
Eldreomsorg i Oslo og Toulouse – alle veier fører til (ene)Rom?

KOMMENTAR OG DEBATT

OLAV HEEN

Bydelsadministrasjonen
Bydel Helsfyr-Sinsen
Postboks 6334 Etterstad
0604 Oslo

Toulouse og Oslo avviker ikke i særlig grad i størrelse og befolkningssammensetning, men mens Oslo sliter med å gi adekvate tilbud til sin aldrende befolkning, er helsekøer, også for eldre, et nærmest ukjent begrep i Toulouse og i Frankrike generelt. Riktignok er det der et komplisert byråkrati med hensyn til fordeling av ressurser mellom f.eks. helsesektoren og sosialtjenestene og store sosiale forskjeller. Den pleietrengende mann og kvinne slipper likevel oftest å vente i ukesvis i sitt hjem eller i en sykehuskorridor på en tilrettelagt plass i omsorgsbolig, servicehjem eller annen institusjon. Til tross for liten samordning er det stor vilje og kapasitet til å gi pleie i hjemmet til livets slutt. Vi finner en grunnholdning blant pleiepersonell i forhold til å ivareta den enkelte brukers behov og ønsker som er tankevekkende. I den grad det oppstår konflikt mellom den gamles ønsker og det tilbud som blir valgt, skyldes det gjerne økonomiske vurderinger hos pårørende. Et system med stor grad av egenbetaling og etterskuddsvis refusjon fører til at det franske lagdelte samfunn forplanter seg inn i eldreomsorgen. Det finnes flere private aktører og stiftelser enn offentlige, og tilbudene og variasjonene når det gjelder institusjonsplasser er mange.



Toulouse

Byen er hovedsete i fylket (département) Haute-Garonne, som sammen med sju andre fylker utgjør regionen Midi-Pyrénées. I 1990 bestod det urbane området Toulouse (l'agglomération toulousaine), av Toulouse kommune med sine 47 bydeler (quartiers) og 57 randkommuner (1). Til tross for at disse beholder sin status som egne kommuner smelter de etter hvert så mye sammen med kjernen at det ikke blir andre skiller tilbake enn et skilt i veikanten. Inne i Toulouse kommune opereres det med begrep som bydeler (quartiers), uten at disse har status som kommunale enheter, slik som i Oslo. I det følgende gjelder, hvis ikke annet nevnes, sammenliknbare størrelser i Oslo og Toulouse kommuner uten randkommuner. I motsatt fall måtte f.eks. Asker, Bærum og Rælingen regnes som en del av Oslo.

Det urbane Toulouse hadde i 1990 en befolkning på 650 336 innbyggere med 358 688 i selve Toulouse og 291 648 i randkommunene (1). (Tall fra 1990, resultatene fra den siste folketellingen fra 1999 var ennå ikke frigitt da artikkelen ble skrevet.)

Personer over 70 år utgjør 8,6 % av befolkningen, totalt sett, men kommer i enkelte bydeler opp i 15 %. Den eldste befolkningen finnes i de sentrale, gamle bydeler og i randkommunnene. I randkommunene bor mange i aldersinstitusjoner som ble bygd der i forbindelse med at det urbane området

ble utvidet og nye utbyggingsområder fristilt. Det er i de sentrale bydeler vi fortsatt finner boliger som ikke er tilpasset dagens standard, selv om de ofte er store.



Oslo

Per 1.1. 1997 var 14,8 % av Oslos befolkning over 67 år (2). Siden har folketallet oversteget 500 000 og prosentandel eldre sunket litt, men ubetydelig. I enkelte bydeler i Oslo kommer andelen eldre over 67 år opp i 25 %. I de samme bydelene er antall enehusholdninger svært høyt, 57 – 68 % av befolkningen over 18 år. Der er spesielt mange enslige kvinner, ca. 70 % av dem over 80 år (3). Hvis man ser på andelen eldre over 67 år, som bor i institusjon, er den over dobbelt så høy som i Toulouse. (Det må tas et forbehold ved at tallene fra Toulouse er fra 1990, men foreløpige resultater fra siste telling ser ikke ut til å gi store endringer.) Justert for ulik aldersgruppering ser vi at Oslo, som helhet, har en eldre befolkning enn Toulouse. Bare i enkelte bydeler i Toulouse kommer andel eldre over 70 år opp i 15 %. For Toulouse kommune i snitt er andelen 10 %.

Det at andelen eldre som bor i institusjon er over dobbelt så høy i Oslo som i Toulouse, betyr at de eldre der blir boende lenger i eget hjem. Tendensen gjenspeiles ved at disponible senger i institusjon er betydelig større i Oslo enn i Toulouse (tab 1) (4).

