Nylig inntrufne hendelser glemmes helt, er desorientert for tid og/eller sted, kan ikke klare seg utenfor hjemmet uten hjelp. Hobbyer er oppgitt, kan ikke ta vare på egne eiendeler. Trenger hjelp til hygiene og påkledning.
- *«Alvorlig demens»*: Svært hukommelsestap, totalt desorientert for tid og sted, fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø, trenger omfattende hjelp til eget stell, er ofte inkontinent.

Tabell 5.7 viser demensgrad blant sykehjemspasienter i ulike kommunetyper i 2002.

Tabell 5.7. Demensgrad blant sykehjemspasienter i kommuner av ulike størrelse. Prosent.

	Små kommuner (N=157)	Mellomstore kommuner (N=258)	Større kommuner (N=495)	Alle (N=910)
Alvorlig demens	40	35	46	42
Moderat demens	25	33	31	31
Lett demens	18	22	13	16
Ingen demens	17	10	9	11
SUM	100	100	100	100

Tabellen viser – ikke overraskende – at omfanget av demens er høyt i sykehjemmene, og at andelen med alvorlig og moderat demens er spesielt høy i større kommuner – 77 prosent. Omfanget av aldersdemens blant sykehjemspasientene i fylket sett under ett viser en viss endring sammenlignet med i

1996: andelen med alvorlig og moderat demens er steget fra 63 prosent til 74 prosent<sup>7</sup>. Dette skal vi komme tilbake til. Først skal vi vurdere situasjonen i omsorgsboligene. Tabell 5.8 viser demensgrad blant beboerne i omsorgsboliger på undersøkelsestidspunktet – i kommuner av ulik størrelse.

Tabell 5.8. Demensgrad blant beboere i omsorgsboliger i kommuner av ulike størrelse. Prosent.

	<b>Små kommuner (N=94)</b>	<b>Mellomstore kommuner (N=229)</b>	<b>Større kommuner (N=736)</b>	<b>Alle (N=1059)</b>
Alvorlig demens	1	3	13	9
Moderat demens	12	14	17	16
Lett demens	14	16	24	22
Ingen demens	73	67	46	53
SUM	100	100	100	100

Mønsteret gjentar seg: situasjonen er speilvendt, sammenlignet med graden av aldersdemens hos pasienter i sykehjemmene. Kolonnen ytterst til høyre viser at andelen med alvorlig og moderat demens i omsorgsboligene er omtrent like stor som andelen med lett demens og ingen demens i sykehjemmene – og omvendt. En annen måte å si det på er at sumskåren for KDV er 11,8 i sykehjem og 4,8 i omsorgsboliger ( $p < 0,001$ ).

Oppsummerende kan vi altså si at pasientene i sykehjemmene og første generasjons beboere i omsorgsboliger med husbankstandard – hvorav 3/4 er bygget i løpet av handlingsplanperioden – er svært forskjellige. Flertallet av pasientene i sykehjem er svært skrøpelige og med betydelige demenssymptomer. I omsorgsboligene er det omvendt.

I det foregående har vi bare analysert egenskaper ved beboere i omsorgsboliger bygget etter 1993. Er funksjonsnivået lavere hos beboere som bor i de eldre omsorgsboligene? Hvis det er slik, kan det tas til inntekt for at kommunene ønsker – og greier – å gjennomføre en omsorgspolitik der beboerne blir boende i omsorgsboligene også om hjelpebehovet øker sterkt. Vi har inndelt omsorgsboligbeboerne i tre grupper: De som bor i boliger bygget etter 1997 (altså i handlingsplanperioden), bygget i tiden 1994–97 og bygget før 1994. Resultatene viser at funksjonsnivået, målt med Barthels ADL-indeks er det samme i alle tre grupper. Omfanget av aldersdemens er imidlertid noe høyere i de eldste omsorgsboligene, de som er bygget før 1994.

<sup>7</sup> Dersom en kun tar med kommuner som var med i begge registreringsrundene er tallene henholdsvis 63 og 73 prosent.

Med andre ord: beboere i omsorgsboliger som utvikler aldersdemens som ikke gir store ADL-tap blir boende, personer som bor de samme stedene og utvikler større funksjonstap – med eller uten demens – flytter fra omsorgsboligen sin til sykehjem.

## Omsorgen i omsorgsboligene

Et sentralt spørsmål i debatten om omsorgsboligenes funksjon og rolle har vært om de er egnet som bosted for de mest hjelpetrequende (jf. Slagsvold 2002). Blir svært skrøpelige beboere isolerte og ensomme i omsorgsboligene? Får de nok hjelp?

Vi har ikke data til å besvare disse spørsmålene, men vi kan si noe om *hvor mye* hjelp personer som bodde i omsorgsboliger fikk i den perioden det ble foretatt registrering av funksjonsnivået deres. Vi kan også analysere forholdet mellom behov og tilbud for disse tjenestemottakerne. Hva slags hjelp beboerne fikk er målt i form av antall timer hjemmehjelp per uke, antall hjemmesykepleiebesøk per uke, og om boligen hadde stasjonær bemanning. Den siste informasjonen sier noe om hvor lett det er å få tak i hjelp om noe akutt skulle komme på, og den sier noe om stabiliteten av hjelpen rundt beboeren. Omfanget av stasjonær bemanning er omtrent det samme om dagen og om natten; tall om situasjonen på dagtid er benyttet i det følgende.

Tabell 5.9 viser omfanget av hjemmehjelp og hjemmesykepleie som omsorgsbolig-beboere med ulike grader av hjelpebehov fikk. Tabellen viser også omfanget av stasjonær bemanning i boligen.

Tabell 5.9. Funksjonsnivå og hjelp mottatt i omsorgsboligene i Nord-Trøndelag.

	<b>Hjemmehjelp: gjennomsnittlig antall timer pr uke (N=1055)</b>	<b>Hjemmesykepleie: gjennomsnittlig antall ganger per uke (N=1021)</b>	<b>Stasjonær bemanning: prosent av alle beboere i gruppen (N=1099)</b>
Totalt hjelpeavhengig	6,5	63	96
Sterkt hjelpeavhengig	4,4	46	87
Trenger en del hjelp	3,0	34	75
Trenger litt hjelp	1,8	11	55
«Selvhjulpen»	0,7	2,5	27

Tabellen viser at det er en meget sterk sammenheng mellom hjelpebehovene og omfanget av den hjelpen som gis. Tabellen viser også en sterk sammenheng mellom hjelpebehovene og omfanget av stasjonær bemanning. En

«selvhjulpen» mottar gjennomsnittlig 0,7 timer hjemmehjelp, mellom to og tre besøk fra hjemmesykepleien per uke, og får hjelp av mobilt personale fra hjemmetjenesten i tre av fire tilfeller. En «totalt» eller «sterkt hjelpeavhengig» får ca. én time hjemmehjelp per dag og seks til ni besøk av hjemmesykepleien i døgnet, av bemanning som er organisert slik at de i de aller fleste tilfellene i hovedsak bare jobber i – eller nær ved – boligen.

Vi har ikke informasjon om hvor lenge hjemmesykepleiens besøk i gjennomsnitt varte; dette gjør det vanskelig å bedømme det reelle omfanget av tjenesten. Det vi kan si, er at tilsyn seks til ni ganger i døgnet, som de skrøpeligste får, tilsvarer ett besøk av kortere eller lengre varighet ca. hver tredje til hver fjerde time. Om tjenestemottakeren er alene uten kontakt med andre resten av tiden, om denne sykepleietjenesten kan betraktes som tilstrekkelig faglig sett, om den oppleves tilfredsstillende av tjenestemottakerne og deres pårørende, og om dette tilsvarer sykepleietjenestene som ytes i sykehjem – kan vi ikke svare på. Det vi kan slå fast, er at det er høy grad av samvariasjon mellom funksjonsnivå og hjelpeomfang. Det kan se ut som om det foreligger en riktig prioritering mellom hjelp og funksjonsnivå. Tabell 5.10 viser de samme typene data om hjelp, sett i forhold til beboernes tegn til aldersdemens:

Tabell 5.10. Grad av demens og hjelp mottatt i omsorgsboligene i Nord-Trøndelag.

	<b>Hjemmehjelp: gjennomsnittlig antall timer pr uke (N=1055)</b>	<b>Hjemmesykepleie: gjennomsnittlig antall ganger per uke (N=1021)</b>	<b>Stasjonær bemanning: prosent av alle beboere i gruppen (N=1099)</b>
Alvorlig demens	5,9	56	96
Moderat demens	3,7	38	80
Lett demens	2,5	23	67
Ingen demens	1,1	7	40

Tabellen må tolkes på samme måte som tabell 5.9 over: det er en sterk sammenheng mellom graden av demens hos beboeren og omfanget av den hjelpen som gis. Men om hjelpen er av tilstrekkelig omfang og kvalitet, kan vi ikke si noe om.

## Pasienter i sykehjem i 1996 og i 2002

Som vi har vært inne på tidligere, ble det i 1996 – i forbindelse med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – gjennomført en omfattende registrering og analyse av pasienter i sykehjem og i aldershjem i fylket (Romøren 1998).

Dette var den første, mer omfattende studie av sykehjemspasienter og aldershjemsbeboere i Norge. Den talte til sammen 1091 individer, ca. 70 prosent av hele den aktuelle populasjonen; to kommuner deltok ikke i undersøkelsen den gangen. Kjønnssammensetningen var den samme i begge institusjonstyper: 70 prosent var kvinner. Aldershjemsbeboerne var imidlertid i gjennomsnitt to år eldre enn sykehjemspasientene, en større andel av dem var aleneboende før de flyttet inn, og botiden deres var noe lengre enn for sykehjemspasientene. Funksjonsnivået var også ulikt: aldershjemsbeboerne var klart sprekere enn sykehjemspasientene, og en lavere andel av dem hadde aldersdemens. I motsetning til hva som er blitt hevdet av mange, viste altså disse dataene at aldershjems- og sykehjemspopulasjonene var forskjellige.

Undersøkelsen viste også at halvparten av sykehjemspasientene hadde vært i samme institusjon før; de hadde i gjennomsnitt tre tidligere opphold bak seg. Én av fire kom inn til det registrerte oppholdet med tanke på avlastning, rehabilitering eller observasjon/utredning. Andelen midlertidige opphold i sykehjem var med andre ord relativt høy. Den vanligste medisinske årsaken til sykehjemspasientenes hjelpebehov ved innflyttingstidspunktet var aldersdemens (32 prosent), hjerneslag (20 prosent), lårhalsbrudd og andre skader (11 prosent), kronisk hjertesykdom, slitasjegikt og kreft (3 prosent hver). I løpet av oppholdet hadde mange hatt akutte sykdommer, flere av dem alvorlige, og i gjennomsnitt var sykehjemspasientene på sykehus én gang i året.

Pårørende til hver fjerde sykehjemspasient ble intervjuet per telefon. Døtre (37 prosent), sønner (28 prosent) og ektefeller (9 prosent) var hyppigst nærmeste omsorgsperson. Før sykehjemsoppholdet hadde de pårørende ytet hjelp i lang tid – praktisk hjelp i syv til åtte år i gjennomsnitt, og pleie (hjelp med ADL-funksjoner) i tre til fire år.

Registreringen som ble foretatt i 2002 var langt enklere, men den omfattet til gjengjeld også beboere i omsorgsboliger. I tillegg til bakgrunnsdata og informasjon om hjelp mottatt i omsorgsboligene, ble bare funksjonsnivå og demensgrad registrert, jf. undersøkelseskjemaet som er gjengitt i vedlegget til denne rapporten. Én kommune kunne ikke delta; til sammen leverte 21 av 24 kommuner data både i 1996 og 2002. Det er disse informasjonene som sammenlignes i det følgende.

Vi skal først vurdere om sykehjemspopulasjonen har endret seg i tiden mellom 1996 og 2002 med tanke på de forholdene vi har sammenlignbare data for: oppholdssted før innflytting, kjønn, alder, funksjonsnivå og demensgrad.

Tabell 5.11 viser hvor sykehjemspasientene oppholdt seg før de kom inn til sykehjem i 1996 og i 2002.

Tabell 5.11. Sykehjemspasienter i 1996 og i 2002: oppholdssted før innflytting. Prosent.

	1996 (N=751)	2002 (N=763)
Hjemmet	44	54
Trygdebolig	3	5
Omsorgsbolig	9	11
Aldershjem	7	6
Sykehus	28	17
Annet sykehjem	5	6
Annet	4	1
SUM	100	100

Tabellen viser omtrent den samme fordelingen i 2002 som i 1996, med to viktige unntak: en noe høyere andel kommer til sykehjem fra hjemmet, og en noe lavere andel kommer direkte fra sykehus. Det er vanskelig å tenke seg at det siste skulle skyldes mindre bruk av sykehus i 2002, eller at færre (eldre) pasienter skrives ut fra sykehus fordi de dør der. Vi tolker resultatene slik at utskrevne sykehuspasienter i større grad enn ved forrige registrering etterbehandles og rehabiliteres i hjemmetjenesten. I 1996 kom 24 prosent av sykehjemspasientene inn til sykehjemmet for midlertidige opphold. I 2002 var andelen sunket til 14 prosent. Dette understøtter hypotesen: sykehjemmene brukes nå mindre til rehabilitering og avlastning; nyutskrevne sykehuspasienter som trenger pleiemessig og/eller medisinsk oppfølging tas oftere hånd om hjemme.

Andelen kvinner i sykehjemmene var praktisk talt den samme i 1996 og 2002: 69 prosent og 70 prosent. Tabell 5.12 viser gjennomsnittlig alder og gjennomsnittsskåre for Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering på de to tidspunktene.

Tabell 5.12. Sykehjemspasienter i Nord-Trøndelag i 1996 og i 2002: gjennomsnittlig alder, funksjonsnivå og demensgrad.

	1996	2002
Gjennomsnittlig alder	83,4	83,6
Barthel ADL-indeks: gjennomsnittlig sumskåre	7,9	7,6
Klinisk demensvurdering: gjennomsnittlig sumskåre	10,7	11,7

Gjennomsnittlig alder for sykehjemspasientene var en tanke høyere i 2002, det er også en ørliten forskjell på funksjonsnivået og en liten forskjell i demensgrad på de to tidspunktene. Forskjellene trekker i samme retning: gjennomsnittlig funksjonsnivå var lavere og nivået av demenssymptomer høyere i 2002 sammenlignet med situasjonen i 1996. Sykehjemspasientene var altså litt eldre og skrøpeligere ved den siste registreringen.



Gjennomsnittsverdiene viste store variasjoner kommuner imellom både i 1996 og i 2002. Maksimums- og minimumsskåre for Barthels ADL-indeks var henholdsvis 4,3 og 12,2 i 1996 og 4,4 og 10,5 i 2002. Tilsvarende tall for Klinisk demensvurdering var henholdsvis 14,0/6,0 (1996) og 14,2/7,0 (2002). Multivariate analyser av datasettet fra 1996 viste at det kun var én forklaringsfaktor som var signifikant assosiert med variasjoner i det gjennomsnittlige funksjonsnivået i sykehjemmene, nemlig dekningsgraden i kommunene, dvs. antallet sykehjems plasser per 100 innbyggere over 80 år. Nivået av hjemmetjenester, for eksempel, hadde ingen ting å si. Jo lavere dekningsgrad av sykehjem, dess lavere funksjonsnivå blant pasientene der. Det samme gjaldt demensnivået: jo lavere dekningsgrad, jo mer demenssymptomer. Som vi har sett før: når det er trangt om plassen på sykehjemmene, er det de skrøpeligste som får den.

Forklaringen på utviklingen av funksjonsnivået og demensgraden i pasientpopulasjonene mellom 1996 og 2002 er trolig den samme. Det har vært en liten nedgang i dekningsgraden for sykehjems plasser, og pasientene er blitt skrøpeligere. Hypotesen understøttes av den observerte variasjonen i utviklingen kommunene imellom. Som vi har sett: små kommuner bygger ut sykehjemskapasiteten, mellomstore tar sikte på å beholde den, og de største er i ferd med å senke den (jf. tabell 5.3). Fire av de åtte kommunene med skrøpeligere sykehjemspasienter var større, fem av de åtte med sprekere sykehjemspasienter var små, mens fem av åtte der sykehjemspasientene hadde det samme gjennomsnittlige funksjonsnivået var mellomstore kommuner.

## Profiler i pleie- og omsorgstjenesten

Som vi har sett, utvikler kommunene seg i ulike retninger i løpet av handlingsplanperioden. Vi skal i dette avsnittet vurdere konsekvenser av denne utviklingen litt nærmere, ved å analysere hvordan pleie- og omsorgstjenester med ulik profil fungerer. Med «profil» mener vi balansen mellom antallet omsorgsboliger og sykehjem slik den vil være når alle kommunenes planer er realiserte i 2005. Vi har med andre ord valgt situasjonen når handlingsplan-utbyggingen er gjennomført som grunnlag for å karakterisere kommunenes profil. Vi tror dette målet best uttrykker hva slags infrastruktur kommunene ønsker seg, «hvem de vil være», så å si. Vi antar videre at det målet de sikter seg inn mot i 2005 også preger driftsformene allerede i 2002, som er det siste året vi har data fra som kan dokumentere pleie- og omsorgstjenestens funksjon. Av det som gjenstår å bygge, er det – naturlig nok – mest som mangler i de større kommunene. Det betyr at avstanden mellom profilen i 2002 og i 2005 vil være størst for denne kommunetypen.

Ut fra det valgte kriteriet kan kommunene grupperes i fire:

- Sterkt boligorienterte kommuner
- Moderat boligorienterte kommuner
- Moderat institusjonsorienterte kommuner
- Sterkt institusjonsorienterte kommuner

Sterkt boligorienterte kommuner er slike som har flere omsorgsboliger med husbankstandard enn de har sykehjemsplasser. Moderat boligorienterte er de som har inntil dobbelt så mange sykehjemsplasser som omsorgsboliger; moderat institusjonsorienterte har to til tre ganger så mange sykehjemsplasser som omsorgsboliger. De sterkt institusjonsorienterte kommunene har mer enn tre ganger så mange sykehjemsplasser som de har omsorgsboliger.

*Tabell 5.13. Profiler i pleie- og omsorgstjenesten. Fordelingen blant Nord-Trøndelags kommuner.*

<p><b>Sterkt boligorienterte kommuner</b>            Institusjonsplasser : Omsorgsboliger &lt; 1            Gjennomsnitt: 0,6</p>	Namsos (S) Stjørdal (S) Inderøy (M) Levanger (S) Steinkjer (S)
<p><b>Moderat boligorienterte kommuner</b>            Institusjonsplasser : Omsorgsboliger = 1–2            Gjennomsnitt: 1,3</p>	Namdalseid (L) Snåsa (M) Frosta (M) Røyrvik (L) Mosvik (L) Vikna (M) Verran (M) Høylandet (L) Verdal (S) Leksvik (M) Overhalla (M) Nærøy (M)
<p><b>Moderat institusjonsorienterte kommuner</b>            Institusjonsplasser : Omsorgsboliger = 2–3            Gjennomsnitt: 2,5</p>	Meråker (M) Fosnes (L) Grong (M) Lierne (L)
<p><b>Sterkt institusjonsorienterte kommuner</b>            Institusjonsplasser : Omsorgsboliger &gt; 3            Gjennomsnitt: 4,8</p>	Namsskogan (L) Flatanger (L) Leka (L)

Tabell 5.13 gir en oversikt over hvordan kommunene i Nord-Trøndelag fordeler seg mellom de fire kategoriene. Kommunene er angitt med navns nevning. Ved siden av navnet vises i parentes om kommunen er liten (L), mellomstor (M) eller større (S).

Tabellen viser at de tolv moderat boligorienterte kommunene utgjør den største gruppen. Det er en opphopning av større kommuner blant de sterkt boligorienterte og av mellomstore blant de moderat boligorienterte. Moderat institusjonsorienterte kommuner er en blanding av små og mellomstore, mens alle de tre sterkt institusjonsorienterte kommunene er små. «Ekstremgruppene» – de sterkt boligorienterte og de sterkt institusjonsorienterte – utgjør altså med ett unntak (Inderøy) homogene grupper av henholdsvis større og små kommuner. Oversikten i tabellen over gjenspeiler det vi tidligere så i tabell 5.3 når det gjelder dekningsgrad av omsorgsboliger og sykehjemsplasser i kommuner av ulik størrelse.

Vi skal i det følgende sammenligne kommuner med ulik profil med henblikk på det samlede ressursnivået, driftsmåtene og hva slags tilbud tjenestemottakere med ulike hjelpebehov får.

## Profil og ressursnivå

Ressursnivået er her målt som dekningsgrad (antall per 100 innbyggere over 80 år) av institusjoner, av boliger og av personell ved årsskiftet 2002/2003, jf. tabell 5.14:

Tabell 5.14. Ressursnivået i kommuner med ulike profil i pleie- og omsorgstjenesten.

Profil	Dekningsgrad institusjoner	Dekningsgrad omsorgsboliger	Samlet dekningsgrad inst. og boliger	Dekningsgrad PLO-årsverk
Sterkt boligorientert	14	25	39	47
Moderat boligorientert	26	20	46	52
Moderat institusjonsorientert	31	13	44	53
Sterkt institusjonsorientert	34	8	42	56

Tabellen viser at den samlede dekningsgraden for institusjoner og boliger er relativt lik uansett kommunens profil, om enn noe større blant de «moderate» kommunene. Forskjellene i personelldekning mellom kommuner som har ulik profil er også moderat, men her ser en at sterkt boligorienterte kommuner har en noe lavere personelldekning enn de tre andre. Om en

sammenligner «ekstremgruppene», de sterkt boligorienterte og de sterkt institusjonsorienterte, så er ikke den samlede dekningsgraden av institusjoner og boliger så forskjellig, mens derimot den samlede *bemanningen* viser en forskjell på ni årsverk per 100 personer over 80, eller ca. 16 prosentpoeng. Med andre ord: kommuner som satser sterkt på omsorgsboliger framfor sykehjem driver – ikke overraskende – sine tjenester med en lavere bemanning enn andre kommuner, spesielt om en sammenligner med de institusjonsorienterte kommunene. Når det gjelder ressursnivået, er det altså ikke antall plasser, men antall ansatte som gjør forskjellen. Dette fører til at de samlede driftskostnadene blir lavere i de boligorienterte kommunene. Om kvaliteten er den samme, om den er bedre eller dårligere, vet vi ikke. For framtidig omsorgstjenesteforskning blir det en viktig oppgave å undersøke slike mulige sammenhenger<sup>8</sup>.

## Profil og driftsmåte

Drives pleie- og omsorgstjenesten forskjellig når profilene deres er ulike? Som indikator på drift bruker vi her pasientsirkulasjonen («turnover») i sykehjem. Denne måles som antall utskrevne og antall døde siste år i prosent av antall plasser. Andel utskrevne indikerer omfanget av midlertidige opphold. Andel døde avspeiler bl.a. hvor høy terskelen er for å få plass, fordi korrelasjonen mellom dødelighet og skrøpelighet er høy. Indirekte er dette også et mål for oppholdstiden i sykehjemmene: institusjoner med høy andel døde i løpet av et år vil ha lavere oppholdstid per pasient som har fast plass.

Er det slik at kommuner med ulik profil bruker sykehjemsressursen sin på ulike måter?

*Tabell 5.15. Pasientsirkulasjon i sykehjem i pleie- og omsorgstjenester med ulik profil.*

	<b>Utskrevne pr. år i % av antall plasser i sykehjem</b>	<b>Døde pr. år i % av antall plasser i sykehjem</b>
Sterkt boligorientert	213	49
Moderat boligorientert	237	50
Moderat institusjonsorientert	218	38
Sterkt institusjonsorientert	137	36

<sup>8</sup> NOVA vil i årene framover – innenfor rammen av studien «Livsløp, aldring og generasjon» – følge noen av de sterkt boligorienterte Nord-Trøndelagskommunene, sammen med 26 andre kommuner og bydeler på forskjellige kanter av landet.

Tabellen viser at de sterkt institusjonsorienterte kommunene har en lavere sirkulasjon i sykehjemmene sine enn de tre andre gruppene. Det betyr at sykehjemmene her i større grad fungerer som permanente botilbud, sammenlignet med hva som er situasjonen andre steder. De «moderat institusjonsorienterte» kommer i en mellomstilling: de skriver ut mange etter midlertidige opphold, men andelen døde per år tyder på at innslaget av pasienter som får sykehjemsplass som permanent botilbud samtidig er stort. De «Moderat» og «Sterkt boligorienterte» bruker sykehjemmene sine i mindre grad som permanent bosted, sammenlignet med de to andre gruppene.

## Profil og tjenestemottakere

Er det forskjell på tjenestemottakerne i sykehjem og i omsorgsboliger i kommuner med ulik tjenesteprofil? Tabell 5.16 viser gjennomsnittlig alder og gjennomsnittlig sumskåre for Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering hos pasienter i sykehjem og beboere i omsorgsboliger i kommuner med ulik tjenesteprofil.

*Tabell 5.16. Gjennomsnittlig alder og gjennomsnittlig sumskåre for Barthels ADL-indeks og Klinisk demensvurdering hos pasienter i sykehjem og beboere i omsorgsboliger i kommuner med ulik tjenesteprofil.*

	Pasienter i sykehjem			Beboere i omsorgsboliger		
	Gjennomsnittlig alder	Barthel indeks: gjennomsn. sumskåre	KDV: gjennomsnitt av sumskåre	Gjennomsnittlig alder	Barthel indeks: gjennomsn. sumskåre	KDV: gjennomsnitt av sumskåre
Sterkt boligorientert	82 år	6,0	12,6	82 år	14,0	5,6
Mod. boligorientert	84 år	8,9	11,1	79 år	17,0	2,6
Mod. inst.-orientert	86 år	8,7	11,2	78 år	17,6	2,9
Sterkt inst.-orientert	85 år	9,5	10,7	76 år	17,3	2,1

Hvis vi ser på tallene for sykehjem først, viser tabellen at sykehjemspasientene i de sterkt boligorienterte kommunene er yngre og markert kroppslig skrøpeligere enn i de andre kommunene; de har også en noe større grad av kognitiv svikt. Forskjellene mellom de «moderate» kommunene og de sterkt institusjonsorienterte er mindre. Mønsteret gjentar seg når det gjelder i omsorgsboliger: det fysiske funksjonsnivået til beboerne i de sterkt boligorienterte kommunene er lavere enn hos beboerne i de tre andre

kommunene, og spesielt er den kognitive svikten større. Vi kan altså si at når det gjelder *hva slags* pasienter og beboere som får plass i sykehjem og omsorgsboliger, så går det en tydelig grense mellom de sterkt boligorienterte kommunene og alle de andre. De sterkt boligorienterte har en høyere terskel for inntak *både* til sykehjem og omsorgsboliger; begge steder er det klart skrøpeligere tjenestemottakere enn i andre kommuner. Ut fra det vi ser i tabell 5.16 kan en si at de tallrike omsorgsboligene i boligorienterte kommuner delvis fungerer som et alternativ til sykehjemsomsorg – som jo er en knapp ressurs på disse stedene.

## Etter handlingsplanen

Når denne rapporten publiseres, er det 1 ½ år siden handlingsplanens øremerkede tilskudd til drift av pleie- og omsorgstjenester ble lagt inn i de statlige rammetilskuddene til kommunene. Mange kommuner har også begynt å høste erfaringer med ny infrastruktur i de samme tjenestene, og noen er i ferd med å gjennomføre de siste byggeprosjektene sine. Hvordan er situasjonen våren 2003? Hva slags erfaringer har kommunene høstet med de mange nye omsorgsboligene sine? Har det skjedd endringer i omfanget av de kommunale midlene til drift av pleie- og omsorgstjenester? Opprettholder kommunene det økte nivået de fikk under handlingsplanen, eller er ressursene under press pga. en svak kommuneøkonomi og «oppdemmede» behov fra andre sektorer som skoler og barnehager? Disse sektorene var jo ikke skjermet under handlingsplanen, slik pleie- og omsorgstjenestene var. En kan derfor tenke seg at prioriteringene mellom ulike kommunale tjenestemårådene er i ferd med å endre seg.

For å få klarlagt disse spørsmålene hadde prosjektleder telefonsamtaler med pleie- og omsorgsleder eller helse- og sosialsjef i de 24 kommunene i april 2003. De aller fleste lederne uttrykte at anleggene fungerer etter planen, og at de var fornøyde med utviklingen. Et mindretall hadde imidlertid høstet erfaringer med omsorgsboliger som de ikke var forberedt på. Én kommune hadde problemer med å få tilstrekkelig med beboere til boligene sine fordi potensielle brukere var tilbakeholdne med å søke pga. prisnivået. Folk synes rett og slett det er for dyrt å bo der, på tross av statlige refusjons- og bostøtteordninger.

I tre kommuner uttrykte en bekymring over at omsorgsboliger med skrøpelige beboere var bemanningskrevende, sammenlignet med tilsvarende omsorg i sykehjem. Sykehjem er mer kompakt bygget, gangarealene er

mindre, og en kan høste «stordriftsfordeler» når mange svært skrøpelige skal tas hånd om, ble det hevdet.

De fleste kommunene har en pragmatisk holdning til om omsorgsboliger skal være et tilbud som skal vare livet ut for dem som bor der. Et par kommuner med en uttalt ideologi om omsorgsboligene som en «livslang» omsorgsform syntes det var vanskeligere å oppfylle denne målsettingen enn de hadde trodd. Målsettingen er ressurskrevende, og i flere tilfeller hadde beboere også selv ønsket å flytte til sykehjem ved betydelig forverring av helsetilstand og funksjonsnivå. Også pårørende øver press i samme retning.

### **Nedbemanning etter øremerkingen?**

Har kommunene greid å opprettholde det økte nivået av personalressurser de oppnådde i perioden 1998–2001? 16 kommuner (2/3) hadde redusert bemanningen i 2002 eller i 2003. Fire kommuner (1/6) hadde ikke redusert bemanningen, men lagt planer om videre opptrapping på is. Et tilsvarende antall hadde samme bemanning i dag som for 1 ½ år siden. Det er med andre ord en klar tendens til at personalressursene i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er under press, selv om situasjonen ikke er dramatisk. De aller fleste tilfeller av reduksjon var av begrenset omfang, vanligvis én til to stillinger i de små og mellomstore kommunene, og opp til elleve stillinger i de større.

## **Oppsummering: resultater av handlingsplanen i Nord-Trøndelag**

En kan trygt slå fast at Handlingsplan for eldreomsorgen har bidratt til å endre pleie- og omsorgstjenesten i de kommunene vi har undersøkt. Når det gjelder boform, har institusjonene fått en noe mer beskjeden plass; omsorgsboligene dominerer. Vi har imidlertid også sett at dette er en utvikling med store variasjoner, og *kommunestørrelse* er assosiert med mange av dem. Boliggjøringen er primært et fenomen man finner i de større kommunene. Andre kommunetyper har i hovedsak valgt mellomløsninger, og noen få småkommuner satser fortsatt på institusjonslinjen. Kvantitativt sett er det imidlertid de større kommunenes løsninger som dominerer helheten. De veier tyngst i kraft av antallet enheter de representerer, enten det gjelder omsorgsboliger, sykehjems plasser eller tjenestemottakere. Det som skjer i større kommuner gjelder de mange, i små kommuner bor det – som kjent – få.

Resultatene viser at omsorgsboliger er et tilbud med flere varianter, både når det gjelder arkitektur, funksjonsmåte og beboernes hjelpebehov.

Som en hovedregel må en likevel si at det en kan kalle «institusjonsorienterte» boligløsninger dominerer, dvs. bokollektiv og bofelleskap med stasjonær bemanning. Så langt er boligene blitt fylt med relativt spreke, gamle mennesker, selv om noen kommuner – også her særlig de større – bruker boligene også som tilbud til skrøpeligere tjenestemottakere. I større kommuner er det tegn til at omsorgsboliger begynner å fungere som alternativ til institusjonsomsorg. I de små og i de fleste mellomstore kommuner representerer omsorgsboligsektoren trolig mer av hva vi kan kalle en rasjonalisering av hjemmeomsorgen. De som bor i de nye boligene ligner funksjonelt mer på hjemmeboende enn på institusjonsbeboere, men tjenestene de får, gis på ett og samme sted, og reisekostnadene reduseres derfor for hjemmetjenesten. Det tar mye kortere tid å gi disse menneskene den hjelpen de er tildelt nå, sammenlignet med da de bodde hjemme.

Omfanget av hjelp ser ut til å være riktig prioritert i forhold til funksjonsnivået hos beboerne i omsorgsboligene. Om hjelpen er tilstrekkelig, og om den faglige kvaliteten er god nok, er en annen sak. Her ligger det også viktige utfordringer for framtidig forskning.

Sett i forhold til situasjonen *før* handlingsplanen, har endringene i sykehjemsdriften til nå vært beskjedne. Det er kommunale variasjoner også her, men helhetsbildet viser at disse institusjonene strever med å legge større vekt på avlastning, rehabilitering og behandling. Alt i alt har en ikke nærmet seg målsettingen om å rendyrke sykehjemmene som medisinske institusjoner, snarere tvert imot. De fleste kommuner finner det hensiktsmessig å benytte sykehjemmene som permanent boform for de aller skrøpeligste gamle.

Et hovedfunn er at de større kommunene skiller seg ut fra alle de andre både når det gjelder ressursbruk, profil og målsettinger i pleie- og omsorgstjenesten. Trolig er de to viktigste forklaringene på dette *økonomi* og *ideologi*. Som vi så i kapittel 3 er det et vanlig mønster i Norge at kommunenes inntekter per innbygger synker jo større kommunen er. I 2001 var netto driftsinntekt per innbygger 4 300 kroner for de minste kommunene, 2 900 for de mellomstore og 2 200 for de større kommunene i Nord-Trøndelag. Mer omfattende budsjettkutt observert under handlingsplanperioden forekom bare i de større kommunene. Økonomien i denne kommunetypen er vanskeligere, og administrasjonene der er på konstant jakt etter rimeligere driftsløsninger for kommunale tjenester. I pleie- og



omsorgstjenesten betyr det å drive omsorgsboliger framfor sykehjemsplasser, fordi en antar at det siste er dyrere<sup>9</sup>.

Men det er også slik at mange av lederne i pleie- og omsorgstjenesten i større kommuner er mindre pragmatiske og mer ideologiske enn i andre kommuner. Det var først og fremst i de større kommunene vi møtte ledere med de mest markerte synspunktene på hva som var gammelmodig og hva som var moderne, hva som var riktige og hva som var gale omsorgsformer. Det antatt billigste og det ideologisk korrekte gikk med andre ord hånd i hånd.

---

<sup>9</sup> Hva som er rimeligst, er avhengig av tjenestemottakerens hjelpebehov. Institusjonsomsorg er trolig rimeligere for de aller skrøpeligste, omsorgsboliger rimeligst for de middels og mindre skrøpelige – slik flere kommuner i Nord-Trøndelag også har erfart, jf. s. 50.

## 6 Drøfting

I utgangspunktet hadde Handlingsplan for eldreomsorgen en tredelt målsetting (jf. kapittel 1, s. 9):

1. Styrking av hjemmetjenestene
2. Utbygging av omsorgsboliger
3. Utbygging av sykehjem med enerom til alle som ønsker det

Ved hjelp av sterk styring og effektive økonomiske virkemidler blir alle disse målene nådd på nasjonalt nivå. Måltallene – uttrykt i plasser og stillinger – og resultatene stemmer godt overens (St. meld. nr. 31 (2201–2202)). Det er sjelden å se en så stor grad av måloppnåelse i offentlig forvaltning.

Dette blir likevel en forenklet beskrivelse av hva som har skjedd, i hvert fall om en skal legge erfaringene fra Nord-Trøndelag til grunn. Går en nærmere inn på hvordan de nye omsorgsboligene og den fornyede sykehjemssektoren fungerer, nyanseres bildet. Her er det avstand mellom de mål sentralmyndighetene argumenterte for og de løsninger kommune valgte. Gjærevollutvalgets og Kvaase-rapportens idéer om henholdsvis omsorgsboliger og sykehjem er modifisert. I tråd med hva som framheves i den prosessorienterte iverksettingsteorien har vi vist at de statlige idealene ble endret når de møtte hverdagens realiteter i kommunene. Etter vår oppfatning førte dette til læring både lokalt og sentralt, og handlingsplanen ble derfor mer vellykket enn den ellers kunne ha blitt.

På pleie- og omsorgstjenestens grunnplan finnes en uttalt verdsetting av egenskaper ved aldersinstitusjoner: det kollektive preget, at det alltid er mennesker til stede, opplevelsen av trygghet. Tanken fra Gjærevollutvalget om at «alle skal ha et hjem i alle faser av livet» er fraværende, spesielt blant politikere og eldrerådsrepresentanter. Tvert i mot: nettopp det å få lov til å *oppgi* sitt hjem når skrøpeligheten og hjelpebehovene tar overhånd blir oppfattet som funksjonelt og riktig. En kan finne støtte for dette synspunktet i nyere aldersforskning. Baltes (1990) har vist hvordan seleksjon, optimalisering og kompensering kan være effektive mestrings-strategier hos mennesker i høy alder. *Seleksjon* er å konsentrere seg om det som teller mest, og la andre aktiviteter og interesser fare. *Optimalisering* er å senke kravene, en forlanger ikke det ideelle, men det en realistisk sett er i stand til

å klare. *Kompensering* er å ta i bruk hjelpemidler eller støtte seg til hjelpere for å gjøre det en ikke greier selv. Å oppgi sitt hjem og å motta andres omsorg kan være effektiv mestring, ikke nødvendigvis selvoppgivelse eller passivisering.

I denne rapporten har vi dokumentert hvor skrøpelige mennesker i dagens sykehjem egentlig er. Nesten halvparten er overhodet ikke i stand til å gå eller forflytte seg, trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og til å spise, og er inkontinente. Nesten halvparten har også alvorlig demens, dvs. har svære hukommelsestap og er totalt desorientert for tid og sted. Ytterligere en tredjedel har moderat demens, dvs. at nye hendelser glemmes helt, de er ofte desorienterte, de kan ikke ta vare på egne eiendeler og de er ikke i stand til klare seg utenfor hjemmet uten hjelp. Det er vanskelig å forstå at det kan være noe poeng at sykehjemsplassen eller omsorgsboligen deres er noe de har økonomisk og juridisk ansvar for, eller at en slik praksis bidrar til å «sikre deres personlige integritet og livskvalitet», som det heter i Gjærevollutvalgets innstilling. En mer nærliggende hypotese er at disse verdiene først og fremst sikres gjennom holdninger og praksis hos de menneskene som står for den daglige – og nattlige – omsorgen som disse ekstremt skrøpelige og sårbare individene trenger.

## Undersøkelsens generaliseringsverdi

Kan funnene fra denne undersøkelsen brukes til å forstå hva som har skjedd under Handlingsplan for eldreomsorgen i resten av landet? Er de trekkene vi har avdekket i Nord-Trøndelag noe vi kan forvente å finne igjen andre steder, eller er det grunn til å tro at de er mer preget av lokale forhold? Med andre ord: hvilken generaliseringsverdi har denne studien?

I kapittel 3 dokumenterte vi at de 24 kommunene som er undersøkt er egnet til å gi et bilde av utkant-Norge og landets småbyer, men ikke av sentrale strøk eller andre byer. Bosettingen i Nord-Trøndelag er spredt, mange av kommunene er små, de ligger perifert, og fylket er fortsatt preget av jordbruk. Volum og standard i pleie- og omsorgstjenestene var før handlingsplanen noe høyere enn landsgjennomsnittet. Denne forskjellen holder seg. Kommunene vi har undersøkt utmerker seg dessuten ved å ha flere omsorgsboliger og færre sykehjemsplasser enn andre.

Likevel er det trekk ved handlingsplanprosessen vi har avdekket som er uavhengig av slike særdrag. Betydningen av pleie- og omsorgstjenestens historie og utvikling, av ildsjeler og av kommunens topografi for diskusjoner og veivalg er trolig av allmenn karakter. At debatter og konflikter rundt handlingsplanen har vært preget av temaene «hva» og «hvor» er temmelig

sikkert også et generelt trekk, trolig også sammenhengen mellom kommunestørrelse konflikttilbøyelighet.

Dette peker mot nok et fenomen av mer allmenn karakter: nesten uansett hvilket forhold ved prosess eller resultat under handlingsplanen vi har studert, finner vi en tydelig samvariasjon med kommunestørrelse. I de større kommunene hadde ideologiske synspunkter en sterk stilling når det ble gjort vurderinger og veivalg. Planprosessen var preget av færre og mer spesialiserte deltakere og den tok lenger tid. Det er også en slående sammenheng mellom kommunestørrelse og tjenesteprofil: større kommuner er nesten uten unntak sterkt boligorienterte; her skiller de seg ut fra nesten alle andre. Spesialisering, differensiering og begrensede økonomiske ressurser driver tjenestene i de større kommunene i denne retningen.

Men er så mange «institusjonslignende» omsorgsboliger som vi har funnet i Nord-Trøndelag vanlig andre steder? Har denne boligformen fått spesielle trekk i dette fylket, både når det gjelder utforming, funksjon og plass i omsorgskjeden? 80 prosent av de nye omsorgsboligene i Nord-Trøndelag er bygget som bofellesskap eller bokollektiv. Tallet på landsbasis er noe lavere, rundt 70 prosent (St. meld. nr. 31 (2001–2002)). Mellomformen «omsorgsbolig med sykehjemsstandard» er trolig mer utbredt i Nord-Trøndelag enn andre steder, for den ble oppfunnet i Steinkjer og har spredt seg lokalt i fylket, men er nok foreløpig mindre kjent i landet ellers.

Statens helsetilsyn gjennomfører for tiden en landsrepresentativ kartlegging av pleie- og omsorgstjenesten. Deler av datasettet er felles med datagrunnlaget for denne undersøkelsen fra Nord-Trøndelag. Helsetilsynets kartlegging vil derfor blir et viktig redskap for å kunne vurdere om – og i hvilken grad – de trekkene vi har dokumentert i denne studien utgjør et mønster som går igjen andre steder i landet.



# Summary

This is a study of the implementation of «The Action Plan for the Elderly» in 24 communities in the county of Nord-Trøndelag. Implementation processes as well as the results of the action plan are investigated. Concerning processes, local premises, internal discussions and interaction with regional governmental authorities are explored. Among the results, speed of implementation, and type and location of eldercare infrastructure are the central variables.

The primary goals of the action plan were to strengthen home based care, expand the sheltered housing sector and modernize nursing homes. All these goals were reached on a national level. The degree of goal attainment in this sense was exceptionally high. However, the present study reveals that ideas of infrastructure *function* put forward by central governmental authorities are considerably modified on the local level.

The significance of earlier developments, «prime movers», size and topography of the community for discussions and decision-making locally during the action plan period is clearly documented. Debates mainly centered around two issues: preferences for sheltered housing or nursing homes («what to build») and localization of new infrastructure («where to build»).

Regardless of what aspect of implementation the process or its results we have been studying the significance of community size is striking. In larger communities ideological viewpoints regarding provision of long-term care services were prevalent, strongly influencing planning processes and decision-making. Planning was more specialized here, took longer time and was more conflict-ridden. There is also a strong association between community size and the profile of services developed under the action plan. Larger communities give priority to sheltered housing models and less to nursing home services.



# Litteratur

- Almås, R. (1990). *Evaluering på norsk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aune, T. (1995). *Hilsen Nord-Trøndelag*. Namsos: Trønderbok.
- Baltes, P.B. og Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. I: Baltes, P.B og Baltes, M.M. (red.), *Successful aging. Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brevik, I. (2003). *Utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene og Handlingsplan for eldreomsorgen – ledd i en lengre utvikling*. Arbeidsmanuskript. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Christensen, K. og Næss, S. (1999). *Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene*. Bergen: Senter for samfunnsforskning, Rapport 2 1999.
- Daatland, S.O. (1990). *Ressurser og ressursbruk i eldreomsorgen*. Norsk gerontologisk institutt, Rapport 5-1999. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (2002). *Oppsummering etter handlingsplanen for eldreomsorgen: Sluttrapport for Nord-Trøndelag fylke, med kommunevise oversikter*. Steinkjer: Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.
- Grønlie, T. (1987). Velferdskommune og utjevningsstat. I Næss, H.E., Hovland, E., Grønlie, T., Baldersheim, H. og Danielsen, R.: *Folkestyre i by og bygd*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Husbanken (1997). *Rundskriv I - 29/97, H 1997: 5*
- Husbanken (1999). *Omsorgsboligen – et ledd i en ny omsorgspolitik for eldre?* Oslo: Husbanken.
- Husbanken (2001). *Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem*. Oslo: Husbanken.
- Innst. S. nr. 294 (1996–97). *Innstilling fra sosialkomitéen om 1) handlingsplan for eldreomsorgen (Trygghet-respekt-kvalitet) og 2) forslag fra stortingsrepresentantene Kristin Halvorsen, Børre Rønningen og Magnar Sortåsløkken om en femårsplan for innføring av enerom på sykehjem ved statlig fullfinansiering av investeringskostnadene, og innføring av et eget driftstilskudd til formålet lagt inn i inntektssystemet*.
- Innst. S. nr. 92 (2000–2001). *Innstilling fra sosialkomitéen om Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*.
- Innst. S. nr. 263 (2001–2002). *Innstilling fra sosialkomitéen om avslutningen av handlingsplan for eldreomsorgen*.



- Kjellberg, F. (red.) (1988). *Nytt inntektssystem – nye utfordringer for kommuner og stat*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kjellberg, F. og Reitan, M. (1995). *Studiet av offentlig politikk – en innføring*. Oslo: TANO.
- Kjellsberg, A.-B. (1996). *Håndbok for skalaer i klinisk alderspsykiatri*. Sem: INFO-banken, Psykiatrisk klinikk – avd. Granli.
- Nagel, A.-H. (red.) (1991). *Velferdskommunen. Kommunenes rolle i utviklingen av velferdsstaten*. Bergen: Alma Mater Forlag.
- Nord-Trøndelag fylkeskommunes nettside (2002). [http:// www.ntfk.no/ bibliotek/ fylkesplan/ statistikk](http://www.ntfk.no/bibliotek/fylkesplan/statistikk).
- Offerdal, A. (1984). Iverksetting og politikk. Eller: Om det vellukka og det mislukka. *Statsviteren*, 7, 2, 20–49.
- Romøren, T.I. (1995). Innledning, i Romøren, T.I. (red.) 1995, *HVPU-reformen i forskningens lys*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Romøren, T.I. (1998). *Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord-Trøndelag*. Oslo: NOVA.
- Romøren, T.I. (2001a). Eldreomsorgen, i Hatland, A., Kuhnle, S. og Romøren, T.I. (2001) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T.I. (2001b). Helsetjenesten, i Hatland, A., Kuhnle, S. og Romøren, T.I. (2001) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T.I. (2001c). Funksjonshemmede, i Hatland, A., Kuhnle, S. og Romøren, T.I. (2001) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røvik, J.A. (1998). *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scott, W.R. (1998). *Organizations. Rational, Natural, and Open Systems*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Slagsvold, B. (2002). Sykehjem eller omsorgsbolig, *Aldring og livsløp*, 4/2002, 2–7.
- Sosial- og helsedepartementet (1998). *SOS/Rundskriv I-32/98 Handlingsplan for eldreomsorgen 1998–2001*, Vedlegg 1. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (1997). *Rundskriv I – 29/97, H – 24/97:B*.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Rundskriv 1-1/2000. Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd 2001*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå (2000). *Statistisk årbok 2000*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå (2002). *Pleie- og omsorgsstatistikk 1994–2000, NOS C696*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.

St. meld. nr. 50 (1996–97). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 34 (1999–2000). *Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St. meld. nr. 31 (2001–2002). *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen*. Oslo: Sosialdepartementet.

St. prp. nr. 64 (2001–2002). *Om lokaldemokrati, velferd, og økonomi i kommunesektoren 2003 (kommuneproposisjonen)*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.



# Vedlegg: Intervjuguide

## **Helse og sosialsjef; pleie og omsorgsleder**

Hvor er du fra?

Hva slags utdanning har du?

Hvor har du arbeidet tidligere?

Hvordan er bosettingen i denne kommunen?

Hvordan er den partipolitiske sammensetningen av kommunestyret?

Hvordan vil du beskrive kommuneøkonomien?

Hvordan er helse- og sosialtjenesten organisert?

Hvordan er pleie- og omsorgstjenesten organisert?

Hvordan er arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen organisert?

Har dere brukt konsulenter utenfra i dette arbeidet?

Hvordan fungerte det?

Hadde dere planer for eldreomsorgen før Handlingsplanen kom?

Hvis ja: Hva gikk de ut på?

Fortell om hvordan arbeidet med Handlingsplanen har foregått. Stikkord: aktører, synspunkter, diskusjoner, konflikter, avisinnlegg, folkemøter, den politiske prosessen.

Hva er din vurdering av følgende parters rolle i handlingsplanarbeidet: Eldrerådet, rådmannen, helse- og sosialstyret, kommunestyret?

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med fylkesmannen?

Fylkeslegen?

Husbanken?

Hva er din oppfatning av de økonomiske virkemidlene i Handlingsplanen?

Hvordan har dere arbeidet med psykiatriplanen?

Hvordan har dere arbeidet med rekrutteringsplanen for helsepersonell?

Hvor mange tjenestemottakere med svært omfattende hjelpetilbud – som får hjelp mer enn 35,5 timer i uken (mer enn én stilling) – har dere i denne kommunen?

Hvordan vil du beskrive samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten og lokalsykehuset?

Har dere en avtale med sykehuset om utskrivningsklare pasienter?

Hva er de største utfordringene i årene framover for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen?

Har dere vansker med å rekruttere folk til pleie- og omsorgstjenesten? I tilfelle: Hvordan?

--

Omvisning: Hva de har av anlegg. Hvordan de evt. har vært brukt til tidligere; hva de brukes til nå.

Det som er under bygging: hva det skal bli.

### **Politisk utvalgsleder for helse- og sosialtjenesten**

Hadde dere planer for eldreomsorgen før Handlingsplanen kom?

Hvis ja: Hva gikk de ut på?

Hvordan er arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen organisert?

Har dere brukt konsulenter utenfra i dette arbeidet ?

Hvis ja: Hvordan har dette fungert?

Fortell om hvordan arbeidet med Handlingsplanen har foregått. Stikkord: aktører, synspunkter, diskusjoner, konflikter, avisinnlegg, folkemøter, den politiske prosessen.

Hva er din vurdering av følgende parter rolle i handlingsplanarbeidet: Helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder, eldrerådet, rådmannen, helse- og sosialstyret, kommunestyret?

Hva er din oppfatning av de økonomiske virkemidlene i Handlingsplanen?

Hvordan vil du beskrive kommuneøkonomien her?

Hva er de største utfordringene i årene framover for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen?

### **Rådmann**

Bakgrunn: Hvor fra; utdanning; tidligere stillinger

Hvordan vil du beskrive kommuneøkonomien her?

Hvordan er bosettingen i denne kommunen?

Hvordan er arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen organisert?

Har dere brukt konsulenter utenfra i dette arbeidet ?

Hvordan fungerte det?

Hadde dere planer for eldreomsorgen før Handlingsplanen kom?

Hvis ja: Hva gikk de ut på?

Fortell om hvordan arbeidet med Handlingsplanen har foregått. Stikkord: aktører, synspunkter, diskusjoner, konflikter, avisinnlegg, folkemøter, den politiske prosessen.

Hva er din vurdering av følgende parters rolle i handlingsplanarbeidet: Helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder, eldrerådet, helse- og sosialstyret, kommunestyret?

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med fylkesmannen?

Fylkeslegen?

Husbanken?

Hva er din oppfatning av de økonomiske virkemidlene i Handlingsplanen?

Hva er de største utfordringene i årene framover for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen?

### **Eldrerådsleder**

Hva er ditt yrke?

Fortell om hvordan arbeidet med Handlingsplanen har foregått. Stikkord: aktører, synspunkter, diskusjoner, konflikter, avisinnlegg, folkemøter, den politiske prosessen.

Hva er din vurdering av følgende parters rolle i handlingsplanarbeidet: Helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder, rådmannen, eldrerådet, helse- og sosialstyret, kommunestyret?

Hva er de største utfordringene i årene framover for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen?

### **Ordfører**

Hva er ditt «sivile» yrke?

Hvordan vil du beskrive kommuneøkonomien?

Hvordan er bosettingen i denne kommunen?

Hvordan er arbeidet med Handlingsplan for eldreomsorgen organisert?

Fortell om hvordan arbeidet med Handlingsplanen har foregått. Stikkord: aktører, synspunkter, diskusjoner, konflikter, avisinnlegg, folkemøter, den politiske prosessen.

Hva er din vurdering av følgende parters rolle i handlingsplanarbeidet: Helse- og sosialsjef, pleie- og omsorgsleder, eldrerådet, rådmannen, helse- og sosialstyret, kommunestyret?

Hvordan vil du beskrive samarbeidet med fylkesmannen?

Fylkeslegen?

Husbanken?

Hva er din oppfatning av de økonomiske virkemidlene i Handlingsplanen?

Hva er de største utfordringene i årene framover for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen?



# Vedlegg: Registreringsskjema for pasienter og beboere i sykehjem, aldershjem og omsorgsboliger

Kommune.....

Institusjonens/boligens navn.....

Dato for utfylling

Personens kjønn      1 Kvinne                      2 Mann

Personens alder      År

Personen bor i

- 1 Sykehjem/sykehjemsavdeling
- 2 Aldershjem/aldershjemsavdeling
- 3 Omsorgsbolig med Husbankstandard

Personen kom inn fra

- 1 Hjemmet                                      4 Aldershjem
- 2 Trygdebolig                                  5 Sykehus
- 3 Omsorgsbolig                                6 Sykehjem                      7 Annet, nemlig.....  
(skriv hva det var)

Hvis personen bor i sykehjem:

- Er han/hun i en skjermet enhet for demente?      1 Ja                      2 Nei
- Har han/hun korttidsopphold?                      1 Ja                      2 Nei

Hvis personen bor i omsorgsbolig:

- Boligen ble ferdigstilt år .....
- Har boligen fast bemanning?      1 Ja                      2 Delvis                      3 Nei
- Er boligen hjemlet i kommunehelseoven?      1 Ja                      2 Nei

Personen får nå

- Hjemmehjelp ..... timer per uke
- Hjemmesykepleie ..... ganger per uke



## BARTHEL ADL-INDEKS

Sett ring rundt det tallet som angir funksjonsnivået for de enkelte ferdigheter.

ADL-funksjon	Tallkode for funksjonsnivå	ADL-funksjon	Tallkode for funksjonsnivå
<b>Fødeinntak</b>		<b>Forflytning mellom stol og seng</b>	
Selvhjulpen	2	Selvhjulpen	3
Noe hjelp	1	Noe tilsyn	2
Helt avhengig	0	Kan sitte, mye hjelp	1
		Kan ikke sitte, hjelp av to	0
<b>Personlig hygiene</b>		<b>Hjelpebehov på toalettet</b>	
Selvhjulpen	1	Uavhengig	2
Trenger hjelp	0	Noe hjelp med klær og/el. forflytning	1
		Mye hjelp	0
<b>Avføring</b>		<b>Mobilitet generelt</b>	
Helt kontinent	2	Går uten stativ	3
Av og til inkontinent	1	Gåstativ	2
Inkontinent	0	Klarer seg i rullestol	1
		Kan ikke forflytte seg alene	0
<b>Vannlating</b>		<b>Trappegang</b>	
Helt kontinent	2	Går uten hjelp	2
Av og til inkontinent	1	Støtte eller hjelp	1
Inkontinent	0	Kan ikke gå trapp	0
<b>Påkledning</b>		<b>Bading</b>	
Selvhjulpen	2	Uten hjelp	1
Noe hjelp	1	Trenger hjelp	0
Hjelp til det meste	0		

## KLINISK DEMENSVURDERING (KDV)

Den som registrerer, bør ha kjent til personen i minst fire uker og skal vurdere hennes/hans evner på følgende områder:

- Hukommelse
- Orienteringsevne
- Vurderingsevne
- Samfunnsaktiviteter
- Huslige gjøremål og
- Personlige gjøremål

For hvert område er det gitt fire beskrivelser som angir økende problemer. Alle beskrivelsene i den første kolonnen gir 0 poeng, de i den andre kolonnen 1 poeng, de i den tredje 2 poeng og beskrivelsene i den siste kolonnen 3 poeng.

**Bestem hvilken beskrivelse innenfor hvert av de seks områdene som passer best for den du registrerer.**

**Sett poengtallet for den riktige beskrivelsen for hvert område ytterst til høyre.**

	0 poeng	1 poeng	2 poeng	3 poeng	Poeng
<b>HUKOMMELSE</b>	Normal hukommelse, evt. lett vekslende glemksomhet.	Lett hukommelsestap markert for nylig inntrufne hendelser. Hukommelsestapet virker inn på dagliglivets aktiviteter.	Moderat hukommelsestap. Viktige hendelser huskes, men nylig inntrufne hendelser glemmes helt.	Svært hukommelsestap. Bare fragmenter av tidligere hendelser kan huskes	
<b>ORIENTERINGS- EVNE</b>	Orientert for tid, sted og egen person, samt situasjon	Vansker med tidsorientering, orientering for sted og egen person. Kan være geografisk uorientert.	Desorientert for tid og vanligvis også for sted.	Totalt desorientert for tid, sted, situasjon og egen person.	
<b>VURDERINGS- EVNE</b>	God vurderingsevne og klarer seg godt i dagliglivet.	Har vansker med å løse problemer av sammensatt natur. Sosial vurderingsevne intakt.	Klart svekket evne til å løse problem. Sosial vurderings-evne svekket.	Klarer ikke å løse problem. Sosial vurderingsevne er klart svekket.	
<b>SAMFUNNS- AKTIVITETER</b>	Fungerer godt i arbeid, forening og selskapsliv. Kan ta vare på penger og gjøre adekvate innkjøp.	Trenger hjelp til å fungere i aktiviteter som nevnt. Kan imidlertid delta i slike aktiviteter og bevare god fasade.	Kan ikke klare seg uten hjelp utenfor eget hjem.		
<b>HUSLIGE GJØREMÅL</b>	Fungerer godt i eget hjem, har hobbyer og/eller intellektuelle interesser.	Svekket interesse for huslige gjøremål, hobbyer og/eller intellektuelle sysler.	Helt enkle huslige sysler kan utføres. Hobbyer og/eller intellektuelle sysler er oppgitt.	Fungerer ikke i sitt eget hjemlige miljø.	
<b>PERSONLIGE GJØREMÅL</b>	Steller seg selv.	Trenger av og til oppfordring til å stille seg selv.	Trenger hjelp til personlig hygiene og påkledning. Kan ikke ta vare på egne eiendeler.	Trenger mye hjelp til eget stell. Er ofte inkontinent.	