

ØF-rapport nr. 11/2009

# Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen



**Rolf Rønning**  
**Tuva Schanke**  
**Vegard Johansen**

# Østlandsforskning

Østlandsforskning er et forskningsinstitutt som ble etablert i 1984 med fylkeskommunene og høgskolestyrene/de regionale høgskolesentra i fylkene Oppland, Hedmark og Buskerud som stiftere i samarbeid med Kommunaldepartementet.

Østlandsforskning er lokalisert i høgskolemiljøet på Lillehammer og har i tillegg kontorer i Hamar. Instituttet driver anvendt, tverrfaglig og problemorientert forskning og utvikling.

Østlandsforskning er orientert mot en bred og sammensatt gruppe brukere. Den faglige virksomheten er konsentrert om to områder:

Næringsliv og regional utvikling  
Velferd, organisasjon og kommunikasjon

Østlandsforskningens viktigste oppdragsgivere er departement, fylkeskommuner, kommuner, statlige etater, råd og utvalg, Norges forskningsråd, næringslivet og bransjeorganisasjoner.

Østlandsforskning har samarbeidsavtaler med Høgskolen i Lillehammer, Høgskolen i Hedmark og Norsk institutt for naturforskning. Denne kunnskapsressursen utnyttes til beste for alle parter.

**ØF-rapport nr. 11/2009**

# **Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen**

**Rolf Rønning  
Tuva Schanke  
Vegard Johansen**



østlandsforskning

**Tittel:** Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen  
**Forfatter:** Rolf Rønning, Tuva Schanke og Vegard Johansen  
**ØF-rapport nr.:** 11/2009  
**ISBN nr.:** 978-82-7356-655-3  
**ISSN nr.:** 0809-1617  
**Prosjektnummer:** 10297  
**Prosjektnavn:** Organisering av hjemmetjenesten  
**Oppdragsgiver:** Helse- og omsorgsdepartementet  
**Prosjektleder:** Rolf Rønning

**Referat:** Denne rapporten handler om organiseringen av hjemmetjenesten/omsorgstjenesten. Den ser på ulike aktører som det formelle pleie- og omsorgsapparatet (offentlig/privat) og det uformelle omsorgsapparatet (familie, venner og frivillige organisasjoner). Rapporten bygger blant annet på individuelle intervjuer med pårørende til demenspasienter, statistiske analyser basert på SSBs tall for pleie- og omsorgssektoren og en litteraturstudie med fokus på empirisk forskning.

**Dato:** September 2009  
**Antall sider:** 91  
**Pris:** Kr 150,-  
**Utgiver:** Østlandsforskning  
Postboks 223  
2601 Lillehammer

Telefon 61 26 57 00  
Telefax 61 25 41 65  
e-mail: [post@ostforsk.no](mailto:post@ostforsk.no)  
<http://www.ostforsk.no>

Dette eksemplar er fremstilt etter KOPINOR, Stenergate 1 0050 Oslo 1. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

Omslagsbildet er *Hipp, hipp, hurra! Kunstnerfest på Skagen* av Peder Severin Krøyer. Bildet ble malt i 1888.

# Innhold

Forord .....	7
Kapittel 1: Bakgrunn .....	9
1.1 Alternative scenarier .....	9
1.2 Spenninger og avgrensninger.....	14
Kapittel 2: Frivillighetens forankring i det sivile samfunn.....	17
2.1 Det sivile samfunn .....	17
2.2 Sosial kapital .....	19
2.3 Dugnad, filantropi og solidaritet.....	21
Kapittel 3: Omfanget av frivillig innsats.....	25
3.1 Formell omsorg: kommunalt tjenestetilbud.....	25
3.2 Uformell omsorg: venn, familie & frivillig .....	30
3.3 Mottakerne av omsorg .....	37
3.4 Noen vurderinger om hjelpebehov .....	38
Kapittel 4: Støtte til pårørende som har omsorg for hjemmeboende med demens.....	41
4.1. Metode.....	41
4.2. Momenter fra undersøkelsen.....	42
Kapittel 5: Samarbeidet mellom de frivillige og hjelpeapparatet .....	51
5.1 Hjelpeapparatet som elefant i porselensbutikk .....	51
5.2 Fagliggjøring av omsorgen .....	55
5.3 Effektiviseringspresset .....	56
5.4 Penger eller tjenester? .....	56
5.5. Omsorg som vare .....	60
Kapittel 6: Konklusjon: Frivilligheten er en truet ressurs.....	65
Referanser.....	69
Vedlegg 1. Litteraturgjennomgang .....	73
A. Studier som ser på flere aktørgrupper .....	74
B. Det kommunale tjenestetilbudet.....	78
C. Pårørende.....	82
D. Mottakerne .....	86
Vedlegg 2. Beregning av konfidensintervaller .....	91

## Figurer og tabeller

Figur 1.	Netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren på landsbasis, i milliarder NOK.	26
Figur 2.	Antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis i perioden 2000-07.	26
Figur 3.	Landsgjennomsnitt for netto driftsutgifter til pleie og omsorg i perioden 2002-07. Prosent av kommunens totale netto driftsutgifter.	27
Figur 4.	Hjemmetjenesteorientering i 2007. Antall.	28
Figur 5.	Faktorer av betydning for hjemmetjenesteorientering.	28
Figur 6.	Mottakere av omsorgslønn	36
Figur 7.	Antallet mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon, 2000-06.	38
Tabell 1.	Regresjonsanalyse av hjemmetjenesteorientering.	29
Tabell 2.	Estimat av uformelt omsorgsarbeid i eget hushold og hjelp til andre husholdninger for 1980, 1990 og 2000. 16-74 år.	31
Tabell 3.	Regelmessig omsorgsarbeid fordelt på kjønn og alder, 2002. Prosent og timer.	34
Tabell 4.	Mottatt omsorg blant personer som er 67 år og eldre, 2005.	37

## Forord

Denne rapporten er svaret på et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD ønsket en kunnskapsstatus når det gjaldt hvordan omsorgstjenestene/hjemmetjenestene best kan organiseres for å sikre samspillet med familie, pårørende, frivillige og sivilsamfunnet.

I konkretiseringen av oppdraget ble vi enige om å gjøre tre delprosjekter. Det første var å beregne den frivillige innsatsen på området, og å prøve å se hvordan denne varierte med kommunal politikk. Dernest skulle vi se på situasjonen for pårørende til hjemmeværende med demensproblemer, og til slutt skulle vi gi en oversikt over relevant litteratur. Resultatet av dette søket er med i rapporten som vedlegg. De øvrige delprosjektene er med som kapittel 3 og 4.

Vi har i rapporten prøvd å sette delprosjektene inn i en større sammenheng, slik at den dekker mer av det feltet som oppdraget skisserte.

Vi er tre personer som har arbeidet med denne rapporten. Førsteforfatter har vært prosjektansvarlig, og ansvarlig for å sy sammen rapporten, men alle har bidratt i de ulike delene og er ansvarlige for hele rapporten

Flere har hjulpet oss i arbeidet med rapporten. I studien av pårørende til hjemmeboende med demensproblemer fikk vi god hjelp av ledelse og ansatte i hjemmetjenesten i Lillehammer kommune. Lederen for demensforeningen i kommunen, Christel Røsten, inviterte oss på foreningens årsmøte og hjalp oss med kontakter. Geir Selbæk, som kan mye om demensproblemer, tok seg tid til å dele litt av sin kompetanse med oss. Takk til dere alle!

Rapportens oppbygging er slik.

- Kapittel 1 gir et teoretisk bakteppe. Vi presenterer fem scenarier for å løse framtidige omsorgsutfordringer, der det å styrke frivilligheten er kjernen i ett av dem.
- Kapittel 2 diskuterer frivillighetens forankring i det sivile samfunn. Her kommer det fram at det finnes ulike normer og verdier som bidrar til at vi hjelper andre som trenger det frivillig og ulønnet.
- I kapittel 3 beregnes omfanget av det formelle pleie- og omsorgsapparatet og det uformelle omsorgsapparatet ved familie og venner. Det ses og på mottakernes erfaringer.
- I kapittel 4 gjennomgås funn fra individuelle intervjuer med pårørende til demenspasienter.
- Kapittel 5 gir en diskusjon av utfordringer i samarbeidet mellom de frivillige og hjelpeapparatet.
- Kapittel 6 oppsummerer gjennomgangen fra kapitlene foran.
- Vedlegg 1 er laget for de som ønsker mer informasjon om temaet. Her presenteres hovedfunn fra elleve empirisk orienterte studier av og med omsorgstjenesten.

Lillehammer, september 2009

Rolf Rønning

Prosjektleder

Torhild Andersen

Forskningsleder



# Kapittel 1: Bakgrunn

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) om fremtidens omsorgsutfordringer står det at:

”Samfunnet står overfor krevende omsorgsutfordringer de neste tiårene. De kan ikke overlates til helse- og sosialtjenesten alene, men må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjementet fra familie og lokalsamfunnet, organisasjoner og virksomheter” (Stortingsmelding 25, pkt. 2.4, s.10).

Dette er et klart signal om at Regjeringen mente at samarbeidet med de frivillige aktørene i omsorgen måtte være et hovedgrep for å møte de framtidige omsorgsutfordringer. Denne rapporten er en diskusjon av mulighetene ved å følge dette sporet. For å sette valget i perspektiv, kan vi se det i sammenheng med andre mulige framtidige løsningsmodeller.

## 1.1 Alternative scenarier<sup>1</sup>

Eldreomsorgen vil dreie seg om bevilgninger, men mer (olje)penger er ingen garanti for at det er personell til å utføre de omsorgsoppgavene vi står ovenfor. Det trengs 54,000 nye årsverk i omsorgen fram til 2030 med det ”middelsalternativet” som skisseres i St.meld. 25 (2005-2006), i tillegg til å erstatte de som går ut. Til å løse denne utfordringen kan vi i alle fall tenke oss fem ulike scenarier, hvor det å styrke frivilligheten er kjernen i ett av dem.

---

<sup>1</sup>Disse scenariene bygger på Rønning (2009a)

## **Scenario 1. Lønn som fortjent**

I valgkampen 2009 syntes det å være stor enighet om at omsorgsyrkene måtte gis et lønnsløft slik at det ble mer attraktivt å gå inn i disse yrkene. Det ble framhevet at hvis en ikke tok et slikt grep, så vil en mangle kvalifisert arbeidskraft til å møte det store framtidige behovet. Rapporter fra feltet framhever den vanskelige arbeidssituasjonen med underbemanning og stort arbeidspress som en minst like viktig faktor som lønnsnivået, når det gjelder avgangen fra omsorgsyrkene. En kan heller ikke forklare det høye sykefraværet som er i sektoren med lønnsnivået (Rønning, Batt-Rawden & Solheim 2009).

Regjeringen kan erklære at omsorg er en hovedoppgave for den framtidige velferdsstaten, og dette gjør at en må satse mye kraftigere på en oppvurdering av omsorg.<sup>2</sup> Da kan et offensivt grep være å slå sammen likelønnssatsinga med omsorgssatsinga, og gi sjukepleiere og omsorgsarbeidere et skikkelig lønnsløft som hever dem over grupper de har vært likt med fram til nå. Skal omsorg skal bli et attraktivt yrkesvalg må det flere tiltak til en høyere lønn. Utdanningskapasiteten kan økes, men like viktig er tiltakene for at det skal bli attraktivt å bli stående i yrket.

Å heve lønnsnivået innen omsorgsyrkene kan virke som en god ide, og omsorgsyrkene har en moralsk status som gjør at forslaget kan få betydelig støtte. Det er imidlertid flere grunner til at dette er vanskelig å få til i praksis. For det første snakker vi om store yrkesgrupper. Det betyr at lønnsøkningen vil koste en god del, uten at det blir flere hender. For det andre kan lønnsøkningen bli oppfattet som urettferdig av andre grupper med samme utdanning og sammenlignbart lønnsnivå. Lærerne vil kunne argumentere med at barna er like viktige som de eldre, og at de må være på samme nivå (minst). For det tredje er det slik at "omsorgsyrkene" kan være vanskelige å avgrense. Sjukepleierne framstår som en kjernegruppe, men vernepleiere er også omsorgsarbeidere, og så har vi omsorgsarbeiderutdanningene. For det fjerde skal fagforeningene som forhandler frem avtaler også ivareta andre enn omsorgsyrkene, og omsorgsyrkene skal forhandle gjennom ulike organisasjoner. De fleste

---

<sup>2</sup> Stortingsmeldinga sier under punktet om FoU-arbeid at et mål er å heve omsorgsyrkenes status, men dette knyttes ikke direkte til lønn.

omsorgsarbeidere er offentlig ansatt, og offentlig sektor kan vanskelig være lønnsledende

Med bred politiske støtte er det selvsagt mulig å gi omsorgsyrkene et betydelig løft, men enkelt er det ikke med dagens forhandlingsstruktur. I tillegg kan det også diskuteres hvor mye høyere lønn bidrar til å løse.

### **Scenario 2. Import**

Arbeidsledighet i de baltiske statene, i Polen og andre av EUs nye medlemsland, kan åpne for en fleksibel og smidig løsning: en storstilt import av omsorgsarbeidere på midlertidige kontrakter. EUs tjenstedirektiv åpner for gode løsninger her, og private firmaer har allerede i dag engasjert seg i omsorgsimporten. Private aktører og konkurranse mellom tilbydere kan sikre at kostnadene holdes nede. For myndighetene kan dette være en økonomisk gunstig løsning, og opplegget kan utformes slik at de som blir engasjert får så korte kontrakter at det ikke gir rettigheter og forpliktelser i Norge. Samtidig kan en neppe sikre at alle som kommer er etablert med familie i hjemlandet, så noen vil bli i landet gjennom ekteskap.

Ulempen ved ordningen er at mangel på språkkunnskaper skaper avstand til brukerne, og mange av dem føler seg usikre og redde for at de ikke blir forstått. I tillegg vil en innvending være at import av omsorgsarbeidere gir omsorgsunderskudd der de rekrutteres fra (Hochschild 2000), og at det er umoralsk at rike Norge skal tappe fattigere land for viktige ressurser. Det kan selvsagt etableres ordninger hvor Norge betaler for utdanningene ute og gir kompensasjon på annen måte, men dette hindrer ikke de språkbarrierene som vil være hvis en holder på at det skal være midlertidige rotasjonsordninger. At språkproblemer hindrer nærhet, er antakelig et større problem i eldreomsorgen enn i institusjonshelsetjenesten.

### **Scenario 3. Verneplikt**

Argumentasjonen om at det er like viktig at ungdom lærer omsorg for andre som at de lærer å krige mot dem har vært lansert flere ganger. Utspillene er avvist fra begge hovedfløyene i det politiske landskapet. Høyresida har hatt en tendens til å se slik

samfunnstjeneste som en ordning som var egnet til å undergrave forsvaret, mens enkelte på venstresida har sett slike utspill som en ytterligere militarisering av samfunnet. Viktigere har det kanskje vært at fagbevegelsen er meget skeptisk til forslag som kan true arbeidsplasser, eller redusere framtidige behov.

Med profesjonaliseringen av forsvaret blir bare en mindre del av årskullene utkalt, og da blir det et rettferdighetsargument at også de andre må gjøre tjeneste. I tillegg har mange av den beslutningsfattende generasjonen etter hvert gjort erfaringer med mangel på hender til å ta seg av deres foreldre. Forslaget om samfunnstjeneste (som lyder bedre enn verneplikt) har fått mer støtte etter hvert, og det er ikke helt umulig for politiske partier å ta i dette etter hvert.

Mange ungdomspartier og ungdomsorganisasjonene ville være skeptiske til en ordning med omsorgsarbeid som samfunnstjeneste, men ordningen kan ha litt appell ved at den symboliserer et nytt og mindre kommersialisert samfunn. Ordningen kan sukres av myndighetene hvis den gir studiepoeng, og det blir lagt inn en forskole med førstehjelp og annen nyttig opplæring. I tillegg kan samfunnstjenesten gjøres tellende som praksis for opptak i omsorgsutdanninger.

Sykepleierforbundet har vært den heftigste motstanderen i debatten fram til nå. Forbundet argumenterer med at det er mer kvalifisert arbeidskraft som trengs, ikke flere ufaglærte. Det blir også argumentert for at det er ydmykende for hjelpetrengende å skulle bli pleiet av noen som ikke ønsket å gjøre nettopp det. Noen sjukepleiere i felten har imøtegått sitt eget forbund med at de trenger flere hender nå, slik at de får gjort den jobben de er utdannet for.

Et argument, i forhold til imports scenariet, er at ungdommen snakker norsk. Dette vil gi hjelpetrengende trygghet i forhold til de utenlandske hjelperne. De unge kan også arbeide under tilsyn, der faglig personell vurderer hvem som er egnet til omsorgsarbeid og ikke. De som blir definert som uegnet, får jobb på institusjonskjøkken osv. For politikerne er en fordel med ordningen at en går klar av EUs etter hvert detaljerte krav om konkurranse og fri flyt av arbeidskraft. Dessuten er ordningen rimelig og ikke inflasjonsdrivende.

#### **Scenario 4. Teknologi**

Hvis Handlingsregelen i forhold til Oljefondet gjør det vanskelig for myndighetene å satse mye på arbeidskraftkrevende aktiviteter fordi det er inflasjonsdrivende, vil en storstilt satsing på teknologi i omsorgen, kunne ses som litt av en genistrek. Det bør kunne bety: a) at det vil kreves færre hender i omsorgen, b) at de som er der kan bruke mer tid på personlig kontakt, og c) at det blir mindre slitasjeskader og sjukmeldinger. Det siste betyr en bedre bruk av personalet. Når sjukefraværet noen steder er over 20 prosent så betyr det at minst hver femte ansatt til enhver tid er borte fra jobben og må erstattes. Omsorgsarbeidere bruker fortsatt mange steder en betydelig del av arbeidstida på tunge løft, noe som antakelig er en viktig årsak til høyt sjukefravær pga. av muskel- og skjelettlidelser

En start for teknologisatsinga kan være store investeringer i løfte- og vendeutstyr. En slik satsing kan bli godt mottatt i institusjonstjenesten, mens det er grunn til å forvente en mer blandet mottakelse i hjemmetjenesten. Brukerne og deres familier kan ha motforestillinger mot at hjemmet blir bygd om til en "miniinstitusjon". Hvis de omsorgstrengende bare unntaksvis trenger hjelp som forutsetter løfting, kan det virke voldsomt med løfteapparater i stua. På den andre siden vil summen av hjem uten løfteutstyr kunne redusere de ansattes helse.

Teknologiløftet må ha ambisjoner langt utover løfteutstyret. Pasienter i demensavdelinger kan utstyres med brikker som varsler personalet hvis de forlater de "lovlige områdene", og de kan lett spores hvis en ikke får reagert raskt nok. Videre kan medisinfordeling automatiseres, slik at hjelperne får ferdige bokser til utdeling, og det kan brukes roboter til flere praktiske oppgaver. Det kan brukes robotdyr som ikke er et problem for allergikere, og som gjør at pensjonærene trives bedre. Motstanderne av teknologialternativet vil kunne argumentere med at en er i ferd med å få et umenneskelig samfunn. De kan møtes med at det nettopp er det motsatte som er tilfellet nå: det blir mer tid til den menneskelige delen.

## **Kort vurdering**

Det femte scenarioet er frivillighetsscenarioet. Muligheter og begrensninger ved frivillighetsscenarioet vil bli diskutert mer i detalj i resten av rapporten.

Det er nevnt motforestillinger ved alle løsningene som er skissert foran, og som på mange måter representerer de realistiske alternativene for framtidige valg. En kan kanskje trøste seg med at da må en ikke satse alt på en hest, men heller på litt av alle (eller flere). Så enkelt er det likevel ikke, for flere av alternativene står i strid med hverandre, og noen må tas helt, og ikke stykkevis og delt (som samfunnstjeneste). Satser vi sterkt på teknologiscenarioet så kan det redusere den frivillige innsatsen både ved at de pårørende føler seg fremmedgjort eller rett og slett ikke er kompetente til å betjene teknologien. På samme måte kan en storstilt omsorgsimport bidra til å presse lønnsnivået ned, og ikke opp (som er ønskelig ut fra lønn-som-fortjent-scenarioet).

## **1.2 Spenninger og avgrensninger**

Et samarbeid med frivillig sektor betyr at omsorgen skal utformes i spenningsfeltet mellom stat, marked og det sivile samfunn (dette vil bli drøftet nærmere i neste kapittel), men også i spenningsfeltet mellom ulike verdier som medmenneskelighet, faglighet og kostnadseffektivitet. Dette for å nevne noen.

St.meld. 25 har en presisering som kan ses som en sikring mot at frivillighetsmodellen skal oppfattes som at kvinner skal tilbake til hjemmet og kjøkkenet. Det sies at:

”Regjeringen mener det er helt avgjørende å føre en politikk som er forankret i et moderne likestillingsperspektiv der det legges til rette for at omsorgsarbeid kan kombineres med yrkesaktivitet, og at omsorgsoppgavene er mer likt fordelt mellom menn og kvinner” (Stortingsmelding 25, s.14).

Dette kan leses som at en mener det er viktig å gjøre omsorgsoppgavene til yrkesarbeid, noe som kan redusere frivillighetskomponenten. Utsagnet kan også leses som en sperre

mot godtgjøring for frivillig omsorgsarbeid, og ulike former for kontantstøtte.

St.meld. 25 har en oversikt over strategier for framtidens omsorgsutfordringer:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitet og kompetanse
- Medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Selv om dette er lite konkrete punkter, så er det mulig å se at de kan utformes slik at de kommer i konflikt, men det behøver ikke å være situasjonen. Resten av rapporten går på det siste av de fem punktene – partnerskap med familie og lokalsamfunn – og på mulighetene for at en her kan løse en større del av omsorgsutfordringene.





## Kapittel 2: Frivillighetens forankring i det sivile samfunn

Dette kapitlet ser nærmere på omsorg i forhold til *familie og nærmiljø* og omsorg i forhold til *frivillige lag og foreninger*.

### 2.1 Det sivile samfunn<sup>3</sup>

Det er ganske vanlig å omtale det sivile samfunn som ”den tredje sektor”, dvs. den del av samfunnet som ikke er stat eller marked. Alternative definisjoner av det sivile samfunn er det gode samfunn (hvor en oppførte seg sivilisert), det åpne fellesskap og det offentlige rom (Edwards 2004). Vi velger å bruke definisjonen som markerer den tredje sektor, men definerer denne slik at den inkluderer både de uformelle strukturene og frivillige lag og foreninger.

Familien og nærmiljøet er sentrale for reproduksjon, for sosialisering og trygghet. Det er her vi vokser inn som samfunnsmedlemmer, før vi etter hvert får kontakt med storsamfunnets organiserte aktiviteter, gjennom barnehage og skole, og seinere arbeidsliv. I vår sammenheng har det vært vanlig at storsamfunnets institusjoner var organisert av fellesskapet, dvs. staten. Men de siste åra har markedet kommet inn som aktør både for barnehager og skoler.

Familie og nærmiljø er i begynnelsen hele verden for nye individer, og de fortsetter å være viktige hele livet, fordi de ivaretar funksjoner som ikke de andre kan møte på en tilsvarende måte. For små barn er foreldrene (eller de foresatte) den viktigste

---

<sup>3</sup> Deler av dette avsnittet er fra Rønning (2009b)

og avgjørende ressursen, de kan ikke greie seg uten. Så vil avhengighetene avta, og som voksne vil mange oppleve at de har gamle foreldre som på ulik måte trenger hjelp fra dem. I hele livsløpet er derfor familiemedlemmene på ulik måte ressurser for hverandre. Og vi ser at gode naboer og venner har tilsvarende funksjoner.

Vår identitet og tilhørighet utvikles i samspillet med nære andre, og det er her vi ivaretar viktige rekreative funksjoner. Nærhet og omsorg er positive verdier knyttet til det sivile samfunn. Her lades batterier for arbeidsliv m.v. Her utfolder vi oss også sammen med andre i idrett, sang og andre hobbyer, og vi bygger samfunnshus og idrettsanlegg på dugnad for vårt felles beste. Det finnes konkurransenkning hos aktører både i familien og i de uformelle fellesskapene, men det er *samarbeid* og uformelle bytter som er hovedmodellen. Og samarbeidet bygger på *tillit*. Vår rolle i forhold til nærmiljøet er at vi er medmenneske, og vi er unike.

Nærmiljøet er ikke bare idyll for alle, også her utfoldes makt. Incest, kvinnemishandling, og undertrykking av de som er annerledes forekommer. Makt i uformelle systemer er vond å angripe fordi den ikke er plassert noe bestemt sted. Christie (1975) har med sin U-kurve påpekt at samfunnet kan bli både for tett og for stort: i de tette samfunn kan vold ha sitt utspring i ærekrenkelse, mens i det uoversiktlige samfunn er offer og gjerningsmann ofte ukjente for hverandre og sjansen for å bli gjenkjent og tatt er mindre.

I det sivile samfunnet er de fleste av oss forankret i det vi kan kalle tette sosiale nettverk. I tette nettverk er det sterke sosiale bånd mellom aktørene, og de defineres i forhold til kontaktfrekvens og lukkethet (Rønning & Starrin 2009). Vi har den hyppigste sosiale omgangen med nær familie (ektefelle, barn, foreldre) og dette fellesskapet er i noen sammenhenger også lukket mot omverdenen. I de tette og nære relasjonene yter vi hjelp til hverandre fordi de andre er viktige følelsesmessig for oss, og det er her vi finner modellene for den gode og nære omsorgen, som foreldre-barn-relasjonen eller relasjonen mellom ektefeller. Vi kan si at vi starter vårt liv med få og nære andre

(foreldre, søsken) og etter hvert utvides våre sosiale nettverk til å inkludere slektninger, naboer, venner og andre vi møter.

Frivillige lag og foreninger hører også til det sivile samfunn. Her finner vi en større formaliseringsgrad ved at det er statutter og formelle medlemskap. Formalitetsgraden vil variere, avhengig av om det er den lokale sangforeningen eller om det er en lokal avdeling av en større organisasjon (Røde Kors, Rotary osv.). I mange av disse foreningene vil det uformelle innslaget være betydelig, og medlemskapet er frivillig. I noen drøftinger av det sivile samfunn er det de frivillige lag og foreninger som oppfattes som kjernen (Lorentzen 2007).

Foreningsfloraen er rik og variert. Det finnes mer enn 2000 landsomfattende organisasjoner og mange regionale og lokale. I undersøkelser av befolkningen over 16 år, så oppgir 80 prosent at de er medlemmer i minst en organisasjon. Gjennomsnittet er 1,7 medlemskap. Det gir totalt 5,8 mill. medlemskap her i landet (Wollebæk, Selle & Lorentzen 2000, Rønning 2006). Medlemskapene tjener ulike formål, fra medlemskap i Norges Automobilforbund, til hobbyorganisasjoner, politiske partier og religiøse organisasjoner. Utviklingen har de siste årene vært slik at det er mindre oppslutning om organisasjoner som har som mål å hjelpe andre, til mer vekt på selvrealiseringsorganisasjoner (Wollebæk, Selle & Lorentzen 2000).

## **2.2 Sosial kapital <sup>4</sup>**

De siste årene er det blitt vanlig å betegne de ressursene som vi har tilgang til som medlemmer i sosiale nettverk for ”sosial kapital” (Rønning & Starrin 2009). Noen av de som var først ute med å bruke begrepet, ønsket å sette søkelyset på at tilhørigheten i nettverk kan være viktige ressurser på linje med økonomisk kapital. I noen sammenhenger kan den sosiale kapitalen konverteres til økonomisk kapital, mens den i mange sammenhenger kan veksles i tjenester som vi ellers måtte betalt for med økonomisk kapital.

---

<sup>4</sup> Dette avsnittet bygger på Rønning & Starrin (2009)

I tette nettverk hvor vi samhandler på ulike måter, f.eks. ved at vi jobber sammen, bor i nærheten av hverandre, og har de samme fritidsinteressene, kan vi snakke om tykk sosial kapital. I nettverksteori kalles slike relasjoner for mangestrengt eller flerfibret (Bø & Schiefloe 2006). Motsetningen er personer vi bare har møtt eller møter i én sammenheng (i heisen, i en bestemt jobbsammenheng). Granovetter (1973) har skilt mellom sterke og svake bånd, som dekker mye av det samme skillet. Svake bånd har vi til personer vi møter i få sammenhenger og som vi har få felles venner med. Når vi har sterke bånd (eller tykk sosial kapital) så betyr det gjerne at vi er sammen med venner eller familie hvor alle kjenner alle i nettverket. Er man på jakt etter ny jobb kjenner de andre i nettverket antakeligvis ikke mange andre enn man selv gjør. Hvis noen har svake bånd til andre utenfor nettverket, kan det gi inntak til ny informasjon om eksempelvis jobbmuligheter. Mens vi kanskje intuitivt ser styrken ved sterke bånd, så påpeker Granovetter styrken ved svake bånd i situasjoner som dette. Et samfunn hvor de fleste av deltakerne er i nettverk med sterke bånd, og hvor det er liten kontakt mellom nettverkene, kan det tenkes at det oppstår konflikter mellom ulike nettverk (grupper), bl.a. på grunn av mangel på gjensidig informasjon og forståelse. Det trengs svake bånd for å knytte forbindelse mellom gruppene, og for å holde samfunnet sammen.

Ved å anvende kapitalbegrepet ønsket en nettopp å få fram likheten med penger, som er et godtatt byttemiddel i svært mange sammenhenger. Noen former for sosial kapital kan byttes inn i andre typer nettverk, eller lignende nettverk andre steder. Det er også mange begrensninger ved bytting, så sosial kapital er også i mange sammenhenger kontekstbundet, og ikke lite lett å konvertere som anerkjente valutaer. Profesjonelle nettverk har inntakskriterier: du må tilfredsstillte bestemte krav for å være adgangsberettiget og da kan man ikke få overført kapitalen sin fra idretts- eller borettslaget. Et annet eksempel er at en legeutdanning fra Afghanistan ikke uten videre gir adgang til medisinerens gode selskap i Norge.

Det er viktig å være oppmerksom på at det i våre politiske systemer er grenser for hvor byttbar den sosiale kapitalen skal være. Vi har lover og regler som skal hindre at sosial kapital gir

fordeler i mange sammenhenger. Det påstås at det i søreuropeiske land er slik at familie og vennskapstilknytning forventes å bety mer. Så når en ung mann fra en av øyene i Hellas drar til Athen for å få jobb, må onkelen hans som arbeider i et departement sørge for at han får jobb der. Motsatsen til en slik modell er det weberske byråkrati som har klare og forutsigbare regler for hvilke kvalifikasjoner som skal telle ved ansettelser, og hvor upersonlighet er en grunnregel som skal motvirke all sosial fordelsbehandling. I dette systemet er humankapital viktig, dvs. utdanning og ervervet kompetanse, mens bruk av bekjenskaper karakteriseres som korrupsjon. Overført til omsorgstjenestene så synes vi det er flott at nabokona steller godt med ordførerens gamle foreldre, men vi godtar ikke at det skal gi hennes foreldre fortrinnsrett til institusjonsplass.

Som i *Monopol* vil vi være utstyrt med en del (sosial) kapital når vi starter "livets spill" på egenhånd. Kapitalmengden vil være avhengig av vår families plass og anerkjennelse i lokalsamfunnet. Denne kapitalen kan vi øke eller minske ved egen atferd. I omsorgssammenheng betyr det at vi kan samle kapital ved å stille opp for andre som trenger hjelp (Rønning 1986). Når det da blir "vår tur" så vil folk stille igjen. Dette kan illustreres med et eksempel: I en norsk bygd var det en gardbruker som skadet seg slik at han ikke var i stands til å ta vare på garden. Da gikk naboene inn og tok gardsarbeidet på skift i ett år, til han selv kunne ta over igjen. Vi antar både at han hadde stilt for andre før dette skjedde, og at han vil gjøre det siden når det trengs. Dette eksemplet viser også hvordan sosial kapital kan erstatte økonomisk kapital. Rimelighet og gjensidighet er stikkord i kapitalbyttene. Derfor er det også eksempler på at folk som har stilt lite for andre også blir sittende ganske ensomme når de selv kunne ønske hjelp og besøk.

## **2.3 Dugnad, filantropi og solidaritet**

Lorentzen (2007) tar utgangspunkt Hegels påstand om at moralske normer oppstår i familien og lokalsamfunnet. De gir anvisninger om hvordan vi skal oppføre oss. Ved å handle

bekrefter vi at moralnormene eksisterer. Slik oppstår moraldannende kretsløp: moralen gir anvisninger på hvilke handlinger vi skal utføre, og praksis bekrefter at moralen finnes. Å yte omsorg for personer som vi kjenner og som betyr noe for oss, kan begrunnes moralsk, og det bekrefter en moralsk praksis. Omsorg kan defineres som det å sette seg i den annens sted (Noddings 1984). Omsorg er begrunnet i følelser, og er derfor i utgangspunktet spesifikk (Rønning 1990). Omsorgens doble natur er at den formidles i konkrete handlinger, samtidig som den er en egenskap ved disse handlingene, ved måten de gis på (Rønning 2004). Forventningen om å yte omsorg er avhengig av at vi forventes å ha kompetanse; for å redde en druknende må vi kunne svømme (Rønning 1990).

Omsorg er et positivt ladet begrep, men omsorg kan også være tvetydig; i foreldres omsorg for barn vil det ofte være et element av kontroll, og det å gi omsorg behøver ikke bare være et resultat av et altruistisk sinnelag. Det kan også være et ønske om å framstå i et positivt lys. Når vi i fortsettelsen diskuterer uegennyttig atferd med forankring i sivilsamfunnet, så betyr det ikke at de er rensert for egeninteresser, men at de moralsk, i større eller mindre grad, er begrunnet i uegennyttige normer.

Lorentzen (2007) nevner tre norske tradisjoner for å hjelpe (hver)andre. Den første er dugnadstradisjonen, og han viser at dugnad stammer fra dyd, og at det derfor er rimelig å anta at dugnader ikke bare har vært praktisk begrunnet, men at de også er forankret i moralske normer. Dugnadene i lokalsamfunn hvor det er reist både skoler, kirker og samfunnshus, har bidratt til mye verdiskaping og styrking av fellesskap. Om det i dag ikke reises så mange nye bygg på dugnad, så lever dugnadsånden i driften av lag og foreninger. Aktivitet som gir lønn til laget fordeles på medlemmene, eller innsats ved egne arrangementer, er viktig for foreningene. Det er fortsatt slik at en søker arbeidsinnsatsen. I noen sammenhenger har en gått inn på det som kan kalles "økonomisk dugnad", dvs. at noen kan kjøpe seg fri fra arbeidsinnsatsen ved å betale en stipulert timespris. Dette er bedre enn om de ikke gjorde noe, men det bidrar ikke til å skape fellesskap, og det at noen kjøper seg fri kan understreke sosiale

ulikheter. I noen tilfeller, som ved egne arrangementer, kan heller ikke penger erstatte personer.

Konklusjonen er likevel at dugnadsarbeid fortsatt er viktig, og at det bidrar til å opprettholde og utvikle fellesskap og samhørighet i lokalsamfunnene. Det fremheves av og til at dugnaden er et typisk norsk fenomen, og at den ikke er et universelt fenomen kan en teste når innvandrere skal innlemmes i denne kulturen (Lorentzen 2007). Andre kulturer kan ha mye sterkere normer om at en skal greie seg selv uten hjelp fra andre.

Den andre tradisjonen som Lorentzen nevner er filantropien, ofte også omtalt som veldedighet. For bemidlede folk har det vært en lang tradisjon at en har gitt av sitt overskudd til samfunnsnyttige formål eller til de med få ressurser. Noen har donert diskret og anonymt, mens andre har sørget for minnesmerker over seg selv. Med framveksten av nyrike i Norge så har de vært anført at de burde se til de amerikanske tradisjonene hvor rike donerer. Å gå i amerikanske kunstmuseum<sup>5</sup> og oppdage at utstillingen ikke er ordnet etter kunst eller epoker, men etter hvem som har donert hva, er en påminnelse om ulike tradisjoner. Også i Norge doneres det, både til forskning, kunst og veldedige formål. På den norske landsbygda var det en del steder en tradisjon med at gardkjerringa dro rundt til husmennene før høytider med litt ekstra (ost, smør). Det kunne kanskje oppfattes som litt ydmykende for mottakeren, men det var også en hjelp, og en understreking av det felles ansvaret en hadde på tross av sosiale ulikheter. Filantropien (overfor svake grupper) blir gjerne knyttet til en humanistisk begrunnelse; en skulle hjelpe andre mennesker i nød, eller som hadde mindre. En slik begrunnelse vil også ligge nær en kristen begrunnelse om nestekjærlighet (den barmhjertige samaritan). Vi finner i dag en rekke hjelpetilbud som ligger nær det vi kan kalle veldedighet, f.eks. Røde Kors sin besøkstjeneste, hvor en lager ordninger der en besøker ensomme eldre. Vi har intervjuet folk som satte stor pris på besøket, men som reagerte negativt da de fikk vite at dette var et organisert tilbud. Reaksjonen gikk kanskje ikke så mye på at det var veldedighet, som at det ikke var begrunnet i spesielle følelser for den som fikk besøket.

---

<sup>5</sup> Museum of Modern Art i New York er et eksempel her

Med framveksten av folkebevegelsene på 1800-tallet så fikk vi nasjonale bevegelser (kristne, politiske) som hevet seg over det lokale samholdet. Samholdet ble interessepolitisk begrunnet, og kunne dele lokalsamfunn på tvers. Det fellesskap, eller kollektiv, en her refererte til, hadde i mange tilfelle en motpart som en sto i opposisjon til. Det kunne være de legmannskristnes kamp mot det etablerte presteskap, eller arbeiderbevegelsens kamp for rettigheter. Her ble det utviklet en politisk solidaritet mellom likemenn, som hadde brodd mot andre. Brukseieren var ikke lenger enn lokal alliert, men en undertrykker. Denne solidariteten kunne kreve at en avsto fra kortsiktig nytte (som å få utbetalt lønn) for å støtte arbeidskamerater i streik og kamp for felles framtidige mål. Om solidariteten hadde nasjonale (eller internasjonale) mål, så utfoldet den seg ofte i lokal settinger som avgrensede arbeiderforeninger. Samtidig var den på en helt annen måte enn dugnaden spesifikk på hvem som hørte med og ikke.

I sin bok om solidaritet i Europa, skiller Stjernø (2004) mellom sosial, religiøs og politisk solidaritet. Den politiske er illustrert foran, og knyttet til Marx og arbeiderbevegelsens framvekst. Den religiøse er hos Stjernø illustrert ved den katolske kirkes fortolkning av sitt samfunnsansvar. Det finnes begrunnelser og praksis for å hjelpe trengende i de fleste religioner. Den sosiale solidariteten henviser til ulike samfunnsforskere beskriver av den solidaritet som holder samfunn og fellesskap sammen. Dette er beskrevet foran med utgangspunkt i lokalsamfunnet og de nære bånd.



## **Kapittel 3: Omfanget av frivillig innsats**

I Storbritannia er den uformelle omsorgen som familie og venner utfører estimert til 800 milliarder pund. Dette tallet er sammenlignbart med årlige kostnader til sosialomsorgstjenester for voksne som utgjorde rundt 10 milliarder pund (Land 2006).

I Norge var det i 2005 110,000 årsverk i omsorgstjenestene. Det er anslått at den frivillige innsatsen var av samme omfang (Stortingsmelding 25). Selv om det er mye usikkerhet til slike anslag, så er det klart at presset mot offentlige omsorgstjenester vil øke kraftig hvis den frivillige innsatsen skulle bli vesentlig redusert. Motsatt så vil et mer gjennomtenkt samarbeid med de frivillige omsorgsyterne kanskje kunne redusere behovet.

Dette kapittelet gjør beregninger av formell og uformell omsorg ut fra et søk i SSBs tallmateriale. Kapitlet har fire deler:

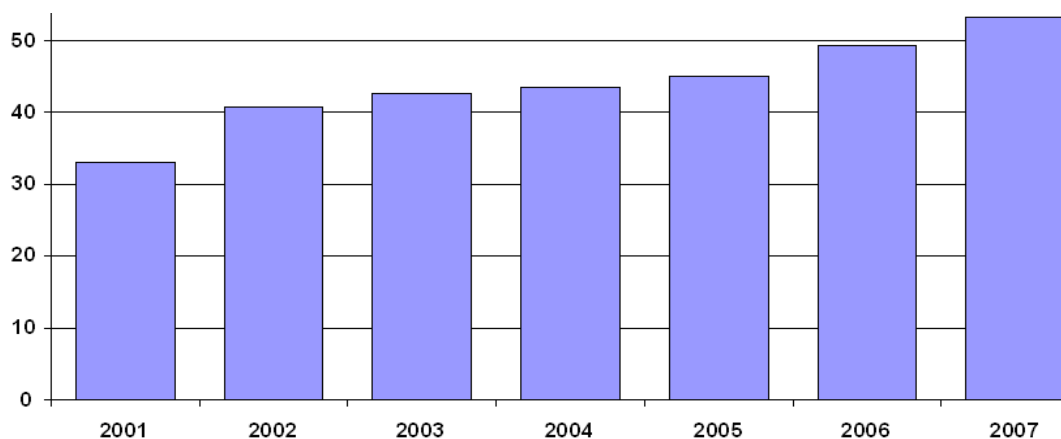
- 3.1 omhandler det formelle pleie- og omsorgsapparatet
- 3.2 tar for seg det uformelle omsorgsapparatet (familie/venner)
- 3.3 ser på mottakernes perspektiv
- 3.4 gir en kort litteraturodrøfting av helse og hjelpebehov

### **3.1 Formell omsorg: kommunalt tjenestetilbud**

I denne seksjonen gjennomføres statistiske analyser med bakgrunn i statistikk om det kommunale tjenestetilbudet. Data er hentet fra SSB og inkluderer KOSTRA-tall og annen kommunal statistikk (bl.a. folketall, sentralitet og kommunestyreforhold).

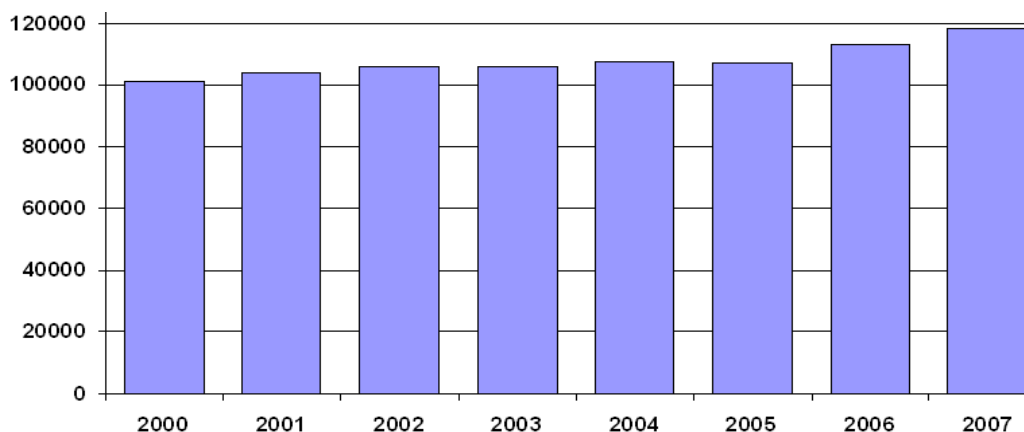
## Størrelsen

Det er ulike måter å måle omfanget av pleie- og omsorgssektoren. I figur 1 viser vi netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren på landsbasis i perioden 2001-07. Det er ikke korrigert for det faktum at en krone var mer verdt i 2001 enn i 2007. Figuren viser en dramatisk økning fra 33 milliarder i 2001 til 53 i 2007.



**Figur 1.** Netto driftsutgifter til pleie- og omsorgssektoren på landsbasis, i milliarder NOK.

Kilde: SSB 2009



**Figur 2.** Antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis i perioden 2000-07.

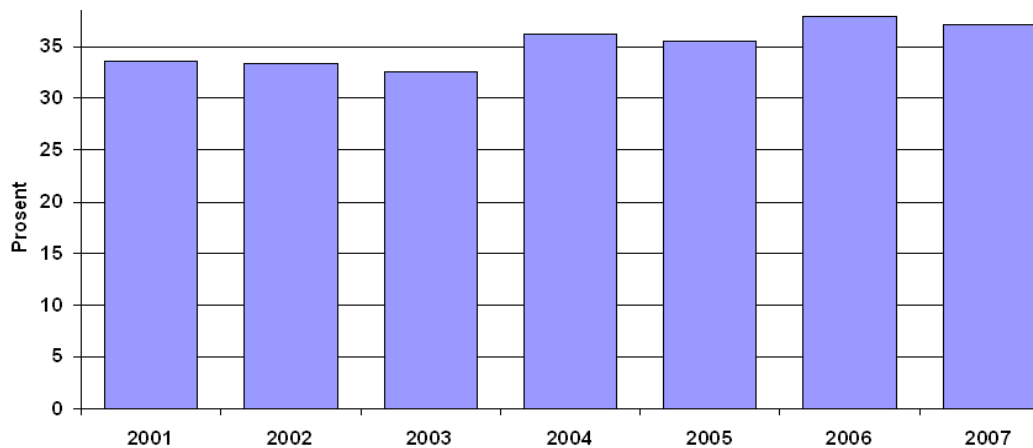
Kilde: SSB 2009

Årsverk er en måleenhet som kontrollerer for lønnsveksten. I figur 2 ses det på antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren på landsbasis i perioden 2000-07.<sup>6</sup> Her ser vi at det er en moderat

<sup>6</sup> Statistikken over årsverk i pleie- og omsorg ble lagt om mellom 2002 og 2003. Frem til 2002 var data basert på skjema, mens det fra 2003 brukes de tall om egne

vekst fra 101,000 årsverk til pleie- og omsorg i 2000 og opp til 118,000 årsverk i 2007. Veksten i figur 2 (årsverk) er mindre dramatisk enn veksten i figur 1 (NOK).

I figur 3 ses det på en tredje enhet: den relative andel av kommunens totale utgifter som går til pleie- og omsorgssektoren. Dette målet forteller om hvilken prioritet pleie- og omsorg har kontrollert for veksten i kommunens totale utgifter.



**Figur 3.** Landsgjennomsnitt for netto driftsutgifter til pleie og omsorg i perioden 2002-07. Prosent av kommunens totale netto driftsutgifter. Kilde: SSB 2009

Figur 3 viser at landsgjennomsnittet til pleie- og omsorgssektoren i perioden 2001-03 var en andel på rundt 33 av kommunens totale utgifter. For perioden 2004-07 var andelen 35-38 prosent. Det har m.a.o. vært en stigning over tid. I 2007 var andelen av totale utgifter som gikk til pleie- og omsorgssektoren 37.

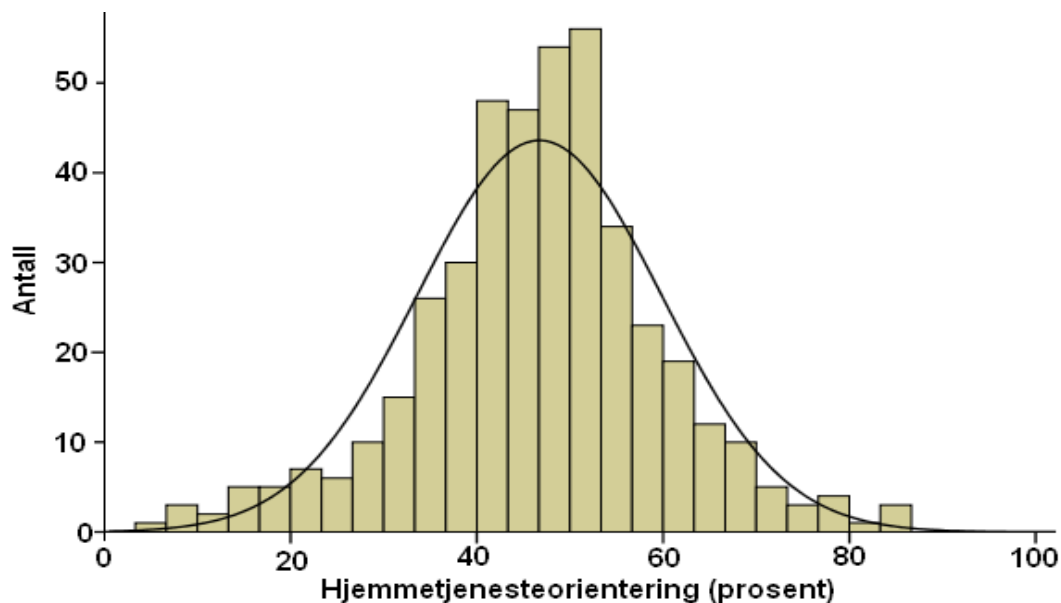
### Hjemmetjenesteorientering og institusjonsorientering

Vi skal i det følgende splitte opp ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene. Begrepene ”hjemmetjenesteorienterte” og ”institusjonsorienterte” kommuner viser til om kommunen bruker mest ressurser på institusjoner eller på hjemmeboende brukere. Vi har målt hjemmetjenesteorientering, dvs. følgende utregning:

$$\left( \frac{\text{Netto driftsutgifter til hjemmeboende}}{\text{Netto driftsutgifter til hjemmeboende} + \text{Netto driftsutgifter til institusjoner}} \right) * 100.$$

---

ansatte som kommunene melder inn til offentlige registre. SSB har derfor estimert antall årsverk for 2000-02 fra skjema og til registertall (SSB 2005).



**Figur 4.** Hjemmetjenesteorientering i 2007. Antall.

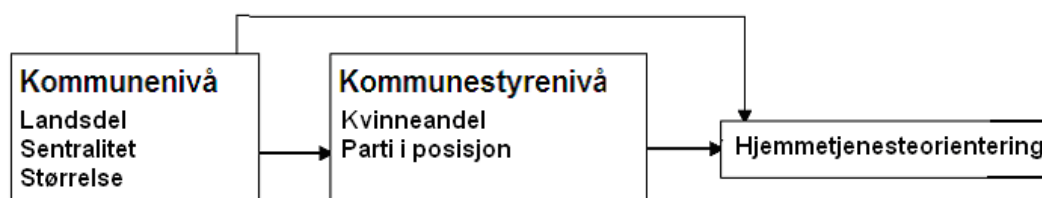
Kilde: SSB 2008

Figur 4 forteller om store variasjoner i kommune-Norge i forhold til ressursorientering mot hjemmetjenester eller orientering mot institusjoner. En kommune har en andel av hjemmetjenester på 4 (institusjonsandel på 96) og en annen har en hjemmetjenesteandel på 86 (institusjonsandel på 14). Median og gjennomsnitt for hjemmetjenesteandel er 47 (og 53 for institusjonsandel).

- 1 av 4 kommuner har en hjemmetjenesteandel opp til 39.
- 2 av 4 kommuner har en hjemmetjenesteandel mellom 40 og 53.
- 1 av 4 har en hjemmetjenesteandel på 54 eller høyere.

### Årsaker til variasjoner i hjemmetjenesteorientering

Vi kan også forsøke å finne hvilke faktorer som spiller inn på variasjoner mellom kommuner når det gjelder institusjons- eller hjemmetjenesteorientering. Dette ses på i figur 5.



**Figur 5:** Faktorer av betydning for hjemmetjenesteorientering.

Figur 5 foreslår at variasjoner i hjemmetjenesteorientering kan forstås ut fra faktorer på kommunalt nivå (landsdel, sentralitet og kommunestørrelse) og lokalpolitisk nivå (kvinneandel og parti i posisjon). Analyseteknikken som er valgt er regresjonsanalyse, og vi skal kort gå gjennom operasjonaliseringen.

- Regionale forskjeller ses ved variabelen **landsdel**. Etter tester velger vi å benytte en dikotom versjon av SSBs inndeling: *Østlandet* (8 fylker) og *Andre landsdeler* (11 fylker i Nord, Midt, Vest og Sør).
- Med **sentralitet** menes geografisk beliggenhet i forhold til et senter med funksjoner som kommunal service, apotek, bank m.m.. Etter tester velger vi å benytte en dikotom versjon av SSBs klassifisering: *Minst sentral kommune* og *Mer sentral kommune* (mindre, noe, mest).
- Med **kommunestørrelse** siktes det til antall innbyggere. Indikatoren som brukes er antall innbyggere i 1.1.2007.
- I kommunestyrenivået ser vi på ideologiske forskjeller knyttet til **parti i posisjon** (SSB 2008). Indikatoren for parti i posisjon er ordførers parti: *Sosialistisk* (Ap, SV og RV), *Borgerlige* (Frp og H), *Sentrum/andre* (KrF, Sp, V og andre).

I den endelige regresjonen (tabell 1) er variabelen kvinneandel i kommunestyret tatt ut fordi den hadde minimal betydning. Det andre er at vi bruker en kvadrert versjon av antall innbyggere, da sammenhengen innbyggere-hjemmetjeneste er kurvelineær.

	B	SE	Beta
Konstant	46,6 ***	1,3	
Minst sentral kommune	-6.6 ***	1,3	-0,25
Østlandet	2,6 **	1,3	0,10
Antall innbyggere	0,0 *	0,0	0,21
(Antall innbyggere) <sup>2</sup>	-0,0 **	0,0	-0,24
Sosialistisk	2,6 **	1,3	0,10
Borgerlig	2,0	1,7	0,06
Justert R <sup>2</sup>	0,12		

**Tabell 1.** Regresjonsanalyse av hjemmetjenesteorientering.  
 Ref.kategori: mer sentral kommune, annen landsdel & sentrum  
 \*\*\* = Signifikant på 0.01-nivå & \*\* = Signifikant på 0.05-nivå,  
 B = Ustandardisert koeffisient & SE = Standardfeil

Kort fortalt forteller tabellen følgende. a) De minst sentrale kommunene har klart lavere andel av hjemmetjenesteorientering sammenlignet med de mer sentrale kommunene. b) Kommunene på Østlandet har høyere andel av hjemmetjenesteorientering sammenlignet med kommunene i de andre landsdelene (små forskjeller mellom dem). c) Kommunene får en høyere andel hjemmetjenesteorientering opp til 30.000 innbyggere (toppunkt) og deretter synker andelen hjemmetjenesteorientering. d) Kommuner som ledes av sentrumspartier og andre (by-/bygdelister) har lavere andel hjemmetjenesteorientering enn de som ledes av sosialistiske og borgerlige partier. I fotnoten følger et knippe utfyllende kommentarer.<sup>7</sup>

### 3.2 Uformell omsorg: venn, familie & frivillig

Her ses det på betydningen av uformell omsorg, dvs. omsorg gitt ved familie, venner og frivillige. Data er fra SSBs tidsbruks- (1980, 1990 & 2000) og levekårsundersøkelser (2002).

#### **Hvor mange er involvert i omsorgsarbeid? (Tidsbruk)**

Vi ser på tall fra SSBs tidsbruksundersøkelser i 1980, 1990 og 2000. Det er rundt 3000 personer i nettoutvalget og disse har ført dagbok og er intervjuet. I dagbøkene fyller respondentene inn hvilke hoved- og biaktiviteter de utfører med ti minutters intervall over to døgn, samt hvem de er sammen med for hvert intervall. Intervjuet fanger i hovedsak opp bakgrunnsinformasjon til hjelp for analyse av dagbøkene.

---

<sup>7</sup> Justert  $R^2$  forteller at vi forklarer 12 prosent av variasjonen i avhengig variabel. Betydningen av variablene kan ses ved p-verdiene ( $B/SE = t$ ), og variablene minst sentral kommune, østlandet, (antall innbyggere)<sup>2</sup> og sosialistisk er signifikante på 0,05. Ustandardiserte regresjonskoeffisienter (B) gir oss mulighet til å estimere verdier på avhengig variabel. *Parti i posisjon*: kommuner ledet av sosialistiske og borgerlige parti har nesten 3 og 2 prosentpoeng høyere andel av hjemmetjenesteorientering enn kommuner ledet av sentrumsparti og andre partier. *Sentralitet*: de minst sentrale kommuner har nesten 7 prosentpoeng lavere andel hjemmetjenesteorientering sammenlignet med mer sentrale kommuner. *Landsdel*: Østlandet har nesten 3 prosentpoeng høyere andel hjemmetjenesteorientering enn de andre landsdelene. Faktoren *kommunestørrelse* gir en kurvelineær sammenheng.

Indikatorene som vi skal se på er ”pleie/hjelp til voksne i eget hushold” og ”hjelp til andre hushold”. I den første indikatoren regnes både hjelp til gamle eller syke husholdsmedlemmer, samt personlige tjenester til friske voksne (16+ år) som følging, henting, vekking o.l. Den andre indikatoren omfatter dugnader og alle typer ulønnet arbeid for andre husholdninger, som husarbeid, ærend, barnepass, stell av syke og eldre o.l. SSB gir oss tall for aldersgruppen 16 til 74 år. Tabell 2 gir sentrale resultater for 1980, 1990 og 2000, og disse resultatene er brukt til å beregne tall for populasjonen.

		1980	1990	2000
1	Andel - hjelp til voksne i hh	5	7	5
2	Minutter - hjelp til voksne i hh	55	46	37
3	Timer - hjelp til voksne i hh	334	280	225
4	Folketall 16-74 år	2865000	3075000	3183000
5	Antall - hjelp til voksne i hh	143000	215000	159000
6	Antall årsverk til voksne i hh	26500	33500	20000
7	Andel som hjelper andre hh	8	11	8
8	Minutter hjelp til andre hh	96	81	93
9	Timer hjelp til andre hh	584	493	566
10	Antall hjelp til andre hh	229000	338000	255000
11	Antall årsverk til andre hh	74500	92500	80000

**Tabell 2.** Estimat av uformelt omsorgsarbeid i eget hushold og hjelp til andre husholdninger for 1980, 1990 og 2000. 16-74 år.

Kilde: SSB 2002 og Vaage 2002

I den første rekka ser vi på andelen mellom 16-74 år som utfører hjelp/pleie til voksne i eget hushold. Andelene som ga hjelp/pleie var fem i 1980, syv i 1990 og fem i 2000.

I den andre rekka gis antall minutter som brukes på hjelp/pleie til voksne i eget hushold blant de som bruker tid på det. Snittet var 55 minutter i 1980, 46 i 1990 og 37 minutter i 2000. I den tredje rekka beregnes det samme målet i timer per år. Pleie til voksne i eget hushold ble redusert fra et snitt på 334 timer i 1980 til 280 timer i 1990 til 225 timer i 2000.

Den fjerde rekka viser at det i 1980 var 2,9 millioner personer i alderen 16-74 år, i 1990 var antallet økt til 3,1

millioner, og i 2000 var det 3,2 millioner i denne aldersgruppen. Disse tallene kan brukes til å estimere antallet som gir pleie/hjelp.

I rekke fem er det beregnet at 143,000 utførte pleie/hjelp i eget hushold i 1980, at antallet var 215,000 i 1990, og redusert til 159,000 i 2000. I rekke seks gjør vi et lite regneeksempel der vi beregner dette i årsverk (1 årsverk = 1800 timer).<sup>8</sup>

- 1980: 26,000 årsverk til pleie/hjelp til voksne i eget hushold.
- 1990: 33,000 årsverk til pleie/hjelp til voksne i eget hushold.
- 2000: 20,000 årsverk til pleie/hjelp til voksne i eget hushold.

Nå er det også slik at mange utfører pleie/hjelp til voksne i andre hushold enn deres eget (eks. voksne barn vil ofte bo i et annet hushold enn foreldrene). I SSBs statistikk er en slik kategori presentert som en av ni deler av indikatoren ”hjelp til andre husholdninger”.<sup>9</sup> Selv om omsorgsarbeid bare utgjør en del av denne indikatoren skal vi også presentere funnene her: de forteller oss noe om folks vilje til hjelpe folk rundt seg.

Rekke syv forteller at andelen som hjalp andre hushold var åtte prosent i 1980, elleve prosent i 1990 og åtte prosent i 2000. Rekke åtte forteller at snittet for hjelp til andre hushold var mer enn 90 minutter i 1980 og 2000, og rundt 80 minutter i 1990. Rekke ni forteller is at dette blir 584 timer pr år i 1980, 493 timer i 1990 og 566 timer i 2000. I rekke ti har vi beregnet at 229,000 ga hjelp til andre hushold i 1980, at antallet var økt til 354,000 i 1990, og redusert til 267,000 i 2000. I rekke tolv gjør vi igjen et lite regneeksempel der vi beregner dette i årsverk:

- 1980: 74,000 årsverk til hjelp til andre husholdninger.
- 1990: 92,000 årsverk til hjelp til andre husholdninger.
- 2000: 80,000 årsverk til hjelp til andre husholdninger.

---

<sup>8</sup> Et teoretisk årsverk tilsvarer arbeid utført av en fulltidsansatt i ett år (37,5 timer pr. uke x 52 uker = 1950 timer). Faktiske årsverk ligger under dette teoretiske årsverket på grunn av helligdager, ferieavvikling, sykefravær etc. Det er ”vanlig” å regne ett årsverk til 1800 timer (4 uker ferie = 150 timer).

<sup>9</sup> ”Pleie/hjelp til voksne i annen husholdning” er ført for de samme aktiviteter som ”pleie/hjelp til voksne i eget hushold”. I tillegg til pleie/hjelp er det åtte andre mål i indikatoren ”hjelp til andre husholdninger”. Disse er: lage/ordne mat, husarbeid, hagearbeid og stell av kjæledyr, vedlikehold, oppussing og reparasjon, innkjøp, besøk på offentlige kontorer og andre ærender, hjelp i inntektsgivende arbeid og gårdsbruk, barneomsorg, og annen uformell hjelp.



Det er klart at disse anslagene om hjelp til voksne i eget hushold og hjelp til andre husholdninger er beheftet med usikkerhet. For det første er tallene hentet fra en utvalgsundersøkelse med dertil feilmarginer. For det andre kan det være målefeil. Dagbokføring stiller store krav til hukommelse og nøyaktighet, og det kan være en del tilfeldigheter i respondentenes beregning av tidsbruk.

I vedlegg 2 beregnes konfidensintervaller. Det viser at små justeringer i resultater for vårt utvalg gir store konsekvenser ved generalisering til populasjonen. Da blir det vanskelig å gi presise anslag på omfanget av omsorgsarbeid. I forhold til vårt ønske om å se på uformell omsorg til eldre er bildet enda mer komplisert, da indikatorene inkluderer mer enn det vi ønsker å se på.

### **Kjønn og alder og omsorgsarbeid (Levekår)**

Levekårsundersøkelsen for 2002 gir også muligheter til å se på omfanget av den uformelle omsorgen (SSB 2006). Hovedutvalget for undersøkelsen er 5,000 personer. I tabell 3 (neste side) ser vi på andelen som gir regelmessig ulønnet hjelp til syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen.<sup>10</sup> Vi har også mulighet til å studere hvor mye tid de bruker på slikt arbeid.

Den første indikatoren som det ses på er andelen som har gitt regelmessig ulønnet hjelp i alt. Tallene angir at en tredel av respondentene har gitt ulønnet hjelp regelmessig. Andelen menn involvert i regelmessig ulønnet hjelp er høyere enn kvinner (hhv 36 og 31 prosent). Andelen som utfører regelmessig ulønnet hjelp er størst for de mellom 45 og 66 år.

I den andre indikatoren ser vi at 17 prosent regelmessig gir ulønnet hjelp til foreldre. Menn er overrepresentert sammenlignet med kvinner (hhv 19 og 15 prosent). Andelen som utfører regelmessig ulønnet hjelp er høyest for de eldste, dvs. de som er 67 og eldre (29 prosent) og de mellom 45 og 66 år (26 prosent).

Den tredje indikatoren ser på andelen som har gitt regelmessig ulønnet hjelp til andre utenfor husholdningen (slektninger, naboer, venner og andre). 28 prosent har gitt slik hjelp. Menn er overrepresentert og kvinner er underrepresentert

---

<sup>10</sup> Hjelpen er i spørsmålet som SSB stiller spesifisert som ”praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre utenfor husholdningen”. Andelen som gir hjelp til foreldre beregnes av de som har foreldre i live.

(hhv 32 og 26 prosent). Andelen som gir hjelp til andre enn foreldre er lavest for de eldste (67 år og eldre) og jevnt fordelt for de yngre (16-66 år).

		Alle	Menn	Kvinner
Andel som har gitt regelmessig ulønnet hjelp i alt	Alle	33	36	31
	16-24	32	34	29
	25-44	34	36	32
	45-66	39	40	37
	67+	21	26	17
Andel som har gitt regelmessig ulønnet hjelp til foreldre	Alle	17	19	15
	16-24	9	10	8
	25-44	15	18	13
	45-66	26	29	24
	67+	29	33	25
Andel som har gitt regelmessig ulønnet hjelp til andre (slekt, nabo, venn og andre)	Alle	28	32	26
	16-24	30	33	26
	25-44	29	32	27
	45-66	31	33	29
	67+	20	25	16
Gjennomsnittlig antall timer hjelp gitt i alt (Kun de som gir hjelp)	Alle	4	4	4
	16-24	3	3	3
	25-44	3	4	3
	45-66	4	3	5
	67+	4	5	4
Gjennomsnittlig antall timer hjelp gitt til foreldre pr uke (Kun de som gir hjelp)	Alle	3	3	3
	16-24	3	3	3
	25-44	3	3	2
	45-66	4	3	4
	67+	:	:	:
Gjennomsnittlig antall timer hjelp gitt til andre pr uke (Kun de som gir hjelp)	Alle	3	3	3
	16-24	2	2	2
	25-44	3	3	3
	45-66	3	2	4
	67+	4	5	4

**Tabell 3.** Regelmessig omsorgsarbeid fordelt på kjønn og alder, 2002. Prosent og timer.

Kilde: SSB 2006

Vi går så over til enheten timer per uke. Det ses i det følgende kun på de som gir hjelp. Indikator fire er gjennomsnittlig antall timer per uke til hjelp gitt i alt. Snittet er 4 timer uke og dette snittet er likt for menn og kvinner. Fordelt på alder er snittet 4 timer for de som er 45 år eller eldre og 3 timer for de som er mellom 16 til 44 år.

Indikator fem er gjennomsnittlig antall timer per uke til hjelp gitt til foreldre. Snittet er 3 timer uke og dette snittet er likt for menn og kvinner. Fordelt på alder er snittet 4 timer for de som er 45-66 år og 0 timer for de som er 67 år og eldre.

Indikator seks er gjennomsnittlig antall timer per uke til hjelp for andre enn foreldre. Snittet er 3 timer uke og dette er likt for menn og kvinner. Fordelt på alder er snittet høyest for de som er 67 år og eldre (4 timer) og lavest for de som er 24 år og yngre.

### **Sosial kontakt (Levekår)**

Levekårsundersøkelsen for 2002 forteller også om sosial kontakt. Med *sosial kontakt* vises det til hvor ofte man ser foreldre, utflyttede barn, søsken og venner. *Lite kontakt* er operasjonalisert som det å se disse aktørene sjeldnere enn hver måned. Vi skal gå gjennom noen av funnene blant respondenter med en eller begge foreldre i live ut fra alder:

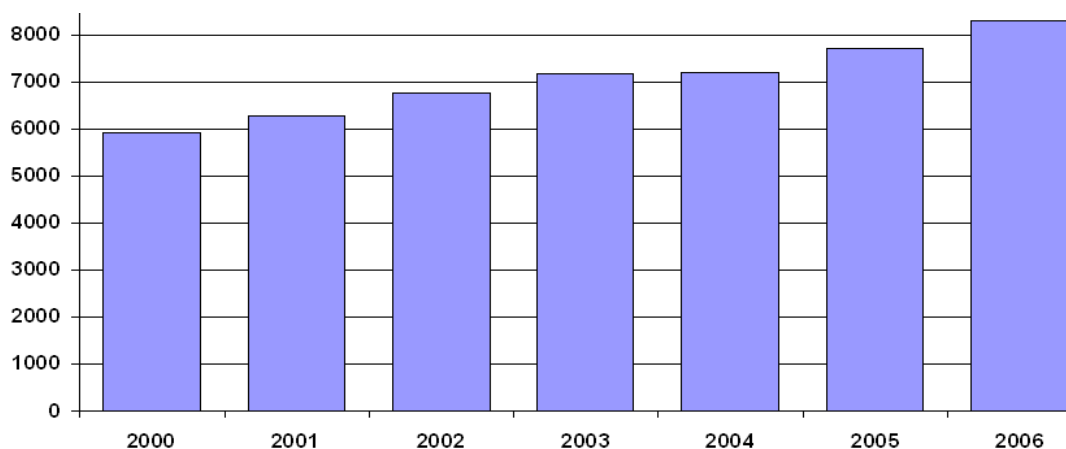
- 28 prosent av de mellom 45-66 år har lite foreldrekontakt.
  - Noe færre menn enn kvinner har lite foreldrekontakt.
- 35 prosent av de som er 67 år og eldre har lite foreldrekontakt.
  - Klart færre kvinner enn menn har lite foreldrekontakt

Sosial kontakt er mer enn det å se/møte familie og venner. To andre indikatorer som viser til sosial trygghet er av relevans.

- Andelen uten fortrolig venn gikk ned fra 27 i 1980 til 16 i 2000.
  - 33 prosent av de som er 67 år og eldre oppgir at de er uten fortrolige venner.
- Over 90 prosent mener det er relativt lett å få hjelp fra naboer.
  - Personer som er 67 år og eldre er klart overrepresentert blant de som opplever dette som vanskelig.

## Mottakere av omsorgslønn

Noen av de som yter uformell omsorg mottar omsorgslønn. Omsorgslønn er kommunal betaling til pårørende eller frivillige omsorgsytere med omsorg for personer som har stort omsorgsbehov på grunn av alder, funksjonshemming eller sykdom. Det er ingen øvre aldersgrense for å motta omsorgslønn, men det forutsettes at omsorgsarbeidet skjer i eget hjem (Helsetilsynet 2009). Figur 6 viser antallet mottakere av omsorgslønn i perioden 2000-06 steg fra i underkant av 6000 mottakere i 2000 til mer enn 8300 mottakere i 2006.



**Figur 6.** Mottakere av omsorgslønn

Kilde: SSB 2008

## Frivillige organisasjoner

I dette prosjektet er det gjort mange søk på litteratur og statistikk i forhold til betydningen som frivillige organisasjoner spiller. Ett av målene med prosjektet var å beregne omfanget av den innsats som ulike frivillige organisasjoner og deres medlemmer legger ned. På grunn av mangel på data har vi dessverre kommet til kort i det arbeidet: så vidt vi vet er det ikke gjort systematiske kartlegginger av hvilke organisasjoner som driver med pleie- og omsorgsarbeid og registerdata kan ikke si oss noe om hvor mange som utfører pleie- og omsorgsarbeid via frivillige organisasjoner.

På sikt kan datatilfanget bli bedre. Brønnøysundregistrene har sitt *Frivillighetsregister* der foreninger, stiftelser og aksjeselskap som driver frivillig virksomhet kan registreres. I dag har ingen organisasjoner plikt til å registrere seg her, men det er anbefalt da registeret skal bedre og forenkle samhandlingen

mellom frivillige organisasjoner og offentlige myndigheter (Brønnøysundregistrene 2009). Så langt er det i underkant av 400 organisasjoner som har registrert seg i kategorien *helse* og 750 organisasjoner som har registrert seg i kategorien *sosiale tjenester*.

### 3.3 Mottakerne av omsorg

Her ses det på mottakere av uformell og formell omsorg.

#### **Mottatt omsorg (Levekår)**

Data som brukes er hentet fra SSBs levekårsundersøkelse i 2005. Vi ser i tabell 4 på mottatt omsorg blant de som er 67 år eller eldre og bor utenfor institusjon.

	Prosent
Mottatt hjelp fra kilder utenfor husholdet i alt	29
Husholdet har mottatt ulønnet hjelp fra slektninger	14
Husholdet har mottatt ulønnet hjelp fra naboer/venner	3
Husholdet har mottatt hjelp av hjemmehjelp siste mnd	12
Husholdet har mottatt hjelp av sykepleier siste mnd	8
Husholdet har hatt privat hjelp siste mnd - betalt selv	8

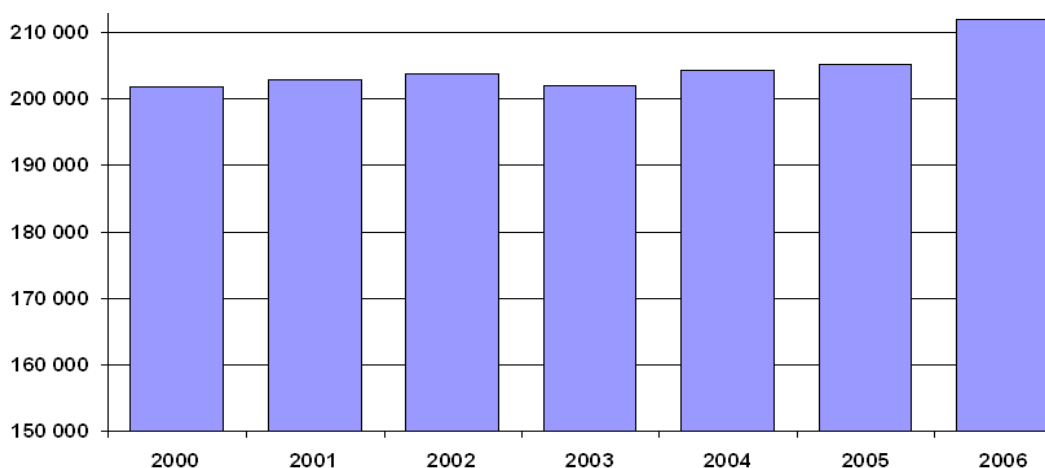
**Tabell 4.** Mottatt omsorg blant personer som er 67 år og eldre, 2005. Prosent.

Kilde: SSB (2006)

Tabellen forteller at 29 prosent av personer som er 67 år og eldre som bor utenfor institusjon har mottatt hjelp fra kilder utenfor husholdet. Deretter ses det på omsorg gitt av ulike typer aktører. For det første går det frem at 14 prosent sier at deres hushold har mottatt ulønnet hjelp fra slektninger regelmessig og 3 prosent sier at deres hushold har mottatt ulønnet hjelp fra naboer eller venner. For det andre sier 12 prosent at deres hushold har mottatt hjelp/besøk av hjemmehjelp siste måned og 8 prosent forteller at deres hushold har mottatt hjelp/besøk av hjemmesykepleier siste måned. For det tredje svarer 8 prosent at deres hushold har hatt privat hjelp siste måned som de har betalt for selv.

### **Mottatt offentlig omsorg (Sosiale indikatorer)**

Data som brukes her er fra SSBs tidsserie for sosiale indikatorer (SSB 2007). Figur 7 gir antallet mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon. Figuren viser at antallet mottakere lå rundt 202,000-205,000 i perioden 2000-05, men steg så til 212,000 i 2006. En kan også merke seg at to av tre som er mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon er kvinner. Fordelt ut fra alder er 53-54 prosent 80 år eller eldre.



**Figur 7.** Antallet mottakere av hjemmetjenester og beboere på institusjon, 2000-06.

Kilde: SSB 2007

Økningen i antallet mottakere skyldes en økning i antallet mottakere av hjemmetjenester, fra 160,000 i 2000 til 171,000 i 2006. Antallet plasser for eldre og funksjonshemmede i institusjoner er redusert fra 43,000 til 41,000.

### **3.4 Noen vurderinger om hjelpebehov**

Som en del av arbeidet med denne rapporten har vi gjennomført en kvalitativ undersøkelse av pårørende til hjemmeværende med demens. Av våre 10 pårørende må to sies å være heldøgns omsorgsarbeidere, mens en på grunn av avlastningsordningen har 3/5 døgnavvakt. Hvis vårt materiale skulle gi et noenlunde riktig bilde av situasjonen i denne del av omsorgen, så har vi her en meget stor uformell innsats. Det kan være at demensomsorgen er

et område som i dag trekker spesielt store vekslers på ektefellen. Dette fordi de ser problemet og må forholde seg til det lenge før det registreres av barn og andre pårørende, og enda lenger før hjelpeapparatet får registrert problemet. Vår lille studie er en påminning om det store ansvar frivillige hjelpere har og tar i omsorgen. Se ellers kap. 4.

En studie fra NOVA, basert på to livsløpsstudier (Daatland, Veenstra & Lima 2009), diskuterer forholdet mellom helse- og hjelpebehov. Flertallet av befolkningen er selvhjulpne til godt inn i 80-åra, selv om mer enn halvparten av befolkningen har et varig helseproblem fra fylte 61 år. Omtrent hver femte trenger hjelp (avhengig av noe hjelp til praktiske gjøremål) midt i 70-åra, og stigende med alder, men bare få er pleietrengende. Partneren er en viktig ressurs og omsorgsarbeider, og for begge kjønn gjelder det at de i storparten av livet har en partner uten påtakelig helsesvikt. Flertallet av mennene lever med en partner livet ut, mens halvparten av kvinnene blir enslige alt tidlig i 70-åra. 80-90 prosent av den voksne befolkningen har barn som kan bli viktige hjelpere med åra. I begynnelsen av livsløpet er de et omsorgsansvar, og det synes å være stor enighet om at foreldrene har hovedansvaret her. Når ungene blir voksne øker sannsynligheten for at får foreldre med hjelpebehov. "Utfasingen" går greit for de fleste; det er få som både har mindreårige eller helsesvekkede barn og foreldre med hjelpebehov (jf. den doble omsorgsklemma). Når det gjelder omsorgsansvaret for hjelpetrengende foreldre så ses det i stor grad som et samfunnsansvar, men ansvaret ser ut til å fordeles nokså likt mellom familien og tjenesteapparatet. Det er dog slik at tjenestenes andel vokser til å bli den viktigste med økende alder. NOVA-rapporten konkluderer med at:

"Tjenestene står sterkest når de gjelder den rent instrumentell hjelp og pleie (hands-on care) til de mest hjelpetrengende, men det er familie og venner som trår til med alt det andre som er nødvendig for at hjelp skal bli til omsorg. De to parter er i realiteten avhengig av hverandre og omsorgen bør organiseres på det grunnlag" (Daatland, Veenstra & Lima 2009, s.12).

Med denne avslutningen følger rapporten opp St.meld. 25 sine signaler om samarbeid mellom hjelpeapparatet og de frivillige hjelperne ved å slå fast at de er avhengig av hverandre for at hjelpen skal bli omsorg (jf. omsorgens doble natur), og det foreslås også langt på vei en arbeidsdeling. Rapporten går ikke konkret inn på hvordan samarbeidet kan organiseres, ei heller de utfordringer samarbeidet medfører.

Rapporten fokuserer på partnerskapet mellom det offentlige hjelpeapparat og den frivillige hjelpa. På 80-tallet ble dette omtalt som samarbeidet mellom det private og det offentlige. Når vi fra 90-tallet har snakket om arbeidsdelingen privat/ offentlig, har ”privat” gått på markedsaktørens inntog i omsorgen via anbud.

På midten av 80-tallet gjennomførte vi en studie i et norsk lokalsamfunn, hvor hensikten var å få til et bedre samarbeid mellom den private hjelpeinnsatsen, forstått som både den som ble gjort av familie og venner, og den som ble utført av organisasjoner (Rønning 1986). Når det gjaldt å samarbeide med de organisasjonene som gjorde en innsats for de eldre (som Sanitetskvinnene og Indremisjonen) så lærte vi at vi hadde et altfor instrumentelt utgangspunkt da vi inviterte dem til å slå pjalten sammen, og sammen med det offentlige. Sanitetskvinnene ønsket å ha et godt formål med sitt virke, men det sosiale var også en viktig del. Et samarbeid med andre ville forstyrre mulighetene for å kombinere dette. For Indremisjonen var misjonsbudskapet det viktigste og de eldre en målgruppe. Et samarbeid med oss kunne forstyrre hovedmålet. Et formalisert samarbeid med frivillige organisasjoner forutsetter antakelig at en har samme hovedmål.

Når det gjelder samarbeidet med pårørende registrerte vi at det i utgangspunkt var mange som ville yte mye for sine pårørende, samtidig som vi så at hjelpeapparatet ikke greide å støtte godt nok opp under dette. Konklusjonen var at hjelpeapparatet i forhold til de pårørende hadde et UFO-syndrom; hjelpa landet alltid en meter over bakken, som en av de pårørende kommenterte.



## **Kapittel 4: Støtte til pårørende som har omsorg for hjemmeboende med demens**

Dette kapitlet presenterer den spesialstudien av pårørende til hjemmeværende med demensproblemer som vi har utført i forbindelse med vårt oppdrag for HOD. Målet med undersøkelsen var å få de pårørende til å beskrive sin situasjon, og hva de trengte for å greie omsorgsansvaret videre.

### **4.1. Metode**

Vi planla 10-15 intervjuer med pårørende. En kommune ble valgt som hovedkommune av praktiske grunner. Her fikk vi kodene for alle brukere i hjemmetjenesten som hadde demensdiagnose, og kunne trekke et tilfeldig utvalg ut fra det. Det viste seg at arkivet ikke var helt oppdatert; flere var ikke hjemmeboende lenger. I tillegg var det betydelig nøling med å svare. Vi fikk syv positive bekreftelser før vi måtte avslutte, og oppnådde intervjuer med seks av dem. Vi tok kontakt med Demensforeningen, hvor lederen tilbød seg å ringe rundt til noen av sine medlemmer for å spørre om de ville la seg intervjuer. Her fikk vi raskt fire positive svar, og avsluttet dermed søkingen i kommunen. Vi var opptatt av de pårørendes situasjon og ønsker, og ser ikke at utvalgsprosedyrene skulle påvirke svarene. Vi er opptatt av å få med et mangfold av situasjoner, som gjør at vi kan få indikasjoner på behov og ønsker som flere synes å ha. Våre slutninger er på ingen måte ment som generaliseringer.

Kontakten med Demensforeningen resulterte i at vi ble invitert til foreningens årsmøte, hvor vi fikk ta opp spørsmål om de pårørendes situasjon og behov som eget tema. Med 16 pårørende, så ble denne diskusjonen nærmest som en fokusgruppe, og det ga svært mye supplerende informasjon.

Før vår sekvens var det oppsummering en måned etter Pårørendeskolen, og det var en sekvens om "Hva når pårørende er uenige?", ledet av en erfaren fagperson. Deltakerne var aktive i begge sekvensene, og det ga nyttig informasjon. Vi fikk avtale om å intervjuer denne fagpersonen seinere.

Totalt sett er det gjennomført ti individuelle intervjuer og et gruppeintervju. Det vil være ønskelig å følge opp denne eksplorative studien med spørsmål til et representativt utvalg. Gjennom en slik kvantitativ studie kan en både få mer systematisk kunnskap om hva slags hjelp pårørende ønsker seg, og få kartlagt nærmere omfanget av den innsatsen pårørende gjør.

## **4.2. Momenter fra undersøkelsen**

Hvis ikke de pårørende vi har møtt er helt atypiske, så utføres det en imponerende innsats av pårørende når det gjelder ektefeller eller barn til foreldre med demens. Det er mange hverdagshelter i demensomsorgen. Av våre ti pårørende, så må to sies å være heldøgns omsorgsarbeidere, og en på 3/5 døgnvakt (pga. avlastning). To av disse tre er 88 år eller mer. Grunnen til denne store frivillige innsatsen er selvsagt at den gjøres for folk de pårørende er glade i, og føler ansvar for. Det at vedkommende bor hjemme kan være både meningsfylt og det beste alternativet for den pårørende, selv om ektefellen har demensproblemer. En kvinne i slutten syttiåra ga klart uttrykk for at hun var helt avhengig av sin mann (med noe demens) på grunn av egne helseproblemer. Dessuten hadde han faste oppgaver i huset, som avlastet henne. Tilbakemeldingene fra vårt utvalg tyder klart på at det offentlige kan tjene mye på å understøtte de pårørendes innsats, slik at de kan fortsette å yte den hjelpen de gir i dag, og i noen tilfeller kanskje også mer og bedre hjelp, enn de føler de greier nå. For ektefeller så vil det ofte dreie seg om å få hjelp slik

at de makter å ta ansvaret helt eller delvis For barna til personer med demens dreier det seg om å tilrettelegge slik at de kan gi den hjelpa de ønsker og greier i forhold til jobb og annen familie. Ordningen med omsorgspermisjon(12 hele eller 24 halve dager) er ikke veldig godt kjent.

Vi skal i det følgende gå gjennom en rekke momenter som nevnes i intervjuene våre. Dette handler om den støtte som pårørende med omsorg for hjemmeboende med demens ønsker.

### **A) Noen å snakke med i tidlig fase: en autoritetsperson som kan gi råd**

Det er mange former for demens, og folk har svært ulike forløp, men felles for de aller fleste er at det er en tidlig fase hvor de pårørende lurere på om dette er demens eller ikke. Ektefellen som går sammen med den som får demensproblemer, vil ofte være den som først ”avslører” problemet. Det er vanskelig for personen med demens å spille hele tida, og særlig overfor en som kjenner en veldig godt. Ektefellen kan slik sett være den eneste som registrerer det og har ingen å snakke med. Annen familie, som barn eller ektefellens søsken, som ser vedkommende sjeldnere, behøver ikke å registrere forskjellen fordi vedkommende greier å skjule det under middagsbesøk mv. Ektefellen som tar det opp kan føle at hun blir avvist, og at hun kanskje virker litt overspent. Manglende forståelse gir ofte mindre avlastning, og det kan gi en sterkere følelse av ensomhet (”Det er ingen som forstår meg”). Demens er i en del tilfelle et ikke-tema for den som har det, og også for flere av de pårørende. Det gjør det ekstra vanskelig for den som ser det og vil ta det opp.

Flere av informantene ga uttrykk for at fasen før diagnose er vanskelig, da det er usikkert hva slags hjelp en har muligheter til å få. Utredninger gir ofte høyere omsorgsnivå, ble det sagt. En fagperson påpekte at IPLOS-registrering som brukes i omsorgen ikke passer på personer med demens, slik at eksisterende informasjon i systemet kan være ufullstendig eller misvisende.

Også når problemene blir mer synlige, ønsker pårørende å ha en å snakke med. De ønsker ikke uten videre at deres elskelige mor/svigermor skal bli testet, men de ønsker å vite mer om hennes situasjon, og hva de bør gjøre. Flere av de spurte ga

uttrykk for at de så gjerne skulle hatt en kompetent fagperson å snakke med i de tidlige fasene av demensforløpet. Hvis ikke en person settes til en slik oppgave, så foreslo noen at det burde opprettes et *fast team* som en kunne henvende seg til for å få svar på spørsmål en må gå med aleine. Det måtte da være klart hvem som var i teamet og når de var å treffe.

Fastlegene kunne være et naturlig sted å starte, men våre informanter rapporterer at det er stor forskjell på fastlegenes interesse og kompetanse overfor personer med demens. I en tidlig fase (uten diagnose) kan det være tvil om pårørende har rett til informasjon om pasienten. Taushetsplikten kan være et problem. Her må det være behov for en justering av regelverket, mente noen. Noen ganger har legen informasjon om pasientens sykdom som ikke de pårørende får kjennskap til, og som de ville ønsket for å kunne gi bedre hjelp. Ektefeller hvor begge har demensproblemer kan skjule dette overfor barna i flere år, ved å dekke hverandre. Disse "dekkoperasjonene" kan være bevisste i den forstand at de ikke ønsker å bli definert som rørete. Det kan også være at de er så vant til å støtte hverandre, og avhjelpe hverandres svake sider, at det ikke er spill.

En pårørende (svigersønn) beskrev det å skifte fastlege som "å gå fra den mørkeste natt til den lyseste dag". Noen fastleger tar problemene svært alvorlig, og kommer på hjemmebesøk, andre beskrives som helt uinteresserte og litt ignorante. Femten minutter pr. pasient er for lite, ble det kommentert. Andre fastleger oppleves som svært raske med å skrive ut medisiner uten at mulige bivirkninger er diskutert. En datter fortalte at faren gikk ned 12 kg etter å ha fått en type medisiner. Da hun klagde, gikk legen inn på PCen og fant at det var en av bivirkningene. Datteren mente dette burde vært klargjort da medisineringen begynte. Flere mente at mange fastleger vet for lite om demens.

## **B) Faste hjelpere**

Vi vet fra aldersforskning generelt at de som mottar hjemmetjenester ønsker seg faste hjelpere som de kan bli kjent med og trygge på. Hvis kjemien er dårlig så ønsker de fortsatt faste hjelpere, men andre. Dette er godt dokumentert (se f.eks. Rønning 2004). At dette er enda viktigere for personer med

demens, er ganske åpenbart. De har vanskeligere for å forholde seg til et stort antall personer. At hjelperne kjenner vedkommende gjør det også lettere å gi riktig hjelp, og å kommunisere slik at det skapes tillit. Dusjing kan være en situasjon som krever både kløkt og overtalelse, og ukjente helpere vil ha et handikapp. Effektiviseringen og tidsknappheten i omsorgstjenestene er vel ikke ønsket verken av helpere eller brukere, og den kan kanskje føre til flere misforståelser overfor personer med demens enn andre. Noen av de pårørende fortalte om hjemmesykepleien som ringte på og møtte brukeren i døra. Spørsmål om alt var ok ble positivt besvart av en litt desorientert bruker, hvorpå hjemmesykepleieren med god samvittighet kunne dra til neste oppdrag. For å vite når ok er ok, bør du kjenne brukeren ganske godt. Faste helpere gir trygghet og gjenkjennelse.

*Fleksibilitet* fra helpernes side er vel et stående ønske hos de fleste mottakere av hjemmetjenester. Dette uttrykkes også sterkt når det gjelder personer med demens. En av de pårørende klagde på at hjemmesykepleien ikke kunne komme før 0800, enda mora trengte hjelp til å ta insulin før det. Resultatet var at hun (datteren) måtte reise til foreldrene for å sette insulinsprøyta før jobb hver dag. En annen nevnte at moren, som bodde alene i et eldre hus, trengte hjelp til å fylle parafin annenhver dag. Det hadde vært vanskelig å få hjemmehjelpen til å gjøre det, med det resultat at brenneren hadde slukket flere ganger. Det ble også nevnt i samtalene med de pårørende at hjemmesykepleien må være forsiktig med å legge ansvaret for medisinerings av en ektefelle over på en annen som også er skrøpelig, fordi dette ikke er spesielt trygt, og fordi det kan stresse den som har ansvaret.

Et tema som også går igjen blant de pårørende er at de ofte føler at det er de selv som må mase om hjelp fra det offentlige og at det lite som kommer av seg selv. Flere uttrykker at de skulle ønske det gikk lettere å få hjelp av den offentlige omsorgen og at det ble gitt tydeligere beskjeder om hvor de skulle henvende seg for å få denne hjelpen.

Hjelp til hjemmeboende med demens vil i mange tilfelle være et samspill med en eller flere pårørende. For at det offentlige hjelpeapparatet skal være en god samspiller kreves det ikke bare god kjennskap til primærbrukeren, men også til de

pårørende, til deres situasjon og kompetanse. I noen grad kan slik kunnskap selvsagt lagres i hjelpeapparatet, men det er rimelig å anta at en god del innsikt her vil være taus kunnskap, som ikke finnes i arkivene. Uansett vil det være nødvendig å kommunisere med flere personer for å gi god hjelp, og det krever stadig oppdatering av nettverkets stilling.

### **C) Spesialisthelsetjenesten greier bare et problem om gangen – og helst somatikken**

Personer med demens har også andre helseproblemer som krever sykehusinnleggelse. Noe av dette er kurante forhold som bruddskader, skader som i dag ofte behandles som dagkirurgi med et visst samlebandpreg. Pasientene legges da på dagrom med flere andre, og det er mye støy og liv. Personer med demens vil ha vansker med å orientere seg i slike situasjoner, og de har ikke permanent tilsyn. En svigerdatter fortalte at hun satt hos svigerfaren mye av dagen, fordi hun var redd for at han skulle gå av sted (armbrudd). Da hun endelig fikk fortalt at vedkommende hadde demens, var reaksjonen at da skulle han ikke ligget der, men på et annet rom. En annen fortalte at hans kone hadde tatt av seg hele bandasjen på armen, og sykehuset var veldig klare på at de ikke hadde ressurser til å ha vakthold i forhold til dette. Slike fortellinger avslører en unødvendig informasjonssvikt, i tillegg kan det virke som om somatiske sykehus med DRG-finansiering ikke er organisert for å behandle pasienter som både er somatisk hjelpetrengende og har demens.

### **D) Hvordan kan en gi avlastning når hjelperen blir syk?**

Personer med demensproblemer som bor i hus eller større leiligheter vil være svært sårbare når hjelperen blir syk. Om hjelperen er en ektefelle i moden alder, så kan det fort skje. Sykdom eller forverring av helsetilstanden kan også forsterkes ved at ektefellen har et ansvar som blir for stort. En av de pårørende beskrev hvordan han plutselig svimte av på gulvet. Hvis en ønsker at folk skal bo i eget hjem så lenge som mulig, så er dette et område en må ha god beredskap for. Da må det finnes gode avlastningstilbud. Det finnes slike tilbud i de mange

kommuner, men det er litt mer ulikt hvor godt kjent de er, og hva slags kapasitet de har når de skal utløses.

Der hvor personer med demens bor i ulike former for bokollektiv, vil det kunne være forventninger om at ”den andre ” ektefellen blir tatt hånd om når en av dem havner på sykehus, eller av andre grunner blir fraværende. De spurte rapporterer om ulik grad av oppfølging her, og det kan være variasjoner i avtalen om hvor ”forsterket” botilbudet er. Noen pårørende synes det er betryggende at foreldrene er i trygge hender, og får bekreftet det, mens en annen rapporterte at faren hadde stått opp og gått sju kilometer nesten ”hjem” før han ble oppdaget. De fleste synes å være enige om at bokollektiv ofte er en god løsning for personer med demens. Det er likevel noen som etterlyser et bedre aktivitetstilbud for beboerne i bokollektivene da de mener at det blir lange og ensformige dager for den de er glad i.

### **E) Mer kunnskap**

Vi har nevnt at pårørende ønsker mer kunnskap i den perioden de lurte på om ektefellen eller en av foreldrene er i ferd med å få demensproblemer. Kunnskapsbehovet er der i større eller mindre grad hele tiden, fordi situasjonen kan endre seg raskt, og fordi en ikke vet hva det er riktig å gjøre. Hva skal en si, og hva skal en ikke si osv. En autoritetsperson er nevnt før, og det er viktig at det finnes noen med kompetanse en kan ha tillit til. Slike kontaktpersoner er svært ønsket. Det er også mulig med kunnskapsoppbygging gjennom kursing, og her synes ulike former for pårørendeskoler å være et nyttig tilbud. Slike tilbud organiseres av lokale demensforeninger, og de vi har hørt om er på fem kurskvelder. Pårørendeskolene får gode tilbakemeldinger. Kunnskapen de pårørende får er nyttig, men mange gir uttrykk for at det var minst like viktig å møte andre i en lignende situasjon som de opplevde støtte hos og som de kunne dele sine erfaringer med. Mange pårørende er forsiktige med å snakke om at f.eks. ektefellen har demensproblemer, og situasjonen i seg selv kan virke isolerende ved at det er vanskelig å komme fra, samtidig som man er redd for å avdekke situasjonen. Da blir pårørendeskolen en oase i hverdagen. Det kan trenge litt råd og veiledning om hvordan en takler det å skulle delta på

pårørendeskole i forhold til den som har demensproblemer, og som kan oppleve at dette er baksnakking, at vedkommende vil være med eller ikke ønsker at den andre skal gå osv.

En datter beskrev at hun fikk med faren på pårørendeskolen som ”å stikke hull på en ballong”: han oppdaget at det var andre i samme situasjon, og det ble mye lettere å snakke om ting hjemme. Ved siden av kunnskap om demens, ble det påpekt at de pårørende også lærte om alle de hjelpemidlene de kunne få tak i, og som gjorde hverdagen lettere. For å gjøre utbyttet av pårørendeskolene enda bedre, kan man samordne de enkelte bidragene, slik at en unngår overlapping eller konflikterende budskap. Her kan det være noe å hente. God informasjon om tilbudet er også viktig; noen sa at de hadde hørt at det skulle være et slikt tilbud, men hadde ikke funnet fram til noe om det.

Som i andre sammenhenger, så gir flere uttrykk for at de får kunnskap fra andre pårørende eller kjente som arbeider i helsevesenet. Utfordringen er å gi et offentlig tilbud som gir de pårørende kunnskap og mulighet til å takle sine nære med demens, uten at de har kjente i helsevesenet. Det bør også være informanter som er kvalitetssikret mht. den informasjonen de gir.

## **F) Samtalegrupper**

Pårørendeskolen er en engangsbegivenhet, men hverdagen med personer med demensproblemer har daglige utfordringer. I demensforeningen vi var til stede i var man opptatt av å få i gang samtalegrupper, som en visste var gjort andre steder. Slike grupper gir mulighet for å luften problemer i hverdagen, og de kan tenkes organisert på mange måter. En kan f.eks. annonsere at det er slike grupper et sted siste fredagen i hver måned, et visst tidspunkt. Da får en helt åpne grupper hvor det vil være rotasjon i hvem som er tilstede, og frammøtet vil være helt uforpliktende. Gruppene kan også lukkes ved at en deler dem inn i et visst antall personer som forutsettes å fungere sammen for en viss periode. Slike grupper kan gi mer nærhet og trygghet, og er litt mer forpliktende. Hvis en i forbindelse med samtalegruppene har med en fagperson, vil gruppene mer få karakter av gruppeveiledning. Våre informanter ga ikke uttrykk for at det var nødvendig med faglig tilstedeværelse: selv om dette på en side vil møte behovet



for en autoritetsperson, så vil det på den andre siden kanskje gjøre sammenkomsten mer formell.

### **G) Fadderordning/ støttekontakter**

En av våre informanter ønsket seg en fadderordning; dvs. at det var noen der med erfaring som pårørende kunne ringe til når det "toppet seg". Andre nevner behovet for støttekontakter. Støttekontakter kan i prinsippet være både for den som har demensproblemer, og for den pårørende. For den som har demens kan det være en turkamerat, for den pårørende mer en fadder. Det ble nevnt at det kunne være vanskelig å finne støttekontakter til personer med demens, fordi så få har kjennskap til deres situasjon. Det kunne derfor trenges opplæring av støttekontakter.

### **H) Fast saksbehandler**

Pårørende, og særlig barn til personer med demens, er veldig fornøyd med at det er en fast saksbehandler i kommunen som de kan henvende seg til, og som kontakter dem hvis det er noe nytt. Slik kan en få til et smidig samarbeid mellom den uformelle og den formelle hjelpen. De pårørende rapporterer etter at de har vært på besøk og sett om det er noe hjelpeapparatet bør være oppmerksom på, og får informasjon tilbake om hva de formelle hjelperne har registrert og mener. Dette er et tilbud som knyttes noe til om vedkommende er diagnostisert med demens. Slike kontaktpersoner synes å være et godt utgangspunkt for en god samhandling, og kan bidra til at tilbudet til den hjelpetrengende blir best mulig, samtidig som pårørende føler trygghet. Kommunikasjonen her er grunnlaget for en god arbeidsdeling mellom den formelle og den uformelle hjelpen.

### **I) Avlastningstilbud**

Avlastningstilbud finnes mange steder i form av dagsentra. Det virker som avlastningstilbud ofte er svært positivt for både de som kommer ut og kan bli aktivisert, og de pårørende som får tid til egne sysler. Noen av de pårørende påpeker at de selv har vært redde for å bli sosialt isolert eller at en av foreldrene skulle bli det, og at dagtilbud har hjulpet godt på i denne sammenheng

Innvendingen her er at tildelingene er for knappe, og at det hadde vært ønskelig med flere dager enn de får.

I tillegg til dagsentrene, er det enkelte av de spurte som ønsker seg avlastning til å reise bort, og at det skal vær kurant å få det til. Noen av informantene har ikke mottatt slik avlastning i det hele tatt fordi de aldri har fått seg til å spørre om det, eller de har ventet lenge på at det skulle gå i orden. Kanskje heldøgns hjelpere burde ha krav på ordinær ferie, på linje med andre omsorgsarbeidere?

# Kapittel 5: Samarbeidet mellom de frivillige og hjelpeapparatet

Dette kapitlet diskuterer noen utfordringer og potensielle hinder for et bedre samarbeid mellom de frivillige og hjelpeapparatet.

## 5.1 Hjelpeapparatet som elefant i porselensbutikk<sup>11</sup>

Skal en samarbeide med uformelle nettverk og strukturer kreves det både en forståelse av disse strukturenes egenart og at samarbeidet foregår mye på nettverkets premisser. Offentlige ansatte som er vant med formelle strukturer, og med at de representerer vedtatte lover og regler, kan ha vansker med å forholde seg til uformelle strukturer. Det medfører en viss risiko for at en oppfører seg som elefant i porselensbutikk; en får nettverkene i mot seg, og taperne er som regel de som skulle hjelpes. Nettverk kan framstå som normativt konservative og lite tolerante. Nettverkene har, og i enda større grad hatt, en viktig funksjon i sosial kontroll. Det er ikke bare lovbrudd og kriminell atferd som nettverket reagerer på, men generelle avvik fra de dominerende normene.

La oss ta utplassering av tidligere kriminelle som et eksempel, personer som skal gis en ny sjanse. Å integrere avvikere er egentlig en selvmotsigelse, og på mange måter et frontalangrep på det nettverket står for. Så meglerutfordringen er å finne måter hvor en kan gre nettverket med hårene, men

---

<sup>11</sup> Deler av dette avsnittet bygger på Rønning (2009 b)

samtidig utfordre det noe. Skal vi prøve å integrere en kriminell i et lokalmiljø, så har vi ingen å gjøre avtaler med. Hvis vi innkaller til åpent møte for å framlegge situasjonen og spiller med åpne kort, så er det omtrent sikkert at lokalsamfunnet stigmatiserer vedkommende fra samme dag, og forlanger at han skal flyttes. Vi kan appellere på møtet med samfunnsansvar og offisiell norsk politikk, men det hjelper lite. Vi har mange eksempler på etablering av institusjoner i lokalmiljøer som har avstedkommet sterke naboprotester. Budskapet er som regel; ”Nei, vi er ikke prinsipielt mot at det etableres slike institusjoner, men det passer bare ikke her.”

Uformelle nettverk har sine verdier på det tidspunktet samarbeidet starter, og disse verdiene kan ikke endres med vedtak og vedtekter. De kan, derimot, påvirkes over tid. Hvis en starter et forsøk på samarbeid med å ville overkjøre verdier en ikke liker eller aksepterer, så vil reaksjonen fra nettverket være en avvisning. Hvis en skal oppnå samarbeid må en bruke tid og være lyttende, og framfor alt greie å vise at samarbeidet kan være en vinn-vinn-situasjon. I etablering av et behandlingskollektiv for narkomane tok ledelsen denne jobben. De innkalte politikere fra andre kommuner med erfaringer med slike kollektiv og som kunne fortelle at de tjente økonomisk, at egne narkotikaproblemer var blitt mindre osv. Da kan nettverket bli en god alliert (Finstad 1990). Overkjøring med utgangspunkt i nasjonale vedtak, eller verdier vi bør støtte, hjelper lite. Det samme gjelder på individnivå; også her må en finne vinn-vinn-situasjoner.

At lokalsamfunn ikke har en formell ledelse gjør at en må forholde seg til hele lokalsamfunnet (med antatte uformelle ledere). Frivillige organisasjoner kan være integrasjonsmeglere fordi de representerer ressurser og deler av lokalsamfunnet. I samhandling med ledere for frivillige organisasjoner kan en prøve å finne ordninger de mener kan fungere. Om det går vil bl.a. avhenge av organisasjonsrepresentantenes uformelle status, og hvor godt de kjenner sitt lokalsamfunn.

Motsatsen til å spille med åpne kort, er å si minst mulig, bare etablere f.eks. en drapsdomt i et lokalsamfunn, og håpe at ingen avslører det. Vi har eksempler på at dette er blitt gjort og avslørt, og da har vedkommende små muligheter; lokalsamfunnet

føler seg ført bak lyset, og det er lite vilje til å forhandle i etterkant. Med dagens informasjonsteknologi er sannsynlighetene for at hemmelighold skal bli oppdaget enda større enn før.

Etablering av flyktningmottak er et annet eksempel på at hjelpeapparatet overkjører lokalsamfunn. I første halvdel av 2008 ble dette problemet synliggjort, da man mottok flere asylsøkere enn forventet. Mange steder dukket det opp underskriftaksjoner, og folkemøter og kommunestyre gikk mot etablering av mottak.

Fet er også mange eksempler på vellykkete etableringer av flyktningmottak. Ut fra medieoppslagene kan det se ut som vellykkede etableringer i stor grad skyldes at sentrale aktører i lokalsamfunnet har sett det positive i mottaket, og greid å få med nødvendige støttespillere på det. Det som er forutsigbart her er at hvis de myndigheter som har ansvaret for oppretting av mottak prøver å presse dette ned over lokalsamfunnet, så får en motreaksjoner. Hvis en vil ha lokalsamfunnet med seg så er lytting med stor respekt for lokalsamfunnets verdier, eneste veien.

En del av innvandrerne har forankret trygghet og sosial kapital i nettverk med andre fra samme område. Førstegenerasjons innvandrere har antakelig i liten grad hatt kompetanse til å hente sosial kapital både fra egen kultur og fra kulturen i sitt nye hjemland. Her har andre generasjons innvandrere, som daglig passerer kulturgrensene (norsk skole, innvandrernettverk), et bedre utgangspunkt. De som tilhører denne gruppa har muligheter til å fungere som nettverksmeglere, som aktører som lager linker og fjerne strukturelle hull. De kan se nytten av svake bånd.

Integrering av innvandrere kan skje på mange måter. I Australia hadde de forsøk hvor de la dette ut på anbud (Harvey 2005). De frivillige organisasjonene som fikk oppdraget i første omgang samarbeidet med det sivile samfunn de var en del av. Etter tre år lyste myndighetene ut oppdraget på ny, og nå var det en kommersiell organisasjon som vant. Dette medførte at mye av innsatsen gjennom tre år ble radert ut, og en måtte begynne på nytt. Det kan reises spørsmål om integrasjon i sosiale nettverk kan ivaretas av kommersielle aktører, men poenget her er at sosial integrasjon og bygging av sosial kapital er som å plante en fremmed plante i nytt jordsmonn. Å bli rykket opp med rota hvert

tredje år blir nesten som å begynne på nytt. For den nye anbudsvinneren har ikke tilgang til den forrige nettverk. Saken er et eklatant eksempel på hvordan offentlige myndigheter kan oppføre seg når de ikke har forståelse for sosiale nettverks egenart, og fokuserer på økonomisk rasjonalitet.

Lærdommen fra samarbeid med nettverk er også relevant når en skal samarbeide med pårørende til personer med hjelpe- og pleiebehov; hjelpa må i stor grad skje på de frivilliges premisser. Det betyr at tilbudet fra det offentlig ikke er forhåndsdefinert, men at utgangspunkt er å spørre hva vil du/dere gjøre, og hvordan kan vi støtte deg/dere på det. Koordinering av hjelpetilbudet må skje så nær den hjelpetrengende som mulig. Vi så i vår lokalsamfunnsstudie (Rønning 1986) hvordan enkelte av de hjelpetrengende administrerte sitt eget hjelpende nettverk, både familie og offentlige hjelpere. Dette ga de hjelpetrengende følelsen av kontroll over egen hverdag, og er i overensstemmelse med det vi vet om at de som får hjelp i eget hjem ønsker å bestemme hvem som kommer, når de kommer og hva de skal gjøre (Rønning 2004). Der hvor dette blir urimelig, er det viktig at den hjelpetrengende og de pårørendes ønsker tas hensyn til så langt mulig. Hvis en går inn i dialog med både hjelpetrengende og pårørende hjelpere, så kan en oppleve at det her er konflikter som en må ta stilling til. Noe som kan være ønsket, men ikke alltid like greit for alle parter. Vi fant et tilfelle hvor den pårørende umyndiggjorde sin egen mor, og hvor det ble et mål å redusere vedkommendes innsats. Dette er unntaket, og situasjoner en ikke oppdager uten nærkontakt over tid.

Et viktig mål med å samhandle med pårørende, er å gi dem trygghet for at hvis de ikke greier mer, så tar det offentlige ansvaret. Da kan de i mange tilfeller holde på lenger, og gi den hjelpa de ønsker.

Om vårt utgangspunkt om dialogen virker opplagt, så har det her vært syndet mye. Eldre er blitt sendt hjem fra sjukehus mot pårørendes vilje, og de er nærmest blitt tvangspålagt omsorg. Ektefeller har tatt sitt eget liv i slike situasjoner.

Hvis vi nå har som utgangspunkt at samhandling mellom de frivillige hjelperne og hjelpeapparatet må foregå ved at hjelpeapparatet kartlegger hva som må gjøres, og hva de frivillige

kan ta, og hva de selv må supplere med, så er det rimelig å se på forhold som vanskeliggjør en slik individuell behandling i dag.

## 5.2 Fagliggjøring av omsorgen

Eldre som trenger omsorg og pleie har også ofte helseproblemer. Dette, i tillegg til at omsorgen i Norge administreres som helsetjeneste med leger og sjukepleiere som ansvarlige, kan gjøre at sosiale problemer blir helsemessige, og kanskje underlagt et behandlingsregime. En kan kanskje si at med den underbemanning og det arbeidspresset som i dag er i tjenestene, så er det ingen fare for at folk blir overbehandlet. Defineringen av problemene er ikke uviktig, og det vil ha konsekvenser for hvem som kan hjelpes. Utvikling med evidensbaserte behandlingsprogrammer (best practice) kan invitere til at hjelpetilbudet styres av helsefaglig personell. Dette ønsket om faglighet er slett ikke irrelevant: om vi ikke kan behandle eldre ut av ensomheten, så kan riktig behandling av begynnende demensproblemer ha betydning for problemenes utvikling.

Skal vi trekke veksler på frivillige ressurser, så må vi åpne for at det er et betydelig rom for amatørisme, og akseptere at aldring er en prosess men ingen sykdom. Lorentzen (2007) definerer en amatør som:

”en som stiller seg selv, sitt engasjement og sin livserfaring til disposisjon for et godt formal, på ubetalt, frivillig basis. Amatøren utfolder seg selv og sin personlighet, på godt og ikke fullt så godt”.

Dette kan være truende for profesjonelle. Lorentzen mener at amatørerne i eldreomsorgen er underlagt et faglig regime, og han ser dette i sammenheng med at den profesjonelle kunnskapen ekspanderer på bekostning av erfarings- eller amatørkunnskapen. For han er dette et uttrykk for det Habermas (1984) kaller systemets kolonialisering av livsverden. Hvis Lorentzens påstand om amatørernes uttog er riktig, så vil det bety at rommet for frivillig innsats fra disse stadig blir innskrenket, og at mulighetene for å trekke på deres ressurser reduseres tilsvarende.

## 5.3 Effektiviseringspresset

Hjemmetjenestene har i de fleste kommuner vært utsatt for flere runder med omorganiseringer og avgrensning av tilbudet de siste årene fordi det ikke har vært ressurser til å møte den etterspørselen som var. Effektiviseringsarbeidet har kommet til uttrykk på ulike måter: hjelp til vask og dusjing skal skje sjeldnere, det utarbeides serviceerklæringer som avgrenser det en skal gjøre osv. Den kroniske underfinansieringen av omsorgstjenester har vært tema i mange land over lang tid, og er betegnet som systemets ”fiskale anoreksi” (Cox 1995).

Innføring av skriftlige instruksjoner og kontrakter oppfattes av brukerne som en rigidisering (Rønning 2004). Både bruker og hjelper kan bli ofre for ”instruksenes tyranni”. Brukerintervjuer understreker at de (brukerne) må tilpasse seg tjenestene for at de ansatte skal få utnyttet ressursene best mulig. Dette kan f.eks. resultere i at en må vente en hel dag i uvisse på å få en times hjemmehjelp (Rønning 2004). En konsekvens av at brukerne må tilpasse seg hjemmesjuepleiens premisser er at mulighetene for individuelle hensyn begrenses, og at det sykepleiefaglige nivået på tjenestene reduseres (Tønnesen, Førde & Nortvedt 2009).

En slik rigidisering vil redusere muligheten for et fleksibelt samspill med de frivillige ressursene. Det er vanskelig å se at innføring av frie brukervalg, definert som at brukerne kan velge mellom flere tilbydere av tjenester, vil bety særlig forskjell her, så lenge det er innen de samme kommunale rammene en arbeider.

## 5.4 Penger eller tjenester?

Velferdsstaten ytelser til borgerne kommer enten i form av pengeoverføringer eller som tjenesteyting. De første ytelsene var forsikringsordninger for tapt arbeidsfortjeneste ved sykdom og ulykker, så fikk vi ulike former for alderspensjoner osv. Denne ”forsikringsstaten” var rettet mot å hjelpe arbeidere som ikke lenger greide å skaffe seg tilstrekkelig utkomme fra arbeidet, og de kunne også ses som et bidrag til å sikre at arbeideren ble restituert og kunne holde på lenger. Enten begrunnelsen var å



sikre seg friske og fornøyde arbeidere, eller ordningene var framkjempet av arbeiderbevegelsen, så var de i hovedsak rettet mot den mannlige forsørger (Anttonen 1998). Esping-Andersen (1990) mener en fellesnevner for disse ordningene i de nordiske velferdsstatene er at de har vært ”dekommodifiserende”, dvs. de har skjermet arbeiderne mot å måtte selge sin arbeidskraft som vare (commodity) i situasjoner hvor dette ikke var forsvarlig eller ville gi tilstrekkelig utkomme. For hjemmeværende kvinner ga dette bare indirekte støtte. For å komme ut i arbeidslivet trengte de avlastning av sine omsorgsoppgaver (barn, eldre), og derfor var det utbygging av tjenester på disse områdene som ga dem muligheter til å bli ”kommodifisert”. Om sosialforsikringsstaten var rettet mot mennene, så var sosialtjenestestaten rettet mot kvinnene (Anttonen 1998). I dag er skillene mellom kjønnene mindre markert på arbeidsmarkedet. Arbeidsdelingen i hjemmet er også sikkert endret, men det er nok likevel slik at kvinnene har det største ansvaret for omsorgsoppgaver, noe som synes gjennom innslaget av deltidsstillinger, i hvem som er hjemme med sjuke barn osv.

Skillet mellom penger og tjenester er ikke så tydelig som skissert over. Vi betaler barnehageplass og for hjemmetjenester, men det er i forhold til det offentlige bidrag og ikke full pris. Med nyliberalismens ønsker om å reformere offentlig sektor ved bl.a. å innføre mer bruk av markedstenkning, så har vi fått et sterkere innslag av pengetransaksjoner i tjenestene. Milton Friedman, en av nyliberalismens sjefideologer har argumentert for at dette er å sikre tjenestemottakerne økt makt som kunder (kunden er konge), og det er å trekke brukerne ut av hjelpeapparatets paternalistiske tjenestetildeling (se Friedman & Friedman 1980). I stedet for å få tildelt tjenester etter behovsvurdering, så kan alle få en viss pott med penger, og for dem så kan de kjøpe det de ønsker. En slik rasjonell aktørmodell forutsetter at brukerne av tjenester har oversikt over egne problemer og behov, og at de synes at transaksjonskostnadene ved ”å handle” tjenester er rimelige. Talsmenn og organisasjoner for fysisk funksjonshemmede er den gruppa som har fulgt opp denne argumentasjonen i størst grad. Ordningen med Brukerstyrt Personlig Assistent (BPA) har røtter både fra en rettighetsorientert tenkning og fra markedet (Askheim

1999), og de har argumentert med at de har opplevd omsorgen som både paternalistisk og ydmykende, og at en situasjon hvor de kan ansette sine egne hjelpere og være betalende arbeidsgivere, ga mye mer frihet. Når de offentlige hjemmehjelptjenestene prises høyt, samtidig som det er forhåndsdefinert hva de kan gjøre, så blir kjøp av privat hjelp som en kan instruere et bra alternativ, noe som vel også kan være intendert fra det offentlige. Hvis betalingsbetingelsene i det offentlige er gjort avhengig av betalingsevne, så ville en og sikre de som har lite å betale med. I en situasjon hvor de er knapphet på tjenester, mens de fleste eldre har penger på bok, så er det gode argumenter for en slik praksis.

Friedmans modell skal i prinsippet sikre mot overforbruk ved at folk ikke bruker tjenester de ikke betaler for. Om legehjelp er gratis eller underpriset, så kan dette resultere i at folk bruker tjenestene der hvor det ikke er nødvendig. Selv med realistisk prissetting vil de med god tilgang på midler kunne overforbruke tjenester. Et problem med Friedmans modell er at folk kan bli sjukere enn de har penger til, og hvor vi kan få dilemmaer av typen ”skal jeg ta en kreftbehandling til, eller skal jeg sikre min datter collegeutdanning (Kübler-Ross 1969). Andre svakheter ved modellen er at det forutsetter at det er valgmuligheter, og at bestillerne vet hva de skal etterspørre. For helsetjenester vil vi ofte mangle slik kompetanse, og i Norge så er det tvilsomt om vi kan få konkurrerende leverandører av hjemmetjenester i store deler av landet. Begrenset befolkningsunderlag og store avstander vil ikke gjøre det lønnsomt å konkurrere. Da er det bedre for konkurrentene å dele kommunene mellom seg. Med en monopolist forsvinner valgfriheten og konkurransen. Ut fra vårt formål, nemlig å få til et bedre samspill mellom det offentlige og de frivillige tjenestene, vil det fortsatt være et argument at brukerne får et beløp å kjøpe tjenester for. Dette vil gi dem muligheter til å betale pårørende, pårørende kan kanskje velge mellom annen jobb eller det å stelle mor osv. Hvis vi tenker oss at det offentlige har et ansvar for at det gis et forsvarlig tilbud ut fra brukernes behov (som i dag vurderes faglig), så kan fastbeløp være problematiske fordi beløpene kan bli for små, og fordi ansvaret for å sikre et forsvarlig tilbud nå flyttes over til brukerne og de pårørende (Glendinning & Kemp 2006).

Vi har i dag ordninger som ligger ganske nær opp til den skisserte "cash-ordningen", nemlig kontantstøtte og omsorgslønn, så tilbudet vil i noen sammenhenger ikke bety en dramatisk endring. For det offentlige er dette en forutsigbar og grei ordning, forutsatt at ikke totalutgiftene økes. Det ligger i modellen en fristelse for det offentlige til ikke å indeksere beløpene over tid.

At det offentlige kan "kjøpe seg ut" av omsorgsansvaret med kontanttildelinger, reiser noe av de samme problemene som at noen kjøper seg ut av dugnaden. Det blir færre igjen til å utføre jobben, og færre til å bære ansvaret. Ideelt vil samspillet mellom den hjelpetrengende, de frivillige hjelperne og tjenesteapparatet ha utgangspunkt i den hjelpetrengendes uttrykte ønsker og de andres vurdering av behov. Det kan bety at ikke alle ønsker blir fulgt opp, men det betyr også at de andre ser en del behov som den hjelpetrengende ikke kan artikulere. I noen tilfeller kan sjukepleierne se sykdomstegn de andre ikke har kompetanse til, og som kan være viktig å ta tak i. Det vil sikkert ofte være som påpekt i NOVA-studien (Daatland, Veenstra & Lima 2009), at tjenesteapparatet tar hands-on-tjenestene, det vil si den rent instrumentelle hjelp og pleie, mens pårørende tar det andre og mindre konkrete. Måten de konkrete tjenestene blir utført på kan for mottakerne være avgjørende for om det blir oppfattet som omsorg, eller i verste fall nesten et overgrep (f.eks. ved bading). Det å dele ansvaret, og at en får tilgang til faglige vurderinger vil være en viktig del av det offentliges bidrag. Pårørende til personer med demens gir uttrykk for at det er svært viktig å få slike vurderinger, og det vil gjelde også i mange andre tilfeller. En innføring av kontantytelser kan både utsette slike faglige vurderinger, og det overlater mer av ansvaret for situasjonen til den eldre og de pårørende. En bieffekt kan være at pårørende blir sittende igjen med skyld for feilvurderinger ("jeg burde sett").

Konklusjonen på dette avsnittet er derfor at kontantytelser kan gi økt fleksibilitet for pårørende når det gjelder å ta ansvar for eldre og hjelpetrengende, og det kan gjøre det lettere for den hjelpetrengende å spørre de pårørende. Men det kan også føre til at mer ansvar legges på de pårørende og den hjelpetrengende, og at de får mindre tilgang til faglige vurderinger på et tidlig tidspunkt.

## 5.5. Omsorg som vare<sup>12</sup>

De fleste OECD-landene har de siste tiårene prøvd å innføre nyliberalistisk tankegods i styringen av offentlig forvaltning. Dette tankegodset omtales gjerne som NPM og er ikke noe enhetlig konsept. Det dreier seg heller om ideer som har kommet sammen og som har fått noe ulik utforming i de enkelte land. Det kan også være at de ulike elementene egentlig er innbyrdes uforenlig (Christensen & Læg Reid 2001). Variasjonene i utformingen er likevel ikke større enn at vi kan identifisere viktige felleselementer. NPM kan ses som en forening av to sterke idestrømninger i etterkrigstida: økonomisk teori med vekt på rasjonelle aktører (public choice) og teorier om ledelse med vekt på lederskapets betydning (managerism) (Hood 1991). Vi kan derfor se NPM som bestående av to søyler (Klausen 2001).

Ser vi på ledelsestenkningen, så legges det vekt på lederens ansvar for å nå resultater, noe som stimulerer til oppdeling i resultatenheter. Skal lederen ha ansvar og få lede, samtidig som vedkommende kan kontrolleres, fører dette til at resultatenheten må ledes ovenfra. Det må brukes målbare resultatindikatorer overfor lederen, og lederen må bruke det overfor de ansatte. Dette gir transendens og styrbarhet, og aktiviteten forhåndsdefineres.

Disse elementene fra "ledelsessøyla" står ikke i motsetning til public choice-tenkningens iver etter å bruke markedsmodeller i forvaltningen. Konkurransetsetting og frie brukervalg har vært sentrale elementer her. I eldreomsorgen har debatten om "bestemor på anbud" vart i mer enn ti år nå, og det er kanskje det området hvor striden om nye styringsformer har vært mest synlig. Den kan ses som en ideologisk debatt hvor en er mer eller mindre prinsipielt for eller imot privatisering og konkurransetsetting, men den kan også ses som et spørsmål om hva som faktisk gir den beste omsorgen. Ideologiske argumenter gir lite gjennomslag i debatten, og derfor ønsker begge parter å argumentere for at deres løsning faktisk gir den beste omsorgen for bestemor. "Best" i denne sammenhengen må forstås som et spørsmål om pris og kvalitet. Det er ikke uproblematisk å beregne kostnader. Likevel framstår kvalitet som det vanskeligste å avgjøre.

---

<sup>12</sup> Dette avsnittet bygger på Rønning (2007)

Konkurransesutsetting av omsorgstjenester krever at tjenestetilbudet forhåndsdefineres, og at hjelpemottakerne grupperes i noen få kategorier, som skal gis like tilbud. I de kommunene vi var inne i, var brukerne delt inn i 8-9 kategorier fra de minst til de mest hjelpetrengende (Rønning 2004). For hver kategori hadde en så definert det hjelpebehovet de skulle få. Ut fra dette kunne en så bestille tilbud, og anbyderen kunne beregne hvor mye de kunne levere tjenestene for.

Siden det fortsatt er stor enighet om at det offentlige både har ansvaret for at det finnes forsvarlige tjenester og for deres finansiering, så er det utføringa det konkurreres om: det offentlige er bestiller og lyser ut konkurranse mellom ulike tilbydere. Det er skapt et bilde av at det er ryddigst å ha forskjellige instanser som bestiller og som leverer tjenester, også i kommuner som ikke bruker tilbud med private aktører. Tankegodset er blitt så vanlig at konsulenter i rapporter kan foreslå slike, i utgangspunktet politisk kontroversielle løsninger, uten at det blir reaksjoner (Øyer 2009). Leger stiller imidlertid fortsatt både diagnosene og behandler uten at det oppfattes som uryddig.

I vår sammenheng konstruerer vi også et mulig samhandlingsproblem, ved at de som kjenner brukeren, og ut fra det bestiller hjelp, ikke er de samme som skal gi hjelpa. Der hvor det er et resultat av konkurransemodeller, kan det diskuteres om konkurransetenkningen virker negativt inn på et felt som krever nært samarbeid.

Problemene med tilbudstenkningen er åpenbare. Vi skal gå gjennom seks av problemene under (A-F).

#### **A) Omsorgstjenestene kjennetegnes av det uforutsigbare.**

Når en kommer til en bruker vet en ikke hva som har skjedd siden sist; vedkommende kan ha blitt sjuk, ha falt ut av senga osv. Omsorgsarbeidet må ta utgangspunkt i situasjonen til brukeren der og da, ikke hva som er avtalt på forhånd.

#### **B) Brukernes behov endrer seg raskt**

Selv om omsorgsbehovet skulle være riktig definert i starten, så vil det fort kunne endre seg til det verre når brukerne er 90 år. I en kontraktsmodell krever egentlig dette en ny kontrakt; at en

bruker flyttes over til en mer krevende kategori. Siden utfører kan ha interesse av et større omsorgsbehov, bør ikke dette innvilges før kommunens egne ansatte har sjekket behovet. En slik modell skaper stor rigiditet, og hjelperne sier at de kvier seg for det papirarbeidet dette medfører. Mens markedsmodeller lanseres som et fleksibelt alternativ til det tungroddede offentlige byråkrati, er resultatet ofte det motsatte. At hjelperne gjør det som er bestemt, ikke det som trengs, framstår ikke som særlig fleksibelt sett fra brukerne og de pårørendes side.

### **C) Omsorg blir til i møtet mellom bruker og helper.**

Forhåndsdefineringens begrensninger er illustrert i folkeeventyret "God dag mann økseskaft". Ut fra definisjonen på omsorg, er det klart at den relasjonelle siden er viktig. Omsorg er ingen vare som noen eier på forhånd og så gir til en mottaker; den er i stedet en sosial relasjon som er unik for møtet mellom de to aktuelle personene. Mens varer er byttbare, så motsetter omsorg seg standardisering.

### **D) Kvalitet i omsorgen lar seg vanskelig telle**

Oppsummeringen fra positivismedebatten på 70-tallet om at viktige deler av menneskers aktivitet ikke kan måles eller telles, er fortsatt gyldige. De nye styringsmodellene har ikke anført noen nye argumenter. Når de likevel bruker indikatorer, så er det fordi modellene krever det hvis de skal være anvendelige. Dette fører lett til det som i organisasjonsteorien kalles for målforskyvning og overmåling (Flaa m.fl. 1995). Slagsvold (1995) har vist at bruk av kvalitetsindikatorer gir liten mening i omsorgsarbeid.

### **E) Kontraktstenkningen bygger på mistillitens logikk.**

Dette er en klar forskjell i forhold til profesjonstenkningen som bygger på tillit. Ser en på forholdet mellom de få rapporterte overgrep og det store antall besøk som hjemmetjenesten utfører daglig, så må tillitsmodellen sies å ha vært en suksess. En modell med stort kontrollbehov vil for det første være kostnadskrevende, og dermed kanskje mindre kostnadseffektiv enn den modellen den skulle erstatte. Dernest kommer at den også begrenser

muligheten for skjønnsutøvelse og reell omsorg i relasjonen bruker-hjelper.

### **F) Anbudsmodellen fremmer standardisering**

Inndeling av brukerne i få kategorier er et viktig element her. Omsorg kjennetegnes nettopp av det unike; at vi gir hjelp ut fra hjelpemottakerens situasjon der og da. Og i vår sammenheng blir standardiseringen en viktig hindring for å lage fleksible opplegg i samråd med pårørende.

### **Vurdering av anbudsmodellen**

Konklusjonen er ganske entydig at anbudsmodellen ikke passer på omsorg. Det er ingen ny og original konklusjon. Store tenkere, fra Aristoteles og oppover, har påpekt at menneskelig virksomhet er av ulik karakter. Kant skilte mellom pragmatiske og praktiske handlinger og derav ulike kunnskapsformer. Pragmatiske handlinger er vellykket når en når det målet en har satt seg, mens praktiske handlinger er handlinger i det sosiale feltet, der rettesnora er allmenngyldige normer. Med utgangspunkt i dette skillet kaller Skjervheim (2002) det for "det instrumentalistiske mistaket" når en gjør den pragmatiske fornuft til grunnmodell for rasjonelle handlinger generelt. Skjervheim understreker dette med å påpeke at når en er meddommer i en rettssak, så er ikke målet å få dømt flest mulig. Det er i stedet etter beste evne å vurdere hva som er rett og galt. Omsorgshandlinger kan ikke begrunnes instrumentelt. Vi gir ikke omsorg til våre nærmeste ut fra en mål-middel-tenkning, vi gir omsorg fordi de betyr noe spesielt for oss, og kanskje også fordi de trenger det. Fellesskapets begrunnelse for å gi omsorg til definerte og svake grupper, er moralsk og ikke pragmatisk. Døende kreftpasienter og andre uhelbredelige sjuke får omsorg selv om de ikke blir bra igjen. Det samme gjelder eldre.

Et kompliserende element i dette resonnementet er at deler av omsorgstjenesten kan vurderes pragmatisk; når en vasker gulv eller gir medisiner til helbredbare sjukdommer, så kan resultatet vurderes. Feilen oppstår hvis en reduserer omsorgstjenesten til å være bare slike aktiviteter. NPM-tenkningen overført til omsorgssektoren og andre tjenester som i sin natur er sosiale

relasjoner (som f.eks. undervisning) blir et instrumentalistisk mistak. Wærness (1984) har argumentert for at det er meningsfylt å snakke om en ”omsorgsrasjonalitet”, som ligger nær Webers verdirasjonalitet, og er i tråd med praksis-begrepet hos Kant. Å handle intelligent er å anvende riktig rasjonalitet på ulike handlinger. Å anvende markedstenkningens pragmatiske rasjonalitet ved å bruke NPM (med konkurranseutsetting) på omsorgstjenester er å kaste vrak på totusenårs tenkning. Det er vanskelig å skjønne at dette kan pågå år etter år i et samfunn som vårt. At norske kommuner på fullt alvor har innført stoppeklokkemodellen for omsorgstjenester er ikke bare å invadere omsorgen med modeller fra samlebåndsindustrien, denne taylorisering av omsorgen, er å innføre modeller som industrien har forlatt for lenge siden.



## **Kapittel 6: Konklusjon: Frivilligheten er en truet ressurs**

I kapitlene foran har vi drøftet en del forhold som kan true utnyttningen av den frivillige innsatsen i eldreomsorgen. Vårt utgangspunkt har vært en samfunnsmodell hvor sivilsamfunnet er en tredje part i forhold til stat og marked, men hvor vi i størst grad har konsentrert oss om forholdet stat-sivilsamfunn. Vi kan se på disse tre partene som leverandørsystemer for omsorg.

Sammenligner vi på tvers av landegrensene finner vi at det er betydelige forskjeller med hensyn til hvordan styrkeforholdet er mellom stat, marked og sivilsamfunn, og hvordan samspillet er. Esping-Andersen (1990) skiller mellom tre typer velferdsregimer i Europa. Her tilhører Norge og de skandinaviske landene den sosialdemokratiske modellen, hvor staten er den sentrale tjenesteleverandøren. England plasseres under en liberal modell, hvor markedet har en stor plass. Her er kanskje USA et enda bedre eksempel. De søreuropeiske landene plasseres under en korporativ modell, hvor arbeidsliv og organisasjoner er sentrale leverandører. I katolske land har subsidiaritetsprinsippet vært retningsgivende; det vil si at omsorgen skulle dekkes på et lavest mulig nivå (så nær mottakeren som mulig). Høyere nivåer (som offentlige myndigheter) skulle bare gripe inn hvis ikke familie og nærmiljø greide oppgavene. Litt forenklet har disse modellene sitt tyngdepunkt hos hver av de tre leverandørene. Dette er selvsagt stiliserte og idealtypiske modeller, siden alle tre leverandørsystemene er aktive i alle regimene, men de får fram forskjeller i tyngdepunkt.

De tre leverandørsystemene har sine styrker og svakheter. Det er både slik at delsystemene kan utvikle sine svakheter på

egen hånd (intern pervertering)<sup>13</sup>, men det er også slik at samspillet med de andre kan ødelegge hvert av systemene (ekstern pervertering). Motsatt kan svakheter ved et system moderes ved et samspill med de andre.

Styrken med et offentlig system er at det kan dekke alle, og det gis uavhengig av familiestatus og økonomi. Vi får tildelt goder som rettigheter når vi kommer opp i bestemte situasjoner. Svakheterne vil kunne være formalisering, standardisering og at systemet er ovenfra-styrt; det er andre som definerer hva vi trenger. Generelle tildelinger kan gi overforbruk, og systemet vil ofte være underfinansiert i den forstand at uttrykte behov overstiger kapasiteten. Tildeling av goder forsinkes ofte fordi det er køer: selv om en har god betalingsevne betyr det ikke at en får den hjelpa en ønsker. I forhold til staten er vi borgere med rettigheter og plikter, og disse er regulert ved lover og regler.

Markedet skal ideelt fungere slik at etterspørselen regulerer tilbudet. Det betyr at køer ikke nødvendigvis er et problem, og har en betalingsevne så får en det en ønsker. Nå er det flere begrensninger for at markedet skal fungere perfekt når det gjelder helse- og omsorgstjenester. Det gjelder både tilgang på kvalifisert personell, og geografisk avstand som gjør at det ikke vil være lokale markeder. Fungerer markedet etter idealene så gir det kundene valgfrihet, og det hindrer unødvendig overforbruk ved at folk kalkulerer nytten ved kjøp av tjenestene med annen bruk av midlene. På markedet er vi kunder som skal realisere våre egeninteresser. Relasjonene formaliseres gjerne med kontrakter som er juridisk bindende

I det sivile samfunn er vi medmennesker og vi omgås andre ut fra vennskap og kjennskap. Her har vi i utgangspunktet tillit til de vi omgås, og relasjonene er uformelle. Forpliktelsene styres her ved hjelp av felles sosiale normer. Som barn vil vi være underlagt foreldre og andre voksnes autoritet og også tvangsmakt. Når det gjelder å bli befridd fra de mørke sidene ved nærmiljøet, har mange opplevd statlig inngripen som en befrielse (vold i hjemmet osv.) Og markedet har vært frigjørende for hjemmeværende som har ønsket arbeid mv.

---

<sup>13</sup> Begrepene er lånt fra Hernes (1978).

På den andre siden kan markedet være truende ved at sivilsamfunnet invaderes og uformelle og ikke-betalte tjenester underlegges markedets logikk. Det offentlige kan gjennom samhandlingen med det frivillige vanskeliggjøre den uformelle utveksling av tjenester, som omtalt i denne rapporten.

Når det gjelder diskusjonen av samspillet mellom staten og det sivile samfunnet, så er dette et politisk betent område, med ulike tilnæringer. Reagan, som uttalte at offentlig forvaltning ikke var løsningen men problemet, mente i sin tid at han skulle gjenreise den frivillige innsatsen og veldedigheten ved å fjerne statlige støttetiltak overfor svake grupper. I forlengelsen av dette kan en se det slik at staten fortrenger den friville innsatsen, og virker negativt inn på kvaliteter og verdier i sivilsamfunnet (Lorentzen 2007). Dette kan framstilles som at sivilsamfunnet har mistet sin dyd og uavhengighet. Organisasjonene er blitt ”quangos” (quasi non-governmental organisations) (Toje 2009). Et slikt argument kan knyttes til synspunkter om betydningen av et uavhengig sivil samfunn som motpol mot stat og marked.

Nærmest motsatt kan en se samspillet som symbiotisk og harmonisk. Avviklingen av spilleautomatene understreket med stor tydelighet at organisasjonene er avhengig av de offentlige rammebetingelser og den offentlige støtten.

Selv om forholdet mellom stat og sivilsamfunn diskuteres som normative spørsmål, så er det mulig å teste ut de sentrale påstandene her empirisk. Påstanden om at staten fortrenger sivilsamfunnets innsats, er ofte omtalt som ”crowding-out”-hypotesten, og den er testet i en rekke undersøkelser de siste tiårene. Og konklusjonen er entydig: det er ikke dekning for en slik påstand. (Boje 2008, Selle 2008). Verken en påstand om at statens inngripen gjør den samlede innsatsen mindre, eller at det er et null-sumspill, har empirisk dekning. Det er tvert i mot slik at samspillet mellom stat og organisasjoner kan være et pluss-sumspill. Det synes å være en klar positiv sammenheng mellom et høyt utviklet nivå av frivillighet og sosial kapital på den ene siden, og et velutbygd universelt velferdssystem på den andre siden. De nordiske landene scorer høyt både på frivillig innsats og på statlig engasjement (Boje 2008).

Dette betyr ikke at all statlig aktivitet er positiv for den frivillige innsatsen, men det betyr at et statlig engasjement og statlig støtte kan være det, og vi i Norge har et godt utgangspunkt for å utvikle samarbeidet videre. Dette samarbeidet må ta hensyn til sivilsamfunnets særegenheter og behov. Selle (2008) etterlyser mer kunnskap om de skandinaviske sivilsamfunnene.

Vårt anliggende i denne rapporten har vært å se på hvordan dagens utforming av, og praksis i omsorgstjenestene, virker på den frivillige omsorgsinnsatsen. Da er familien og nærmiljøet viktigere enn organisasjonene, og ønsker en å tilrettelegge for å bruke de uformelle omsorgsressursene, så må en se tiltakene i omsorgen i sammenheng med disse. For å utvikle robuste modeller her, så trengs det mer kunnskap om hvordan samspillet mellom de offentlige tjenestene og den frivillige innsatsen kan ivaretas og styrkes på brukernivået.

### **Avslutning**

Den frivillige omsorgen har et stort omfang. Mange frivillige omsorgsarbeidere (som ektefeller med hjemmeværende med demensproblemer) har vakt hele døgnet og deres innsats tilsvarer mer enn en full stilling. Omsorgen for eldre og andre hjelpetrequende er helt avhengig av denne frivillige innsatsen. Det gjelder både omfang og innhold. Når det gjelder innholdet så bestemmes kvaliteten på omsorgen i stor grad av at tjenestene gis på en måte som møter brukernes ønsker og behov. Omsorgens doble natur er at det ikke bare er konkret hjelp; det er måten den gis på som gjør den til omsorg. Her er pårørende og nærmiljøet viktige formidlere.

Vårt funn om en nedgang i frivillig omsorgsarbeid fra 1990 til 2000 viser at denne innsatsen er truet (kap. 3). Mange forhold bidrar til det. Det er viktig å se at måten de offentlige tjenestene organiseres på, og de samhandlingsmuligheter som her etableres, har betydning både for omfang og innhold i omsorgstjenester. Det er vanskelig å se at flere av de organisatoriske endringer som er gjennomført de siste åra, har vært bevisste på dette. Skal vi ivareta de frivillige omsorgsressursene må de offentlige aktørene framover framstå som støttespillere og som gartnere som dyrker og vedlikeholder disse ressursene.

## Referanser

- Anttonen, A. 1998. Den sociala servicestaten som feministisk kampbegrepp. I Eliasson- Lappalainen, Rosmari & Szebehely, Marta (red): *Vad förgår och vad består?* Lund, Arkiv förlag.
- Askheim, O.P. 1999: Personal assistance for disabled people – the Norwegian experience. *International Journal of Welfare*, s. 111-119
- Boje, Thomas, 2008: Velfærdsstat og civilsamfund: De nordiske lande i et komparativt perspektiv. *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr.4
- Borge, L. og Haraldsvik, M. 2005: Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner. *SØF rapport 1*.
- Brønnøysundregistrene (2009): *Frivillighetsregisteret*. Tilgjengelig på: <http://www.brreg.no/frivillighet/>
- Bø, I. & Shiefloe, P.M. 2007: *Sosial landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Christensen, T. & Lægreid, P. 2001: A Transformative Perspective on Administrative Reforms. I Christensen & Lægreid (eds.): *New Public Management*. Ashgate, Aldershot, Ashgate.
- Christie, N. 1975: *Hvor tett et samfunn*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Cox, E. 1995: *A Truly Civil Society*. Sydney, ABC-books, The Boyer Lectures.
- Daatland, Veenstra & Lima, 2009: Helse, familie og omsorg over livsløpet. *NOVA-rapport 4*.
- Edwards, M. 2004: *Civil Society*. Cambridge UK, Polity Press.
- Esping-Andersen, G. 1990: *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge UK, Polity Press.
- Finstad, L. 1990: *Den betalte familien – nye livsformer for folk i krise*. Oslo, Pax forlag.
- Flaa, P. m.fl. 1995: *Innføring i organisasjonsteori*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Friedman, M. & Friedman, R. 1980: *Rett til å velge*. Oslo, NÅ-forlaget

- Gautun, H. 2002: Når fleksibilitet fremmer felleskap - evaluering av 3 ulike arbeidstidsordninger innen pleie- og omsorgssektoren. *Fafo-rapport 399*.
- Gautun, H. 2008: Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma. *Fafo-rapport 40*.
- Glendinning, C. & Kemp, P. 2006: Conclusions. I Glendinning & Kemp: *Cash and Care*. Bristol, The Policy Press
- Granovetter, M. 1973: The Strength of Weak Ties. *American Journal of Sociology*, s. 1360-1380
- Habermas, J. 1984: *Theory of Communicative Action, Vol.1*. Beacon Press, Boston.
- Harvey, A. 2005: *How can Government Service Contracts undermine a Non Government Organisation's capacity to deliver positive Social Capital?* Sydney, University of Technology. Honors Thesis
- Helsetilsynet 2009: *Rett til omsorgslønn*.
- Hernes, G. 1978: Makt, blandingsøkonomi og blandingsadministrasjon. I Hernes (red): *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Hood, C. 1991: A public management for all seasons? *Public administration 1*.
- Ingebretsen R. og Solem P. 2002: Aldersdemens i parforhold. *NOVA-rapport 20*.
- Klausen, KK. 2001: New public management – en fortolkningsramme for reformer. I Busch, T. et al. *Modernisering av offentlig sektor. New public management i praksis*. Oslo, Universitetsforlaget
- Kübler-Ross, E. 1969: *On Death and Dying*. New York, Macmillan
- Land, H. 2006: Securing the dignity and quality of life of older citizens. I Glendinning, C. & Kemp, P. :*Cash and Care*. Bristol, The Policy Press.
- Lorentzen, H. 2007: *Moraldannende kretsløp*. Oslo, Abstrakt forlag.
- Lystrup, L., Lillesveen, B., Nygaard, A. og Engdal, K. 2006: Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. *Tidsskrift for Den norske lægeforening 126:1917-20*.
- Noddings, N. 1984: *Caring*. Berkeley, University of California Press
- Otterstad, H. 2004: Det typiske for norsk eldreomsorg er ulikhet. *Sykepleien nr. 14/ 2004*.
- Pellegrino, E. 1999: The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy 3*.
- Romøren, T. 2008: Tre ”boliggjorte” kommuner.” *Aldring og livsløp 1*
- Rønning, R.1986: *Eldre i nærmiljøet*. TANO, Oslo.

- Rønning, R. 1990: Kan omsorg profesjonaliseres? I Jensen, Karen (red.): *Moderne omsorgsbilder*. Gyldendal, Oslo
- Rønning, R. 2004: *Omsorg som vare?* Oslo, Gyldendal akademisk.
- Rønning, R. 2006: *Vårt politiske Norge*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Rønning, R. 2007: Omsorg som vare. *Tidsskrift for velferdsforskning* 4
- Rønning, R. 2009 a: Framtidas omsorg – noen scenarier. *Aldring og livsløp* 2.
- Rønning, R. 2009b: Systematisk bruk av sosial kapital i velferdstjenestene. I Rønning, R. & Starrin, B. (red.): *Sosial kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo, Gyldendal akademisk
- Rønning, Batt-Rawden & Solheim, 2009: Skrøpelige eldre og sjuke hjelpere. *ØF-notat 1*, Lillehammer, Østlandsforskning.
- Rønning, R. & Starrin, B. 2009: Sosial kapital – et nyttig begrep. I Rønning & Starrin: *Sosial kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Selle, P. 2008: Forståinga av sivilsamfunnet. Er det berre opp til augo som ser? *Tidsskrift for samfunnsforskning* 4.
- Skjervheim, H. 2002: Det instrumentalistiske mistaket. I Skjervheim, Hans: *Mennesket*. Oslo, Universitetsforlaget
- Slagsvold, B, 1995: *Mål eller mening*. Rapport nr.1, Norsk Gerontologisk Institutt, Oslo.
- Sosial- og helsedirektoratet 2007: *Glemsk – men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*.
- SSB 2002: *Tidsbruk*. Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/emner/00/02/20/>
- SSB 2005: *Endringer i årsverk innenfor pleie og omsorg*. Tilgjengelig: [http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik\\_lever\\_vi/art-2005-08-22-01.html](http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2005-08-22-01.html)
- SSB 2006: *Data for omsorgsarbeid (statistikkbanken)*. Tilgjengelig: [http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04441](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=04441)
- SSB 2007: *Sosiale indikatorer – Pleie og omsorg*. Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/emner/00/02/30/sosind/tab-2007-12-12-03.html>
- SSB 2008: *Mottakere av omsorgslønn (statistikkbanken)*. Tilgjengelig: [http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=03303](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=03303)
- SSB 2009: *KOSTRA - Kommune-Stat-Rapportering. Nøkkeltall og grunnlagsdata*. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/kostra/>

- Stortingsmelding nr. 25 2005-06: *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
- Stjernø, S. 2004: *Solidarity in Europe.* Cambridge University Press
- Szebehely, M. (red.) 2005: *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt.* København: Nordisk ministerråd.
- Thorsen, K. 2005: Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid. *Aldring og livsløp 3.*
- Toje, A. 2009: *Kjøpt og betalt? Klassekampen 12.9.09*
- Tønnesen, F. & Nortveit 2009: Pasientenes beskrivelser av hjemmesykepleien når ressursene er begrenset. *Nordisk tidsskrift for helseforskning 1.*
- Vaage, O. 2002: *Til alle døgnets tider. Tidsbruk 1971-2000.* Tilgjengelig: <http://www.ssb.no/emner/00/02/20/sa52/sa52.pdf>
- Vabø, M. 2008: Omsorgshverdag i Norden – arbeidsgleder, travelhet, ansvarspress. *Aldring og livsløp 4.*
- Wærness, K. 1984: The Rationality of Caring. I Søder, M.(red): *Economic and Industrial Democracy.* London, Sage
- Wollebæk, S. & Lorentzen 2000: *Frivillig innsats.* Bergen, Fagbokforlaget.



# Vedlegg 1. Litteraturgjennomgang

I dette vedlegget gis en gjennomgang av elleve studier om formell og uformell omsorg. Studiene tar for seg ulike perspektiver og aktører, bl.a. offentlig pleie- og omsorgsapparat, betydningen av familie og venner, samt mottakernes erfaringer. Det er gjort følgende avgrensninger i søk etter litteratur, i valg av studier, og i forhold til hva vi har trukket ut av informasjon.

- Om søk etter litteratur
  - Søkemotor: Hovedsakelig Google og Bibsys.
  - Søkeord: ulike varianter med ord som pleie, omsorg, hjemmetjeneste, pårørende, samhandling, organisering, eldre, tidsbruk, levekår m.m.
- Valg av prosjekter
  - Geografi: Fortrinnsvis norske forskningsprosjekter.
  - Tid: Fortrinnsvis nyere studier (fra 2005 til 2009).
  - Prosjekttipe: Vi ser bare på avsluttede prosjekter.
- Vurdering av prosjekter
  - Empiri & analyse er prioritert (oppsummere resultater)
  - Metode: Korte vurderinger av metodikk.
  - Teori: Gjennomgang av teoretiske bidrag er nedprioritert.

Litteraturstudien er organisert ut fra hvilken aktørgruppe det ses på. I seksjon A presenteres tidligere kunnskapsstater. I seksjon B gjennomgås studier med fokus på kommunalt tjenestetilbud. I seksjon C ses det på studier med fokus på de pårørende (familie og venner). I seksjon D ses det på studier med fokus på mottakerne.

## A. Studier som ser på flere aktørgrupper

Vi presenterer funn fra to tidligere litteraturstudier.

### **Tjenestetilbudet til demente**

Sosial- og helsedirektoratet (2007): Glemsk – men ikke glem!  
Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens.

Demens er den største av sykdomsgruppene i omsorgstjenestene. I dag er det om lag 66,000 personer med demens, og det antas en kraftig stigning i årene som kommer ut fra det at befolkningen blir eldre. Et estimat er 130,000 personer innen 2040.

Formålet med Sosial- og helsedirektoratets rapport er å beskrive dagens situasjon, samt å presentere tiltak som må iverksettes for å heve kvaliteten og øke kapasiteten i tjenestetilbudene til personer med demens. Rapporten peker på at studier fra Norge og utlandet viser at familien er den viktigste medhjelperen til personer som er rammet av demens så lenge personen er hjemmeboende.

#### Funn knyttet til de pårørende

- Om en antar at hver demenspasient har fire familiemedlemmer så rammer demens mer enn 250,000 personer årlig.
- Majoriteten av familieomsorgsgivere er kvinner: mange kvinner velger å arbeide deltid eller å førtidspensjonere seg for å kunne ta seg av syke familiemedlemmer
- Omsorgsgivere med store sosiale nettverk har bedre helse og er mindre belastet enn de med et mindre sosialt nettverk.
- Sykdomsforløpet til demente gjør at pårørende, særlig ektefeller, kan bli sosialt isolerte: det kan skyldes pasientens økende behov for hjelp og pleie eller at man selv mister gleden av å delta i sosiale sammenhenger.

#### Anbefalinger i forhold til de pårørende

- De pårørende må trekkes inn i prosessen med behandling og tilrettelegging for pasienten og få reell brukermedvirkning
- For å forebygge pårørendes belastninger er det viktig at kommunen tilbyr avlastningsordninger

- Pårørende trenger å motta kunnskap om sykdommen og hvilke aktuelle behandlingsformer som finnes.
- Pårørendeskoler og samtalegrupper som sprer kunnskap og informasjon og gir støtte skal være tilgjengelig i alle kommuner innen 2015.

#### Presentasjon av frivillig sektor

- Frivillighetssentraler, frivillige organisasjoner og eldreentre er sentrale i pleie- og omsorgssektoren.
- Frivillige aktører har mye erfaring på omsorgsområdet, og det anses viktig å ha de med i et utviklingsarbeid.
- Kultur- og kirkedepartementet er koordinator i frivillighetsfeltet.
- Det er ønskelig med et opplæringsprogram for frivillige som ønsker å jobbe med demenspasienter og deres pårørende.
- Det anbefales å iverksette en langsiktig strategi for å øke og heve kvaliteten slik at det frivillige arbeidet kan styrkes.

### **Kunnskapsstatus på eldreomsorgsforskning i Norden**

Szebehely (red.) (2005). Äldreomsorgsforskning i Norden: En kunnskapsöversikt.

Rapporten gir en oversikt over nordisk eldreomsorgsforskning. Den tar for seg både humanistiske og samfunnsvitenskapelige studier, både på det formelle (offentlige) og uformelle området (pårørende og frivilliges aktiviteter). Det ses på hva det forskes på, hvilke metoder som benyttes, og hvilke resultater som foreligger.

#### Metodikk

Studiene som refereres bruker kvantitative metoder (registerdata og data fra spørreundersøkelser) og kvalitative metoder (observasjon, intervjuer og kasusstudier).

#### Resultater

Funnene kan struktureres i syv områder: offentlige tjenester, pårørendes omsorg, Eldres preferanser, frivillighetssektoren, New Public Management, personalets perspektiv og ”kunnskapshull”.

#### Studier av offentlige pleie- og omsorgstjenester.

- Pleie og omsorgstjenesten benyttes av 15 prosent av de eldre i Finland, 26 prosent i Norge og 28 prosent i Danmark og Island.
- I alle nordiske land erstattes institusjoner (sykehjem o.l.) av ulike former for omsorgs- eller seniorboliger
- I Sverige og Finland er hjemmetjenesten halvert de siste to tiårene, og det gir ulikheter mellom de nordiske landene.

#### Studier av pårørendes omsorg.

- Pårørendes omsorg er et viktig bidrag i alle nordiske land.
- Det er viktig både for de pårørende og for de eldre å ha både et privat og et offentlig støtteapparat rundt seg.
- Svenske studier viser at reduksjonen i hjemmetjenester er fulgt av en større innsats blant de pårørende, særlig døtre og hustruer.

#### Studier av de eldres preferanser.

- De fleste eldre ønsker mer enn de pårørendes innsats, spesielt for langvarige pleie- og omsorgsbehov eller intime forhold.
- De fleste eldre foretrekker den offentlige hjemmetjenesten framfor private eller frivillige tjenester.
- Den økte innsatsen blant pårørende i Sverige oppleves som en påtvunget situasjon og er ikke ønsket.

#### Studier av frivillighetssektoren.

- Sektoren består av organisasjoner på statlig og kommunalt nivå, samt ideelle organisasjoner som kirker og pensjonistforeninger.
- Det ser ut til være et økende trykk på frivillige organisasjoner som må ta over oppgaver som kommunen tidligere har hatt.<sup>14</sup>

#### Studier av *New Public Management* (NPM).

- NPM fikk først gjennomslag i svensk pleie- og omsorgstjeneste, men er i størst grad blitt implementert i Danmark.
- I Danmark forekommer private tjenester i "alle" kommuner.
- I Sverige er det private tjenester i 80 prosent av kommunene, og andelen som er ansatt i private foretak eller i frivillige organisasjoner økte fra 3 til 13 prosent fra 1993 til 2000.
- I Norge er det private tjenester i 10 prosent av kommunene.
- I Island og Finland er slike ordninger bare i utvalgte kommuner.

---

<sup>14</sup> Påstanden er ikke dokumentert.

### Studier av pleie- og omsorgspersonalets perspektiv.

- Ansatte i pleie- og omsorgssektoren i alle nordiske land er enige om at arbeidet er meningsfullt og givende, men også at det er fysisk og psykisk utfordrende.
- I Norge og Sverige er deltidsarbeid og usikre ansettelsesforhold klart vanligere sammenlignet med de andre nordiske land.
- I Norden er andelen uten relevant utdanning høyest i Norge.
- Suksesskriterier for pleie- og omsorgsarbeid er: kontinuitet i omsorgsrelasjonen, nok tid til den som skal hjelpes, og nok handlingsrom til individuell tilpassing.
- Utfordringer for pleie- og omsorgsarbeidet er: tidspress, minsket handlingsrom til individuell tilpassing, samt opplevelse av utilstrekkelighet i forhold til hjelpemottakerens behov.

### Områder det bør forskes mer på (kunnskapsmangler)

- Mangel på statistikk som skiller mellom hjemmehjelp i private hjem og i omsorgsboliger.
- Mangel på kunnskap om konsekvenser for brukere og pårørende av økt privatisering og konkurranseutsetting av omsorg.
- Mangel på kunnskap om frivillig og privat omsorg.
- Mangel på kunnskap om betydninger av klasse og etnisitet.
- Kjønn er studert, men man mangler studier som går dypere inn på erfaringer til kvinnelige ansatte i pleie- og omsorgstjenesten og erfaringer til kvinnelige pårørende.

## B. Det kommunale tjenestetilbudet

I denne seksjonen gjennomgås fire forskningsarbeider.

### **Pleie- og omsorgsarbeidernes arbeidshverdag**

Vabø (2008): Omsorgshverdag i Norden - arbeidsgleder, travelhet, ansvarspress.

Artikkelen bygger på en observasjonsstudie og en survey blant pleie- og omsorgspersonale i Norge, Finland, Sverige og Danmark. Artikkelen fokuserer på norske funn for arbeidet i pleie- og omsorgsyirket, både det positive og det negative.

### Metodikk

Observasjonsstudien ga forfatteren (og forskergruppa) et innblikk i sosial kontakt mellom mottaker (eldre og funksjonshemmede) og omsorgsgiver (hjelpepleier, hjemmehjelp, omsorgsarbeider og omsorgsassistent). I surveyen (NordCare) ble 5,000 pleie- og omsorgsarbeidere kontaktet via deres fagforbund. Svarprosenten var 72. Resultatene som legges fram i artikkelen bygger på svarene fra kvinnelige ansatte som jobber med eldre i hjemmebasert eller institusjonsbasert omsorg. For dette utvalget spenner størrelsene fra 704 i Danmark og ned til 483 i Sverige.<sup>15</sup>

### Resultater

*De aller fleste ønsker å fortsette i jobben.* Dette begrunnes med et godt arbeidsmiljø og opplevelsen av å få mye tilbake ved at arbeidet er meningsfullt. Hele ni av ti informanter føler seg høyt verdsatt av den de hjelper.

*Moralsk ansvar fremfor teknisk ansvar.* Formalisering av rutiner er underordnet et relasjonelt omsorgsideal. Observasjonen viste at

---

<sup>15</sup> De fleste respondentene er modne kvinner med solid erfaring fra omsorgsyirket. Omkring 40 prosent er over 60 år, 30-35 prosent er mellom 40 og 60 år, mens 25-30 prosent er under 40 år. Mellom 68 og 77 prosent har jobbet i yrke i mer enn ti år. Forfatteren av artikkelen hevder at personene som har deltatt i undersøkelsen representerer en stabil kjerne i pleie- og omsorgssektoren. Hun påpeker imidlertid at det trolig finnes pleie- og omsorgspersonale som ikke er fagorganisert.

personalet forholdt seg omtrentlig til hjemmetjenestens instruksjoner og regler: de dropper oppgaver som føles overflødige, og gjør i stedet små tjenester som er viktig for de eldre (og ikke planlagte). Det moralske ansvaret bekreftes av spørreundersøkelsen: syv av ti gjør ukentlig noe annet enn det som var planlagt på forhånd for å imøtekomme hjelpemottakernes behov.

*En stor minoritet opplever høyt arbeidspress.* Nesten fire av ti opplever ofte å ha for mye å gjøre, og drøyt fire av ti opplever at de ukentlig mangler folk på grunn av vakanser eller fravær. Det gir seg utslag i at nesten halvparten forkorter/dropper lunsjpauser.

*En av fem opplever å ikke strekke til.* Selv om personalet gjør mye for å gi god omsorgen for de hjelpetrequende, sier 20 prosent i Norge at de ikke strekker til på alle områder. Andelen som opplever utilstrekkelighet er på nivå med de andre nordiske land.

*Sykefravær og det å bytte jobb.* Sykefravær øker med stigende arbeidspress. Av de norske kvinnene er det 27 prosent som oppgir at de har tenkt alvorlig på å slutte i jobben sin. De som opplever høyt arbeidspress ønsker klart oftere å slutte (55 prosent) sammenlignet med de som stresser mindre (12 prosent).

### **Institusjonsorienterte og hjemmebaserte kommuner**

Borge & Haraldsvik (2005): Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner.

Rapporten sammenlikner ressursbruk og tilbud i kommuner med ulik organisering av pleie- og omsorgstjenester: institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte. Man konkluderer med at hjemmetjenesteorienterte kommuner er mest effektive: de bruker mindre ressurser enn de institusjonsorienterte uten at det kan dokumenteres at tilbudet er dårligere.

### Metodikk

Artikkelen bygger på KOSTRA-data fra 2002 for 428 kommuner. Institusjonsorienterte og hjemmetjenesteorienterte kommuner er kategorisert ut fra ”den relative fordelingen av brukere mellom

institusjon og hjemmetjenester”.<sup>16</sup> Det foretas bl.a. regresjoner der det er kontrollert for effekten av variabler som kommunalt inntektsnivå, aldersfordelingen i befolkningen og blant brukerne, samt kommunestørrelse og bosettingsmønster. Det er også brukt data fra Helsetilsynet for antall timer hjelp i hjemmetjenesten.

### Resultater

- Kommunalt inntektsnivå, aldersfordeling og bosettingsmønster virker inn på institusjonsandel.
- Sammenlignet med institusjonsorienterte kommuner har de hjemmetjenesteorienterte: lavere kommunalt inntektsnivå, mer konsentrert bosetning, flere innbyggere, en lavere andel eldre i befolkningen, en høyere andel yngre brukere (under 67 år) og en lavere andel eldre brukere (80 år og over).
- Sammenlignet med institusjonsorienterte kommuner finner vi at de hjemmetjenesteorienterte: har flere årsverk per beboer i institusjonsomsorgen og gir brukere av hjemmehjelp flere timer praktisk bistand og hjemmesykepleie
- De hjemmetjenesteorienterte kommunene har også tyngre brukere i institusjonsomsorgen fordi lav institusjonsdekning gjør at det kun er plass til de tyngste brukerne i institusjon.

### **Variasjoner i pleie- og omsorgstjenester i kommune-Norge**

Otterstad (2004): *Det typiske for norsk eldreomsorg er ulikhet.*

Artikkelen bygger på registerdata fra SSB. Målsettingen er å vise at kommunestørrelse har en systematisk effekt på forbruksmønsteret av pleie- og omsorgstjenester.

### Metode

Data som benyttes dekker norske kommuner i 2000. Sentrale variabler er kommunestørrelse (SSBs inndeling i syv grupper etter folketall), institusjonsdekning (antall institusjonssenger pr 100 innbyggere, 80 år eller eldre) og dekning i hjemmetjenesten (antall årsverk pr 100 innbyggere, 67 år og eldre).

---

<sup>16</sup> Forfatterne understreker at institusjonsorienterte kommuner kan ha høy hjemmetjenestedeckning og vise versa. Men institusjonsandelen er en naturlig indikator på organiseringen av pleie- og omsorgstjenesten siden institusjons- og hjemmetjenestedeckning sier mer om omfanget av sektoren enn om organiseringen.



## Resultater

Det er flere funn knyttet til kommunestørrelse i denne artikkelen. Det belyses bl.a. skjevheter i dekningsgrad utjevnes noe når man ser institusjoner og hjemmebaserte tjenester i sammenheng.

- De minste og største kommuner har høyere institusjonsdekning enn de middels store kommunene (10,000-49,999 innbyggere).
- De minste (-1,999 innbyggere) og større kommunene (30,000+ innbyggere) hadde lavest dekning av hjemmebaserte tjenester.
- Kommuner i midten synes å være mest kostnadseffektive: kommunegruppen med 20,000-29,000 innbyggere har lavest dekning av institusjonsplasser uten at dette kompenseres ved et særlig høyere forbruk av hjemmebaserte tjenester.

## **Implementering av nye arbeidstidsordninger**

Gautun (2002): Når fleksibilitet fremmer felleskap - evaluering av 3 ulike arbeidstidsordninger innen pleie- og omsorgssektoren.

Rapporten presenterer et prosjekt med mål om å finne fram til ordninger som: skaper mer attraktive arbeidsplasser innen pleie- og omsorgstjenestene, gir brukerne bedre tjenester, og bidrar som et gode for virksomheten som helhet.

## Metodikk

Prosjektet vurderte fire kommuners erfaringer med ulike arbeids- og turnusordninger i pleie- og omsorgstjenesten.

## Resultater

Det trekkes frem seks kriterier for en positiv gjennomføring av nye arbeidstidsordninger.

- Lokalt utviklede og tilpassede ordninger er viktig.
- Ildsjeler er viktige for å få nye ordninger til å bli vellykket.
- De ansatte må være med å initiere/utforme prosessen med en ny turnus- eller arbeidstidsordning.
- Det bør brukes tid på diskusjon med ansatte.
- Lov/avtaler må følges for at ansatte skal godta nye ordninger.
- Gode samarbeidskulturer er en nøkkel til suksess.

## C. Pårørende

I denne seksjonen gjennomgås to rapporter.

### **Yrkesaktive som omsorgsgivere**

Gautun (2008): Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma.

Rapporten er en del av publiseringen i forskningsprosjektet *Liv og arbeid – mulighetenes arbeidsliv for alle?* Målet med prosjektet er å gi kunnskap som kan være med på utforming av en politikk for et arbeidsliv som gir nye muligheter til gode og lange yrkeskarrierer. Her ses det bl.a. på hvor vanlig det er for eldre arbeidstakere å havne i klemma mellom omsorgsforpliktelser og jobb og støtten som gis av det offentlige og arbeidsgiver.

### Metodikk

Rapporten bruker data fra den landsrepresentative Omsorgs- og arbeidsundersøkelsen av 2007. Her ble rundt 900 personer spurt om forpliktelser og utfordringer i og utenfor jobb, som det å ta vare på foreldre som blir gamle og hjelpetrengende. Svarprosenten var 47. Det brukes også data fra en undersøkelse blant Fagforbundets medlemmer av 2008.<sup>17</sup> Her ble rundt 800 personer spurt om jobb og familiesituasjon. Svarprosenten var 44.

### Resultater

Vi skiller mellom resultater for Omsorg- og arbeidsundersøkelsen og resultater for Liv- og arbeidsundersøkelsen (fagforbundet).

#### Resultater fra Omsorgs- og arbeidsundersøkelsen av 2007

- 50 prosent har en eller to foreldre i live.
- 70 prosent av de yrkesaktive med en eller to foreldre i live gir praktisk hjelp og/eller pleie til sin(e) foreldre.
  - Rundt 30 prosent bruker fridager til å hjelpe sine foreldre.

---

<sup>17</sup> I Fagforbundet er 80 prosent av medlemmene kvinner og halvparten er over 50 år. I underkant av halvparten av medlemmene jobber innen helse- og sosialsektoren, og de fleste jobber i kommunal sektor. Et mindretall av medlemmene er høgskole- og universitetsutdannet.

- Rundt 20 prosent har brukt egenmelding, vært sykemeldt eller avspasert for å hjelpe foreldre.
- Rundt 50 prosent av de som gir omsorg/pleie til foreldre er i situasjoner der det er vanskelig å kombinere jobb og omsorg.
- Få har forlatt arbeidslivet helt pga. av omsorgs- og pleiansvar.
- De pårørende etterlyser støtte fra det offentlige og arbeidsgiver.
  - Rundt 70 prosent er positive til å være borte fra jobb enkelte dager for å ta vare på sine foreldre.
  - Mer enn 50 prosent ønsker mer fleksibel arbeidstid.
  - Nesten 40 prosent vil si "ja" til en ordning med betalt permisjon inntil ett år for å gi omsorg til foreldre.

#### Resultater fra Liv- og arbeidsundersøkelsen av 2008

- 40 prosent har opplevd sykdom i familien i det siste året.
  - 17 prosent har opplevd sykdom hos mor og/eller far.
  - 13 prosent har opplevd sykdom hos ektefelle.
  - 7 prosent har opplevd sykdom hos svigerforeldre.
- 40 prosent av de som har opplevd sykdomssituasjoner i familien har brukt egenmelding/sykemelding for å få hjulpet den syke.
  - Flere kvinner enn menn bruker sykelønnsordningen og permisjon for å stille opp for andre i familien.
  - Flere heltidsansatte enn deltidsansatte bruker sykedager/ permisjonsdager for å stille opp for familiemedlemmer.
- Nesten 60 prosent ønsker å førtidspensjonere seg.
  - 30 prosent vil det for å hjelpe foreldre/svigerforeldre.
  - 11 prosent ønsker det for å hjelpe syk ektefelle/samboer.
- Nesten 50 prosent mener at rett til fridager vil gjøre det enklere å kombinere arbeid med sykdom i familien.
  - Flere kvinner enn menn ønsker seg rett til fridager
- De med høy utdanning føler seg hardest presset på jobb når det oppstår sykdom i familien, mens de med lav utdannelse opplever størst press fra familien.

#### **Å leve med demensrammede**

Ingebretsen & Solem (2002): Aldersdemens i parforhold.

Dette er en undersøkelse om hvordan ektefeller av demente opplever sin livssituasjon. Den gir innblikk i kampen om å klare omsorgsoppgaver og hvordan man prøver å bevare forholdet gjennom partnerens demensutvikling.

## Metodikk

Utvalget for studien er 28 ektepar fra Hukommelsesklinikken ved Ullevål sykehus. Kriterier for utvelgelse var tidlig fase av demensutviklingen, at ektefellene bodde sammen i sitt eget hjem, og at informantene var villige til å delta i et prosjekt som skulle gå over flere år. Omsorgsgivende ektefelle er primærinformant, men også 10 partnere med demens er intervjuet alene og sammen med ektefelle. I perioden 1995-2000 er det foretatt 95 intervjuer.

## Resultater om omsorgsgivers hverdag

*Belastninger:* Et flertall av informantene (20 stk) syntes at de opplever en høy grad av psykiske belastninger. Det handler om å ikke kunne gjøre ting sammen med partner, snakke med partner, å få for lite tid til seg selv, samt dårlig samvittighet fordi en ikke alltid greier å vise tålmodighet og forståelse. En del informanter (11 stk) oppgir fysiske belastninger ved stell og pleie. Noen færre (9 stk) forteller at de opplever høy grad av sosiale belastninger (ensomhet eller å være brydd om partner er med i sosiale lag).

*Tapsreaksjoner:* Reaksjoner som oppstår er benekting av situasjonen, protest eller sinne eller depressive reaksjoner.

*Mestringsstrategier:* Det å kunne spille på et utvalg av mestringsstrategier synes å være positivt for å takle utfordringer i hverdagen. Forfatterne finner at ektefellene setter partners behov først og i mindre grad søker støtte og trøst hos andre personer.<sup>18</sup>

*Helse:* Blant de 28 informantene i utvalget var det bare fire som oppgav at de var friske og spreke uten helsemessige plager. De andre hadde ulik grad av helseproblemer. 19 informanter mente at det å hjelpe partneren gikk ut over deres egen helse.

---

<sup>18</sup> De fleste ektefellene (21-23 stk) tar i bruk følgende strategier i demensforløpet: relasjonsorientert i forhold til partner (forholde seg på måter som ikke virket negativt på partneren og på forholdet); problemorientert i forhold til partner (finne praktiske ordninger på hverdagen); og emosjonsorientert mestring (omfortolke situasjonen slik at den blir mindre følelsesmessig belastende). Det er også en del som (12 og 17 stk) som synes å ta i bruk disse strategiene: problemorientert i forhold til egne behov (tar hensyn til egne behov); og relasjonsorientert i forhold til andre (søke trøst og støtte hos andre).

*Kjønn:* Det var forskjeller ut fra omsorgsgivers kjønn. Kvinner legger noe mer vekt på fysisk nærhet og følelsemessig støtte, mens det for menn er en tendens til å være mer kontrollerende og ta over styringen for sin demente partner. Noen menn fant at det å være omsorgsgiver for kona var en ny arena i livet deres. For kvinnene var det mange som opplevde å bli slitne og utbrente og kjente seg utilstrekkelige og nedfor.

*Opplevelse av relasjonen:* I par-relasjonen er det fire typer av ”kontraktsbrudd”. Det gjelder forventning om: a) at partneren skal være en støtte og se ens egne behov, b) at forholdet skal være preget av en fast struktur og klare grenser uten sterk følelsemessig nærhet, c) at vi’et skal stå overordnet i forholdet, og d) dialog og samspill slik det er i et forhold mellom to selvstendige individer

*Tilpasning:* De fleste av ektefellene har greid de hverdagslige utfordringene og har bevart eller gjenopptatt sitt sosiale liv. Fire personer viste tydelige tegn på svak tilpasning.

*Negative personlige konsekvenser:* Flere opplever å bli hemmet: de er mer ufrie og må tilpasse seg etter partnerens behov og følelsemessige reaksjoner. Halvparten nevner i minst ett intervju, at de kjenner seg igjen i følelsen av ”å gå i stykker”, dvs. å føle at man mister sin integritet og identitet. Noen få mister også evnen og viljen til å ta initiativ og blir depressive.

*Intervensjoner i parforhold:* I forhold til ektefellen er det viktig å tilby støtte og tiltak som er fleksible og tilpasset deres behov i demenssykdommens utvikling. Ektefeller vil ha behov for både psykologisk og fysisk støtte i form av praktisk tilrettelegging i hverdagen. Studien foreslår at det også kan være nyttig med både gruppesamtaler for følelsemessig bearbeiding, samt individuelle samtaler for de som lever i parforhold med demens.

## D. Mottakerne

Denne seksjonen gjennomgår tre forskningsarbeider.

### **Boliggjøring og brukertilfredshet**

Romøren (2008): Tre ”boliggjorte” kommuner.

Artikkelen kan brukes til å diskutere endringer i brukertilfredshet. Gjennom utviklingen i tre kommuner ses det på: a) bakgrunnen for en forskyvning fra institusjonsdrift til hjemmetjenestedrift når det gjelder heldøgns omsorg og b) hva man har oppnådd i forhold til brukertilfredshet (mottakere og pårørende).

### Metodikk

Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i NOVAs studie NorLag og data fra perioden 2002 til 2007. Rundt 5,500 personer i alderen 40-79 år fra 32 kommuner er intervjuet i 2002/2003, og nær 4,200 ga ytterligere opplysninger via et spørreskjema.

Materialet kan også analyseres med 32 kommuner som enhet.<sup>19</sup> I tre kommuner er det boliggjøring gjennomført og det er etablert demenskollektiv, sykehjemsalternativ og omplanting. I de tre boliggjorte kommunene er det foretatt brukerundersøkelser i 2005/06 med deltakelse fra beboere i institusjon, deres pårørende og brukere av hjemmetjenester.

### Resultater

Samlet sett konkluderer artikkelen med at boliggjøring slik forfatteren har definert det ser ut til å ha lite eller begrenset omfang. Boliggjøring synes å være en krevende form for struktur. Vi skal også kommentere to andre funn.

Det første funnet kommer av analysen av de 32 kommunene: Selv om små kommuner tilbyr nesten dobbelt så mange plasser i

---

<sup>19</sup> Kommunene som deltar i NorLag er stratifisert etter region og innbyggertall. Fem regioner deltar; Oslo-regionen, Innlandet, Sørlandet, Midt-Norge og Nord-Norge. Utvalget består av ti små (900- 2700 innbyggere), ni middels store (4500-12500 innbyggere) og 13 store kommuner (18 000 – 77 000 innbyggere).

institusjon som middels og store kommuner så hevder forfatteren at det er slående små forskjeller. Han kommenterer også at lokale forhold (økonomi, kultur, geografi og historie) virker inn på utforming av omsorgs- og pleietjenesten i kommunen.

Det andre sett med funn er knyttet til brukerundersøkelsene. De fleste brukere og pårørende er fornøyde ut fra indikatorer som trivsel, brukervedvirkning og respektfull behandling. Forfatteren kommenterer imidlertid at det er vanskelig å se en tydelig sammenheng mellom boligging og brukertilfredshet i de tre kommunene, men at det er et lite skille mellom de to kommunene hvor boligging har foregått i lengre tid, og den tredje kommunen hvor boliggingen er av relativt nyere dato.

### **Hjelp til hjemmeboende personer med demens**

Lystrup, Lillesveen, Nygaard & Engdal (2006): Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens.

Artikkelens formål er å presentere funn om tjenestetilbudet til personer med demens som bor i eget hjem. Undersøkelsen ser på hvordan hjelpen gis, hvor mange hjelpere som er delaktige per pasient og hvor mye tid som brukes på hjelp og tilsyn.

#### Metodikk

Undersøkelsen tar for seg hjemmetjenesten i 24 små og store kommuner i ni fylker. I kommunene er instrumentet "Klinisk demensvurdering" brukt til å vurdere personer som lege har fastsatt har en (mulig) demenslidelse. Av 491 personer som ble forespurt takket 460 personer ja til deltakelse. Pasientenes gjennomsnittsalder var 82 år.

Data ble hentet inn ved at hjelpetiltak, antall hjelpere, hjelpernes utdanning og tidsbruk ble registrert i sju sammenhengende dager i tjenstemottakernes hjem. Forfatterne understreker at studien ikke er representativ for alle landets kommuner, men at det er rimelig å anta at studien gir noen holdepunkter for hvordan hjemmeboende personer med demens får hjelp i sin hverdag.

## Resultater

Studien viser flere spennende funn knyttet til sammenhenger mellom det å ha fått en demensdiagnose, grad av demens, tidsbruk og type hjelpetiltak.

- Personer med diagnostisert demens fikk ikke mer eller oftere hjelp enn personer uten denne diagnosen.
- Flere hjelpere var involvert hos personer med demens som mottok offentlig hjelp.
- Mange pasienter fikk ikke hjelp til nødvendig assistanse, slik som innkjøp (89 prosent), hjelp rundt middagsmåltid (55 prosent) og hjelp med bading/dusjing (42 prosent).
- En liten gruppe pasienter mottok hjelp til gjøremål som de egentlig kunne ha utført selv. Dette kan ha sammenheng med at hjelpen som tilbys er preget av rutiner uten at det foreligger en individuell vurdering (eventuelt at det tar for lang tid å oppmuntre pasienten til å gjøre oppgaven selv).
- Pårørende tar ofte på seg oppgaver som er av økonomisk eller sosial art, mens hjemmehjelps- og hjemmesykepleietjenesten tar seg av daglige aktiviteter (spising, påkledning, bading).
- Pasienter uten pårørende i nærheten er overlatt til seg selv det meste av døgnet.

## **Eldre og ensomhet**

Thorsen (2005): Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid.

Artikkelen ser nærmere på utviklingen av antallet personer som opplever å være ensomme eller sosial isolerte. Forfatteren estimerer også at andelen ensomme vil øke i årene som kommer fordi det blir flere eldre (og dermed flere aleneboende). Forfatteren mener at pleie- og omsorgstjenesten må ta innover seg at praktisk hjelp i hverdagen ikke er nok: det må også gis tid og rom for å ivareta sosiale og emosjonelle behov.

## Metodikk

Data er hentet fra SSBs Levekårsundersøkelser og NorLag. Begge er beskrevet tidligere. I NorLags undersøkelse ble det



brukt ulike mål på ensomhet, mens i Levekårsundersøkelsen var indikatoren på ensomhet: ”Hender det at du opplever ensomhet?”.

### Resultater

Vi skiller mellom resultater fra Levekårsundersøkelsen og resultater fra NorLag.

#### Resultater fra Levekårsundersøkelsen

- Fra 1980-tallet er det færre sosialt isolerte mennesker i Norge:
  - Kraftig nedgang i andelen av den voksne befolkningen som manglet en fortrolig venn fra 1980 til 2002 (fra 27 prosent til 14 prosent).
  - Kontakten med familie har vært stabil i perioden, men eldre mennesker som bor alene ser ut til å ha fått bedre kontakt med sine barn.
- Tallene for 2002 forteller følgende:
  - Rundt 20 prosent av den voksne befolkningen var litt plaget av ensomhet de siste 14 dagene, mens 6 prosent var mye plaget.
  - Enker, enkemenn og skilte av begge kjønn er oftere ensomme enn gifte, samboende eller ugifte.

#### Resultater fra NorLag

- 32 prosent i aldersgruppen 40-79 år oppgir at de ofte eller av og til opplever ensomhet.
  - Personer med dårlig helse er mer ensomme enn personer med god helse.
  - Gifte er mindre ensomme enn enker og enkemenn.
  - Kvinner er noe oftere ensomme enn menn.
- Når forholdet mellom alder og ensomhet ses på i forbindelse med andre faktorer kommer det frem at det ikke er alderen i seg selv som er årsaken til ensomhet, men risikoen de eldre har for dårligere helse og tap av ens nære eller ektefelle.
  - Dårlig psykisk helse slår sterkest ut for ensomhetsfølelsen.
  - På en god nummer to kommer faktoren ”å bo alene”.
  - Ensomhet er mest utbredt i alderen 40-59 år.



## Vedlegg 2. Beregning av konfidensintervaller

Noen regneøvelser kan hjelpe oss et stykke på vei til å anslå noen sikkerhetsintervaller for pleie/hjelp til voksne i eget hushold og hjelp til andre husholdninger.

Det første vi ser på er antallet som utfører pleie/hjelp til voksne i eget hushold og gir hjelp til andre hushold. Tas det høyde for utvalgsstørrelsen (ca. 3000), prosentandeler (5-11 prosent) og et 95 prosent konfidensintervall, kan en anslå feilmarginer på rundt +/- 1 prosent (0,8 for en andel på 5 og 1,1 for en andel på 11). Vi får følgende intervaller for antallet i populasjonen:

- Pleie til voksne i eget hushold i 1980: 120,000-166,000.
- Pleie til voksne i eget hushold i 1990: 187,000-243,000.
- Pleie til voksne i eget hushold i 2000: 134,000-184,000.
- Hjelp til andre hushold i 1980: 201,000-257,000.
- Hjelp til andre hushold i 1990: 304,000-372,000.
- Hjelp til andre hushold i 2000: 224,000-286,000.

Det andre vi ser på er antall timer i året som brukes til pleie/hjelp. Et intervall rundt utvalgsgjennomsnitt på +/- 2 minutter daglig illustrerer relativt kraftige utslag i timer til pleie og hjelp per år:

- Timer pleie til voksne i eget hushold i 1980: 322-346 timer.
- Timer pleie til voksne i eget hushold i 1990: 268-292 timer.
- Timer pleie til voksne i eget hushold i 2000: 213-237 timer.
- Timer hjelp til andre hushold i 1980: 572-596 timer.
- Timer hjelp til andre hushold i 1990: 481-568 timer.
- Timer hjelp til andre hushold i 2000: 554-578 timer.

ØF-rapport 11/2009  
**Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen**

Denne rapporten handler om organiseringen av hjemmetjenesten/omsorgstjenesten. Den ser på ulike aktører som det formelle pleie- og omsorgsapparatet (offentlig/privat) og det uformelle omsorgsapparatet (familie, venner og frivillige organisasjoner). Rapporten bygger blant annet på individuelle intervjuer med pårørende til demenspasienter, statistiske analyser basert på SSBs tall for pleie- og omsorgssektoren og en litteraturstudie med fokus på empirisk forskning.

ISBN: 978-82-7356-655-3