Tabell 1

Demografisk oversikt med vekt på den eldre befolkning (2 – 4)

	Totalbefolkning	Andel enslige (%)	Personer over 70 år	Andel eldre i institusjon (%)	Antall senger/100 personer over 75 år
Toulouse 1990	358 688	41,1	55 800	4	7,3

	Totalbefolkning	Andel enslige (%)	Personer over 70 år	Andel eldre i institusjon (%)	Antall senger/100 personer over 75 år
Oslo 1990	458 364				
Oslo 1998	499 693	28,9	60 791	8,6	

Økonomiske forutsetninger

Eldreomsorgen i Frankrike, slik som resten av helse- og sosialtjenestene, er finansiert over to ulike budsjetter og adminstrert av to ulike direktorater. Helsedelen utgjorde 9,8 % av bruttonasjonalproduktet, eller 813 milliarder franske franc (1 016 milliarder norske kroner) i 1997 (5). Dette skal bl.a. dekke utgifter til offentlige lege- og sykepleietjenester, i og utenfor sykehus, og rammetilskudd til pleiepasienter i aldersinstitusjoner. Utgiftene på sosialbudsjettet utgjorde i 1996 30 % av BNP eller 2 360 milliarder franc (2 950 milliarder kroner). Herunder ligger utgiftene til diverse trygdeordninger, inkludert syketrygd, som har økt sterkt de siste årene.

Midler til sosial- og helsetjenester bevilges i Norge over statsbudsjettet. Budsjettet for Sosial- og helsedepartementet var i 1998 på 152 milliarder kroner, herav gikk 125 milliarder til folketrygden. Departementet forvalter ca. 1/3 av statsbudsjettet. Beregninger gjort i 1996 viste at de samlede statlige, fylkeskommunale og kommunale utgifter til pleie, omsorg, helse og pensjoner, utgjorde ca. 250 milliarder kroner (6).

I Norge er det en todeling på ministernivå med én helse- og én sosialminister. Skillet mellom helse- og sosialbudsjett, når det gjelder eldreomsorg, viskes imidlertid ut på kommunenivå og, i Oslo, på bydelsnivå. Tendensen går i retning av å organisere eldreomsorgen i en pleie- og omsorgsavdeling eller seksjon, og la denne ha budsjettansvar for alle tjenester til de eldre i og utenfor institusjon, selv om enkelttjenester er hjemlet i annet lovverk. Sykehustjenester er et fylkeskommunalt ansvar.

I Frankrike finnes også to offentlige finansieringsordninger, men det er skarpere skiller mellom hva som finansieres over sosialbudsjettet og hva som finansieres over helsebudsjettet. Skillet markeres helt ned på førstelinjenivå. Sosiale tjenester er finansiert på fylkeskommunalt nivå og ytes etter prøvd behov. Finansieringsmåten er knyttet direkte til tjenesten, slik at f.eks. i en aldersinstitusjon kan deler av oppholdsutgiften, fonction hôtelière, være dekket over sosialbudsjettet, mens medisinsk tilsyn dekkes eller refunderes over helsebudsjettet. Mat, seng, renhold og aktiviteter er sosiale ytelser, mens legen og sykepleieren tilhører helsetjenesten. Dette likner selvfølgelig i noen grad på vår egen ordning med ulike betalingsformer for f.eks. legebesøk i et aldershjem og i et sykehjem. Men på grunn av et rendyrket system med to- eller tredelt finansiering kan imidlertid utslagene bli større i Frankrike. Der hvor det er etablert en pleiesektor, section de cure médicale, er ofte denne budsjettert som en rammebevilgning basert på kurdøgn. Beløpet er for tiden ca. 200 kroner per

pasient per døgn. For dette beløpet skal det ansettes pleiepersonell og kjøpes inn medikamenter og annet materiell. De reelle utgiftene kan lett komme til å overstige bevilgningene. Det kan derfor være i institusjonens interesse å definere oppholdet som et sosialt botilbud og la sykestrygden betale for nødvendige lege- og sykepleierbesøk.

Vi kjenner, i en viss grad, igjen problemstillingen fra norske forhold, der det kan synes om å gjøre å lempe utgifter fra kommunen over på fylkeskommunen og folketrygden, og omvendt. I Oslo, blir det spesielt idet byen både er fylke og kommune.



MAPAD, La Cépière viser en privat institusjon med kommunal støtte for eldre demente med stort omsorgsbehov. Foto Métropoles-médias, Toulouse

Prestation spécifique dépendence. Kriterier for utløsning av ytelser

Utenfor institusjon

Toulouse . Hovedmålet er å la flest mulig bo hjemme så lenge som mulig. Dette er et ønske fra de eldre selv og sammenfallende med tjenesteapparatets målsetting. Nylig er dette understreket i forbindelse med innføringen av en ny tilskuddsordning, *prestation spécifique dépendance*, som bl.a. er ment å skulle sette flere i stand til å greie seg hjemme med assistanse utenfra.

Når det er nødvendig med innleggelse i sykehus eller i annen institusjon, er det som oftest en avgjørelse som først og fremst blir tatt av pårørende og i mindre grad av tjenesteapparatet. Bare i 20 % av tilfellene er det etter initiativ fra den gamle selv (7). Tiltakskjeden, fra å bo hjemme alene eller med ektefelle til institusjonsplass, følger i stor grad samme mønster som hos oss: hjemmehjelp, hjemmesykepleie, hjemmebesøk av primærlege, dagsenter, korttidsopphold i sykehus og sykehjem og, for noen, fast plass i institusjon. Pårørende medvirker i varierende grad på alle ledd. Det særegent franske er sammensetningen av tilbudene, finansieringsformene og ikke minst variasjonen i tilbud og selve tilbudsmassen. Primærlegens medvirkning er ofte avgjørende, slik vi skal se i et senere avsnitt.

På alle nivåer finnes både private og offentlige aktører og offentlige og private finansieringsordninger (8). Frankrike har ikke noen nasjonalt dekkende folketrygdordning som hos oss. Sykestrygd er obligatorisk, men den enkelte må skrive seg inn i det lokale fylkestrygdekontoret. Medlemskap gir rett til dekning av utgifter til helsetjenester mot fremlegging av kvitteringer. Sykestrygden dekker helt eller delvis utgifter til tannlege og briller i tillegg til vanlige helsetjenester og medisiner. De resterende utlegg dekkes i stor grad av ulike sykekasser eller sykeforsikringer, ofte knyttet til profesjon.

Prestation spécifique dépendence, som er den sist tilkomne støtteordningen for eldre pleietrengende, er omdiskutert og oppfattes av enkelte av aktørene i feltet som et nytt byråkratisk ledd mellom dem og brukerne (ramme 1).

I regionen Midi-Pyrénées er det tradisjon for flergenerasjonsboliger og sterke familiebånd (9). Som eksempel på dette nevnes at det er den regionen i Frankrike hvor familien tilbringer lengst tid ved hovedmåltidene (10). I en tid hvor fast-food trenger seg frem overalt er det et uttrykk for et verdivalg. Det ansees for viktig å holde liv i de tradisjonene som er med på å holde eldre mennesker hjemme i et kjent miljø selv etter at behov for bistand er til stede (9).

Kvinnenes innsats spiller her en betydelig rolle. Undersøkelser viser at de eldre som bor i fellesskap eller i nærheten av en datter, greier seg atskillig lenger enn dem som bor sammen med eller i nærheten av en sønn (11). En studie ved et alders- og sykehjem viste at det kan gi så store utslag som seks til åtte år i forskjell på tidspunkt for institusjonsplassering. Av dem som mottar hjemmesykepleie er det fem ganger så mange som bor sammen med eller i nærheten av en datter enn tilsvarende for en sønn. Det er altså døtrene som i størst grad vet å benytte seg av hjelpeapparatet i tillegg til sin egen innsats. Det er lett å skjønne at endringer i økonomiske forutsetninger og andre forhold som fører til at flere kvinner arbeider utenfor hjemmet, kan få store konsekvenser. Foreløpig ser det ikke ut til å ha gitt store utslag, men det fryktes at utviklingen går i retning av at de nærmeste pårørende i mindre grad tar seg direkte av sine gamle foreldre. Tegn tyder på at pårørendes rolle i fremtiden i større grad vil bli som pådrivere og bestillere av offentlige tjenester. Dette kan føre til økt press og økte utgifter for det offentlige.

Hjemmehjelp kan rekvireres av den gamle selv, pårørende, hans/hennes privatlege eller sosialkontoret. Utgiftene dekkes primært av den enkelte og refunderes dels over sosialbudsjettet, dels over sykekasser knyttet til egen eller ektefelles tidligere inntekt (8). Hjemmehjelpen utfører i hovedsak alminnelig husarbeid, men påtar seg også oppgaver tillagt andre yrkesgrupper, slik som hjelp til personlig hygiene og inntak av medisiner (12). Hjemmehjelpen blir ofte en person som den gamle knytter seg til og kan faktisk spille rollen som datter i huset. Dekningsgraden i Toulouse er vanskelig å fastslå fordi det er så mange private aktører inne i bildet. Det finnes i alle fall ingen ventelister for slike tjenester, så det må antas at dekningsgraden er tilfredsstillende. De som er ansatt i private organisasjoner med offentlig avtale, har som oftest en utdanning tilsvarende eksamen i helse- og sosialfag, og det tilbys kurs og annen etterutdanning.

Hjemmesykepleie rekvireres gjennom egen lege og refunderes derfor fullt ut av syketrygden uansett form, privat eller offentlig. Nesten all hjemmesykepleie er privat. Alle sykepleiere må ha offentlig godkjenning. Dekningsgraden vurderes å være høy i Toulouse-området og i selve Toulouse. (13) (dr. François Cayla, Observatoire Régionale de la Santé. Midi-Pyrénées, personlig meddelelse). I tillegg til hjemmesykepleiere kommer et stort antall hjelpepleiere, også med offentlig godkjenning. De kan i noen tilfeller arbeide i nettverk med sykepleiere og hjemmehjelpere, men dette er avhengig av at de er tilknyttet samme organisasjon.

Legedekningen var per. 1.1. 1997 for regionen Midi-Pyrénées, en allmennlege per 740 innbyggere. Med spesialister var legedekningen en lege per 432 innbyggere. I Toulouse kommune er dekningen en allmennlege per 493 innbyggere (dr. François Cayla, Observatoire Régionale de la Santé. Midi-Pyrénées, personlig meddelelse). Legedekningen i Frankrike totalt er en lege per 497 innbyggere (14). De aller fleste allmennleger driver privat praksis, 77 % i 1996 (15). Resten er offentlig ansatt på hel- eller deltid.

Privatpraktiserende leger blir honorert etter stykkpris. Pasienten betaler legen og får refusjon fra syketrygden, mot kvittering. En egenandel trekkes fra, men denne dekkes som oftest av en privat sykekasse. Pasienter som har rett til sosiale ytelser pga. mangel på inntekt eller liknende, betaler ikke honorar, legen blir honorert direkte fra syketrygden. Legens inntekt er altså direkte avhengig av pasienttilgangen, idet det ikke er noen driftstilskuddsordning. Det betyr at med svært god legedekning oppstår det et visst konkurranseforhold leger imellom. Et resultat av dette er at mange leger gjør seg tilgjengelige store deler av døgnet og i helger, også utenom vakt. I den senere tid kan det se ut til at pendelen er begynt å svinge mot at noen leger ikke deltar i ordinær vaktordning.

Sykebesøk til egne pasienter er regelen. Legenes medvirkning i nettverksarbeid er helt avhengig av den enkeltes holdning. Det finnes ingen overordnet instans som kommune- eller bydelsoverlege med instruksjonsmyndighet. Incitamentet for samarbeid ligger også i konkurranseaspektet.

Et spesielt aspekt sees i forbindelse med institusjonsplassering. En allmennlege, som lever av sitt klientell, vil være tilbøyelig til å strekke seg langt for å holde en eldre person i hjemmet. Med mindre legen er knyttet til institusjonen, ved f.eks. geografisk nærhet, blir de gamle ikke lenger del av hans/hennes pasientgrunnlag når de flytter på sykehjem eller liknende. Det er her en forskjell mellom yngre og eldre kolleger. Yngre leger i etableringsfasen holder lenger på de gamle enn eldre, veltablerte leger (12). Det er da samtidig disse yngre som i størst grad spiller på det øvrige hjelpeapparat. Tilsvarende forskjeller sees i forbindelse med akuttsituasjoner hvor vaktlege blir tilkalt. Når vaktlegen verken kjenner pasienten eller familien, blir resultatet ofte sykehusinnleggelse. Hvis den gamle er en del av legens faste klientell, vil det i større grad forsøkes å sette inn tiltak i hjemmet. Er til sist pasientens familie en del av legens faste klientell, vil deres ønske veie tyngst (16).

Oslo

Hjemmeboende eldre er omtalt i rapporten *Growing old in metropolitan areas* (3) hvor kommunehelsesjef i Oslo, Unni Ånstad, uttaler: «There is a traditional tendency in society to look upon institutional care for the elderly infirm as qualitatively better than home care. (. . .) There seems also, unfortunately, to be a tendency in the modern world to look upon old age as a condition which in itself results in a need for care, and this may lead to elderly people adopting this attitude themselves. Projects which concentrate on health promotion for the elderly, self-help, reduction of unnecessary anxiety and perhaps most important greater understanding of the nature of old age in the general population can therefore have a considerable potential for improving the quality of life of the elderly and reducing the rate of institutionalisation.»

Dette må kunne oppfattes å være uttrykk for den gjeldende faglig-politiske vurdering av forholdene på høyt administrativt nivå i Oslo. Praksis har ofte vært annerledes, men senere års etablering av omsorgsboliger er et viktig skritt i denne retning.

Dekningen av hjemmehjelpstjenester i Oslo i 1997 var ett hjemmehjelpsårsverk per 204 personer over 67 år. I de fleste bydeler er hjemmehjelpstjenestene organisert som en del av hjemmetjenestene sammen med hjemmesykepleien, og ledes av en oversykepleier for hvert distrikt.

Når det gjelder hjemmesykepleie var det for Oslos befolkning, i 1997, 393 innbyggere per årsverk. For den eldre befolkningen var deknningen 54 årsverk per 1 000 innbyggere over 80 år (2). Hjemmesykepleie i denne forbindelse omfatter både sykepleiere og hjelpepleiere.

Legedekningen i Oslo var per 31.12. 1997 en allmennpraktiserende lege per 1955 innbyggere (2). Tendensen i senere år har gått mot en delprivatisering av tidligere fastlønnsstillinger. Dette synes å ha bedret den generelle tilgjengeligheten, men kan by på problemer i forhold til samarbeidspartnere, f.eks. i eldreomsorgen, hvis tiden som er satt av til offentlige helsetjenester blir redusert (tab 2).

Tabell 2

Dekningsgrad allmennleger og hjemmesykepleiere (2, 13)

	Innbyggere/allmennlege	Innbyggere/hjemmesykepleier
Toulouse	493	479
Oslo	1 955	

Konsekvenser

Toulouse har en mye høyere dekning av allmennlegeårsverk enn Oslo. Når det gjelder hjemmesykepleie, kan det se ut til å være nærmest omvendt, men statistikkene for Oslo skiller ikke klart mellom sykepleiere og hjelpepleiere.

I Oslo har de aller fleste bydeler samordnet hjemmetjenestene under en Pleie-rehabilitering- og omsorgsavdeling. Det arbeides ofte i ansvars-/omsorgsgrupper med daglige arbeidsmøter. Hjemmesykepleien har

faste møter med allmennlegene i distriktet, og om nødvendig kan legene pålegges å delta. Takstsystemet honorerer også tverrfaglig samarbeid omkring klienter.

I Toulouse arbeider ofte de forskjellige yrkesgruppene uavhengig av hverandre uten felles koordinering (11, 18). Resultatet blir lett overlapping og dobbeltarbeid. Noen private organisasjoner har derfor inngått avtale med sykestrygden som forskutterer et beløp per klient på årsbasis. Dette gjør at de kan ansette sykepleiere og hjelpepleiere som samordner tjenestene sine. Samme organisasjon administrerer også hjemmehjelpere, og det blir da mulig å arbeide i nettverk. Svakheten er at dette ikke er noe system som er gjennomført generelt, og at behandlende leger står helt fritt til å ville gå inn i et forpliktende samarbeid. Her er det stor variasjon, men der hvor det fungerer, oppnås det, etter mitt skjønn, en tjeneste av svært høy kvalitet hvor klientenes behov ivaretas til livets slutt. Nødvendige tekniske hjelpemidler, inkludert motoriserte sykehussenger, rekvireres av lege, og det er ingen ventetid. Mange pasienter velger, og gis mulighet til, å avslutte livet i eget hjem.

Selv om det samme hovedprinsipp gjelder i Oslo (3), tenkes det lettere sykehus/sykehjem når større pleiebehov melder seg. Manglende kapasitet med hensyn til tekniske hjelpemidler kan være en begrensende faktor i tillegg til at enkelte bydeler har boliger som ikke gir plass til større installasjoner. Vår kollektivistiske modell som spilte en avgjørende rolle i oppbyggingen av helsevesenet etter krigen, har nok påvirket vårt tenkesett inn i en ny tid. Frankrike har tradisjon for å tenke individualistisk, noe som gjenspeiles i deres måte å tenke eldreomsorg på.

Koordineringen av hjemmetjenester på kommunalt nivå i Oslo omfatter også finansieringen av tjenestene. Selv om hjemmehjelp og hjemmesykepleie er hjemlet i to forskjellige lovverk og i utgangspunktet er finansiert tilsvarende, gir bydelsreformen i Oslo mulighet for å fellesfinansiere ytelsene. Utgiftene til tjenestene er hovedsakelig et offentlig ansvar, og det blir derfor et regnestykke når utgiftene per døgn i hjemmetjenesten overskrider døgnprisen i sykehjem. I Toulouse og Frankrike belastes den enkeltes økonomi i større grad, selv om offentlige og private tilskuddsordninger kommer til i annen omgang. Ansvaret for å velge et tilbud er i hovedsak lagt til den enkelte bruker og dennes pårørende. Det offentlige griper kun inn i forhold til spesielt vanskeligstilte.



Institusjoner og andre boformer for eldre i Toulouse

Tradisjonelt var hospicer og Maisons de retraite (aldershjem) en sak for kirken og de humanitære organisasjoner (12). Fra 1960 – 70-årene ble det bygd opp aldershjem i kommunal regi. Målgruppen var først og fremst vanskeligstilte eldre. Det dreide seg om bofellesskap med full pensjon, fellesbespisning og diverse servicetilbud. Gjensidige forsikringsordninger og private investorer overtok etter hvert mye av utbyggingen, men institusjonenes grunnidé bestod. Mange av institusjonene i Toulouse ble bygd i randkommuner der det var billigere tomter og mer tilgjengelig areal.

I 1970-årene kom en tendens til medikalisering av alderdommen; behandling og forebygging av alderens plager ble et tema. Etter hvert som behov for medisinsk behandling økte, kom det en ny lov (1975) om helse- og sosialtjenester som åpnet for at aldershjem fikk ha pleiepasienter. Slik fikk et visst antall senger status som pleieplasser, section de cure médicale. Samtidig medførte dette en todeling av organisering og finansiering, som tidligere nevnt.

Etter hvert ble spesielle geriatrike avdelinger opprettet i sykehusene, også langtidsavdelinger, jf. de svenske «långvård» og som i Oslo med Aker sykehus" Solvang og Ullevåls Adamstuen.

Stadig flere tidligere aldershjem ble etter hvert alders- og sykehjem, til tross for de vanskeligheter som følger av todelt finansiering. Interessant er det at den enkelte beboer/pasient forblir i samme rom selv om pleiebehovet øker (17). Det blir ingen sykehjemsfløy. Section de cure médicale er i realiteten en administrativ finansieringsordning.

Neste trinn i utvikling er omsorgsboliger, foyer-logement, i utgangspunktet rettet mot selvhjulpne eldre, men etter hvert mer med status av servicebolig med tettere tilsyn. Også serviceboliger kan operere med section de cure médicale.

Siste trinn i utviklingen er et eksperiment utviklet i Toulouse av en privat stiftelse, Vivre à domicile. Tilbudet er basert på integrerte boliger i den ordinære boligmassen. Boligene tilrettelegges for at beboerne kan motta hjelp fra en sentral, og en eller flere bestyrere har tilsyn. De som vil, kan innta måltidene i fellesskap i et spiserom. Beboerne rekrutteres fra nærområdet og beholder kontakten med sitt gamle miljø, stamkafeen og eldresenteret. Tjenestene flytter til pasienten og ikke omvendt.

Beboerne betaler husleie pluss et fast beløp for andre tjenester. I et slikt kompleks bor hjelpetrengende eldre i samme oppgang som funksjonsfriske, yngre barnefamilier og andre.

Forsøkene har foreløpig ikke fått den nødvendige støtte for å utvikles videre i Toulouse, og utviklingen står noe stille. Imidlertid følges konseptet opp i noen av randkommunene, hvor det etableres nye tilrettelagte boliger.

I utgangspunktet må alle institusjonsbeboere betale for en del av oppholdet, enten det er i en sykehusavdeling eller i annen institusjon. Sykestrygden forskutterer et beløp per døgn for pleiepasienter. Dette utbetales direkte til institusjonen.

Sosiale ytelser tilstår deretter i forhold til den enkeltes grad av pleiebehov og egen og pårørendes økonomiske yteevne. Resten blir den enkeltes egenandel, og det er her den private økonomi slår sterkest ut i valget av institusjon. I 1996 mottok 4 – 41 % av beboerne økonomisk støtte (19). Andelen sosialhjelpsmottakere er lavest i de private omsorgsboligene og høyest i sykehjemsavdelinger knyttet til offentlige sykehus. Dette gjenspeiler den sosiale lagdelingen.

Eldreinstitusjonene i Oslo

Disse er også hos oss tuftet på to forskjellige lovverk: lov om sosiale tjenester for aldershjem og trygdeboliger og lov om helsetjenesten i kommunene for sykehjem og andre boformer for heldøgns tilsyn og pleie.

De tradisjonelle «gamlehjemmene» var ofte drevet av lokale menigheter med kommunal støtte og var først og fremst et botilbud med felles matstell.

Trygdeboligene var ment som et sosialt tilbud til eldre som kom fra dårlig utstyrte boliger i sentrum, men som fortsatt var selvhjulpne i det daglige. Med medikaliseringen av eldreomsorgen kom behovet for sykehjem. Noen ble drevet som sykehusavdelinger. I forbindelse med utvidelsen av Oslos byggesone, spesielt oppover i Groruddalen, ble det bygd alders- og sykehjem, ikke for den lokale befolkningen, men for eldre fra sentrum. Beliggenheten var altså styrt av tomteprisene og tilgjengeligheten og ikke av de lokale behov. Dette er en politikk Oslos bydeler sliter med i dag. Når en gammel kvinne fra drabantbyen trenger plass på sykehjem, må hun kanskje vente lenge, for i sengen ligger allerede en gammel mann fra sentrum.

De tradisjonelle trygdeboligene var ikke tilrettelagt for pleietrengende personer, og aldershjemsbeboerne ble etter hvert for dårlige til å gå til spisesalen. Utviklingen har derfor gått i retning av rene sykehjem på den ene side og tilrettelagte boliger, service- og omsorgsboliger på den annen. Disse

etableres oftest i tilknytning til sykehjem e.l. Modellen integrerte boliger à la vivre à domicile har, så vidt vites, ikke vært forsøkt for eldre i Oslo, men forekommer i en liknende form for psykiatriske langtidspasienter.

Det norske trygdesystemet tør være godt kjent for Tidsskriftets lesere, og i denne sammenhengen kan det være nok å understreke betydningen av en nasjonalt omfattende folketrygdordning som har redusert et tungvint byråkrati til et minimum for den enkelte. Selv er jeg gammel nok til å huske å ha stått i kø, sammen med mor, foran luken på Trygdekassa for å få refusjon mot fremlegging av kvitteringer. Gjensynet med tilsvarende kø her nede var ikke oppløftende.

Oppsummering

Tilbudene innen eldreomsorgen synes i hovedsak mer tilgjengelige i Toulouse enn i Oslo. Det er ingen venteliste for hjemmetjenester, og mulighetene for å tilrettelegge for teknisk bistand i hjemmet er gode. På spørsmål om ventelister til ulike institusjoner ble det oppgitt små tall, i størrelsesorden 10 – 15 personer. Svaret kan ligge i tilbudsmengden som altså kan være offentlig, men minst like ofte privat kommersiell eller ikke-kommersiell. (Privat ikke-kommersiell som blir å likne med våre sykehjem i Oslo med kommunal driftsstøtte, Ammerudhjemmet og Ensjetunet, som drives av henholdsvis Oslo bymisjon og Frelsesarméen, og privat kommersiell som blir rent private sykehjem i den grad de fortsatt finnes i Oslo.)

Likevel vil alle alders- og sykehjem i Frankrike motta et kronetillegg fra det offentlige for de pasientene som defineres å være i section de cure médicale.

Det at folk i Toulouse bor i eget hjem lenger enn man gjør i Oslo betyr ikke alltid at de hele tiden bor i den samme boligen, men at de etter hvert som behovet melder seg flytter til bedre tilrettelagte boliger. Her er det et mye større register å spille på enn hos oss. Når det gjelder valg av institusjon etter plassering og standard, vil de fleste velge en institusjon i nærheten av sitt eget hjemsted eller pårørendes. I den grad det finnes ventelister, er det for dem som f.eks. vil bo i Toulouse. Mens det er mangel på tilbud i Toulouse, er det god dekning i randkommunene. Av denne grunn flytter mange gamle ut av byen når de trenger fast plass i institusjon.

Som i resten av det franske samfunnet er lagdelingen av pleiesektoren tydelig. De forskjellige institusjonstilbud kan ha svært ulik standard og tilsvarende pris. Valget knyttes derfor til den enkeltes og pårørendes økonomiske yteevne, selv om systemet med offentlige tilleggsytelser egentlig skal gjøre det mulig langt på vei å velge fritt. Hovedprinsippet er at jo mer pleietrengende klientene er, desto større er den offentlige andelen. Likevel finner man sykehjem og andre aldersinstitusjoner hvor praktisk talt alle beboerne tilhører samme sosialklasse. Dette kan skurre i våre ører, men plager i mindre grad franskmennene, som aksepterer sosiale forskjeller ut fra tradisjon. En alminnelig arbeider har like liten lyst til å dele matsal med en bankdirektør som omvendt, janteloven har

dårlig fotfeste. Hos oss medfører den sosialdemokratiske tankemodell at i matkroken på sykehjemmet sitter «kona fra høyblokka» ved samme bord som «fruen fra Villaveien», og *vi* trives stort sett med det.

Det finnes en serie av motkrefter som gjør at presset på institusjonene holdes nede. Svært viktig er en grunnholdning i det franske samfunn som går på at den enkelte bør få bo i eget hjem så lenge man ønsker, om mulig til livets slutt. Offentlige støtteordninger bidrar til å gjøre dette mulig, og private og offentlige aktører arbeider etter samme prinsipp.

På den annen side kan det se ut til at kurprisen også er en begrensende faktor med hensyn til institusjonsplassering. Pårørende, som oftest barna, finner det rett og slett for dyrt å velge et av de tilgjengelige tilbudene. De velger isteden, ofte i full forståelse med den/de gamle selv, å fortsette å la dem bo hjemme med hjelp fra hjemmehjelp og hjemmesykepleie.

En god legedekning fører til at allmennlegene er villige til å strekke seg svært langt for å imøtekomme klientenes ønsker. Vi har sett hvordan det ikke nødvendigvis sammenfaller med den gamles behov hvis det ikke er den gamle selv som er klienten.

Sykehjem har ingen høy status blant folk flest, men blir ofte omtalt som oppbevaringsanstalter, «dødens forværelse» o.l. De institusjoner jeg har besøkt, private og offentlige, inkludert geriatrike langtidsavdelinger i sykehus, holder imidlertid, etter mitt skjønn, en høy standard. Lokalene er lyse og romslige og godt utstyrt med tekniske hjelpemidler.

I geriatrike langtidsavdelinger finner vi flest dobbeltrom og færre firesengsrom og enerom. Mange av pasientene er meget pleietrengende, noe som gjenspeiles i pleiefaktoren, som kommer opp i 0,8. Liggetiden er forbausende lang, med et snitt på 2,93 år og med ytterpunktene representert med fra «noen dager» til over 15 år! Totalt for Toulouse disponeres 4,4 senger per 1 000 innbyggere over 70 år. Tallet kan synes lite, men er høyere enn landsgjennomsnittet, som er 3/1 000.

Normen i alders- og sykehjem i privat regi, er enerom på 25 – 45 m² med dusj og WC. Beboerne oppfordres til å ta med kjente og kjære møbler, men det er intet krav. Bemanningen er mer sparsom og pleiefaktoren kan ligge nede på 0,2. Det skal understrekes at pleiefaktoren for pasientene som ligger i section de cure er høyere. Her ligger kanskje også noe av grunnen til at de kan drive aldersinstitusjoner for omtrent det halve av det vi bruker. Med sitt delte system belastes de offentlige budsjetter først og fremst av de tunge pleiepasientene og bare i mindre grad av alminnelige pensjonærer i trygde- og service-/omsorgsboliger. Vi opererer med enhetspriser som 300 000 kroner/år for en sykehjemsplass i Oslo, enten det dreier seg om en beboer som nærmest er selvhjulpent eller en tung pleiepasient som forbruker medikamenter for tusenvis av kroner i døgnet. Vi mener det selvfølgelig er riktig at disse forskjellene ikke skal merkes av den enkelte beboer, men på administrativt plan er det likevel et tankekors når vi skal fordele offentlige budsjetter.

Norske lønninger for sykepleiere, hjelpepleiere og pleieassistenter ligger for øvrig ca. 25 % over de franske.

Det store antall private aktører som administrerer statlige midler, gir det offentlige dårligere kontroll med utgiftene (4). Resultatet er bl.a. at Frankrike bruker nesten 2 % mer av bruttonasjonalproduktet til helsetjenester enn Norge, til tross for at BNP/capita er 19 % høyere i Norge enn i Frankrike (21). For den enkelte fører det imidlertid til et bredere og mer tilgjengelig tilbud, i alle fall på kort sikt.

Det er beregnet at syketrygden kan komme til å gå med 4 milliarder franc (ca. 5 milliarder kroner) i underskudd i innværende år (22). Utgiftene til alderstrygd øker også sterkt, med forlenget levealder. Forholdet trygdede/yrkesaktive var 42,4 % i 1985 og forventes å være 48,5 % i 2005. For å møte denne utviklingen er det på tale å øke den generelle pensjonsalderen fra 65 til 70 år. Få tror imidlertid at dette er politisk mulig. Bekymringen for utviklingen i utgiftene til helse- og sosialtjenestene kommer daglig til uttrykk i avisspaltene.

Det skal likevel understrekes at avisenes bekymring kanskje ikke helt gjenspeiler tingenes tilstand idet 4 milliarder av et budsjett på 2 630 milliarder ikke utgjør mer enn 0,17 %, tross alt.

Men mens altså helseadministratorer og helsearbeidere i Toulouse skuer mot nord og ønsker seg et enklere trygdesystem og bedre kontroll og samordning av tjenestene, befinner kanskje likevel Pierre et Marie seg på en bredere og mindre humpete vei mot Rom(a) enn Ola og Kari?

Lov om omsorgsplikt, «Obligation alimentaire», (min oppsummering)

Jeg takker Arild Bjørndal, Statens institutt for folkehelse, for nyttige innspill under utarbeidingen av manuskriptet.

LITTERATUR

1. Diversité sociale urbaine. Dossier n° 62. Toulouse: AUAT-INSEE, 1993.
2. Statistisk årbok for Oslo 1998. Oslo: Oslo kommune, Byrådsavdeling for finans, 1998.
3. Ånstad U. Growing old in metropolitan areas. Oslo: Oslo kommune, Byrådsavdeling for eldre og bydelene, 1998.
4. Neiss M. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1996.
5. Grand A, Pous J, Arnaud C, Chale J-J, Charlet J, Ferrières J et al. Santé publique, épidémiologie, économie de santé et prévention. Toulouse: Association Corporative des Étudiants en Médecine de Toulouse, 1998.
6. ODIN. www.odin.dep.no/shdinfo/ (18.6.1999).
7. Kasparian L, Borkowski JL Les circonstances d'entrée dans les établissements sociaux. INSEE Première n° 122, février. Paris: Institut

National de la Statistique et des Etudes Economiques, 1991.

8. Henrard JC. Soins et aides aux personnes âgées. Description et fonctionnement du système français. Paris: Edition CTNERHI, 1988.
9. Grand A, Berthier F, Gramain A, Bocquet H. L'aide informelle aux personnes âgées atteintes de démences senile; spécificités et implications dans l'organisation du dispositif gérontologique. Paris: Gérontologie & Société 1995; 72: 54 – 66.
10. Cauhape V. Les traditions de la table résistent au fast-food. Le Monde 19.2.1999.
11. Clement S, Drulhe M. De l'offre rationalisée à une demande polymorphe. I: Vieillir dans la ville. Paris: Editions L'Harmattan, 1992: 127 – 50.
12. Lefebvre B, Espinasse M-T. Offre de services et stratégies des professionnels. I: Vieillir dans la ville. Paris: Editions L'Harmattan, 1992: 173 – 97.
13. Pous J, Grand A, Cayla F, Bocquet H. L'hébergement collectif pour personnes âgées dans une agglomération urbaine. La Revue de Gériatrie 1992; 17: 495 – 506.
14. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Memento avril. Toulouse: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Midi-Pyrénées, 1998.
15. Tableau d'économie Française 1995 – 1996. Paris: Institut National de la Statistique et des Études Économiques, 1997.
16. Clement S, Drulhe M, Barthe JF, Grand-Filaine A, Grand A. Service urbains et personnes âgées dépendantes: rapport de recherche phase II à la MIRE et au SPPU. Toulouse: Université Toulouse 3, 1991.
17. Espinasse MT. Les logiques des systèmes d'offre et le cheminement social de la demande. I: Vieillir dans la ville. Paris: Editions L'Harmattan, 1992: 215 – 59.
18. Memento 92-Statistiques «Santé-Affaires sociales» Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Midi-Pyrénées. Toulouse: Direction de la Santé Départementale, Conseil général 31, 1992.
19. Infos rapides n° 102 sept. Paris: Ministère de l'emploi et de la santé, 1998.
20. Twigg J, Grand A. