


Sykehjemmenes rolle i fremtidens eldreomsorg

 Professor emeritus Peter F. Hjort, Universitetet i Tromsø

Sosial- og helsedepartementet har utgitt en stor, grundig og god rapport om «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» (1). Den stiller opp tre modeller for fremtidens sykehjem:

1. Institusjon for medisinsk behandling og korttidsopphold
2. Institusjon som i dag
3. Sykehjem som utvidet institusjonsbegrep.

Sterke interesser i kommunene og i Kommunenes Sentralforbund ønsker modell 1. Etter denne modellen skal all langtidspleie tas hånd om i boliger av hjemmetjenestene, dvs. den skal «boliggjøres».

I planene for eldreomsorgen har det vært enighet om at de gamle bør få bo hjemme «så lenge som mulig», selv om det er uenighet om hvem som skal avgjøre hvor lenge det er mulig – den gamle selv, de pårørende eller kommunen. For å klare seg hjemme, skal de gamle tilbys nødvendig hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

Når den gamle ikke lenger klarer seg hjemme, må hun få tilbud om mer og bedre omsorg og pleie. De siste ca. 15 årene har det foregått en ofte sterkt følelsesladet debatt mellom to syn på dette tilbudet:

- Det ene synet er «boligsynet». Da flytter den gamle til en tilrettelagt omsorgsbolig og får den nødvendige service fra hjemmetjenestene
- Det andre synet er «sykehjemssynet». Da flytter den gamle til et sykehjem som gir den nødvendige medisinske behandling, pleie og omsorg.

Egentlig burde det ikke være tvil om at vi trenger begge tilbud i

omsorgskjeden, og diskusjonen burde ikke dreie seg om boliger *eller* sykehjem, men om balansen mellom dem. Men diskusjonen har fått sterke ideologiske overtoner, og tilhengerne av boligsynet hevder ofte at alle – eller iallfall nesten alle – sterkt pleie- og omsorgstrengende gamle skal plasseres i omsorgsboliger. Begrunnelsen er ideologisk: det er en menneskerett å ha egen bolig. Det er imidlertid liten tvil om at et sterkt underliggende – men ofte ikke nevnt – argument er økonomien, og en regner med at boliger er billigere enn sykehjem. Modell 1 i sykehjemrapporten representerer etter mitt skjønn det helt ekstreme boligsynet: *alle* langtidsopphold skal foregå i boliger.

Det er viktig å klargjøre grunnlaget for de to synene, og det forsøker jeg å gjøre i tabellen, som delvis er hentet fra en dansk bok om

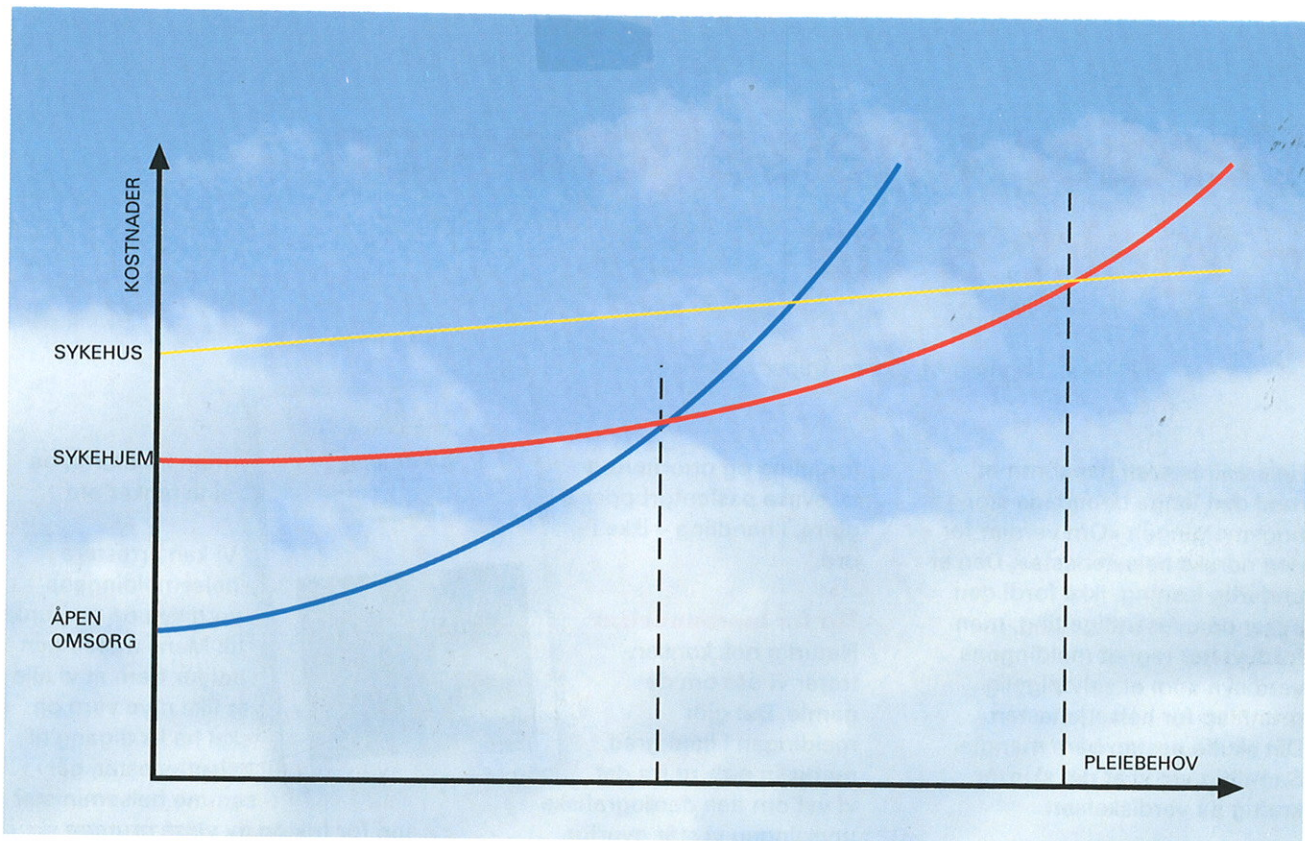
de «svækkede eldre» (2). Jeg starter med forskjellene i ord og begrep. Tilhengerne av boligsynet omtaler den skrøpelige gamle som beboer eller bruker, av og til også som klient, konsument eller kunde. Tilhengerne av sykehjemssynet bruker konsekvent ordet pasient.

Etter boligsynet er den Eldres autonomi – selvbestemmelsesrett – avgjørende. Den gamle skal selv få avgjøre hva hun trenger av service, treffe sine egne valg og inngå skriftlige kontrakter med hjemmetjenestene i kommunen. Dette synet forsetter selvfølgelig at den gamle kan og vil treffe slike valg og på dette grunnlag forhandle med kommunene om den service hun trenger. Etter sykehjemssynet er det mange pleie- og omsorgstrengende gamle som verken kan eller vil treffe slike valg – jf. at ca. 70 prosent av dagens sykehjemspasienter er demente (3).

	Omsorgsbolig	Sykehjem
Den eldre er:	Beboer, bruker, klient, kunde	Pasient, medmenneske
Den eldre trenger:	Avtalt service	Kontinuerlig behandling, pleie og omsorg
Den eldre kan og vil velge selv:	Ja	Bare delvis ja, eller nei
Tjenestens perspektiv:	Kortvarige, målrettede atskilte (fragmenterte) upersonlige serviceoppgaver	Stabil og varig, helhetlig og personlig omsorg
Dødspleie:	Dårlige muligheter	Gode muligheter

Tabell 1: De to alternativene for omsorg for de skrøpeligste gamle.





Figur 1: Prinsippkisse.

Deres behov er ikke service, men omsorg.

Det er viktig å tenkte grundig igjennom forskjellene mellom service og omsorg. Service er i prinsippet en oppsplittet serie av konkrete tjenester, så konkrete at de kan kontraktfestes. Omsorg er derimot personlig, sammenhengende og kontinuerlig. Forskjellen blir enda tydeligere når en ser på den menneskelige kontinuitet i hjemmetjenestene og i sykehjemmene. Pleietrengende eldre som har daglig hjelp av hjemmesykepleien skal ikke ha hatt denne tjenesten så mange måneder før de har hatt mange fremmede mennesker – kanskje 50 eller flere – i hjemmet sitt. Resultatet blir en effektiv og vennlig, men upersonlig service, «en pleie uten navn og ansikt». Jeg tror at dette problemet er omtrent uløselig i de fleste kommuner. Sykehjemmene sliter også med kontinuiteten, men den er som regel langt bedre enn i hjemmetjenestene.

Disse synspunktene blir enda tydeligere og viktigere i dødspleien. I 1995 døde ca. 16.500 mennesker (36 prosent av alle dødsfall) i alders- og sykehjem. Etter modell 1 skal

disse dødsfallene enten foregå i boligene, eller beboeren må flyttes over i sykehjem så kort tid før døden at dødspleien blir et korttidsopphold. Etter mitt skjønn er begge alternativ uakseptable, fordi mennesker i livets slutfase skal ha kontinuerlig og personlig pleie, behandling og omsorg fra så få personer som mulig. Å flytte et døende menneske til en korttidsinstitusjon er i mine øyne en umenneskelig tanke.

Jeg vil også nevne at det økonomiske argument er tvilsomt. I over 20 år har vi visst at åpen omsorg er det dyreste alternativet ved høyt pleiebehov – se fig. 1, som ble publisert i 1978 (4). Det finnes selvfølgelig en utvei til å redusere disse kostnadene i den åpne omsorg, og det er å gi mindre og dårligere omsorg – omtrent som renholdsutgiftene i skolene kan reduseres ved å godta dårligere renhold. Dessverre har jeg møtt mange eldre som har opplevd for dårlig omsorg i omsorgsboligene.

For meg er konklusjonene klare:

1. Modell 1 i sykehjemsrapporten (1) må forkastes

2. Striden mellom de to syn på eldreomsorgen bør avblåses. Det er ikke spørsmål om enten omsorgsbolig eller sykehjem, men om balansen mellom dem
3. I stedet bør vi konsentrere oss om den langt viktigere diskusjonen, nemlig om den medisinske, pleiemessige og menneskelige kvalitet i eldreomsorgen.

Referanser

1. Sosial- og helsedepartementet: Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport 1999.
2. Hjort-Hansen J, Høeg D. (1999): Modeller og rammer for omsorg. Udviklingstendenser i eldreomsorgen. I: Fromholt P, Hjort-Hansen J., Høeg D., Viidik A. (red.): *Svækkelse i alderdommen. Omsorg og etik i svækkelsesforløpet*. Frederikshavn: Dafolo Forlag.
3. Eek A, Nygård Aa-M (1999): *Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner*. Sem: INFO-banken.
4. Grund J. (1978): Perspektivanalyse for eldreomsorgen fram til 1990. Alternativer og forslag til en samlet plan. Oslo: NAVFs gruppe for helse-tjenesteforskning. Rapport nr. 4, 1978.

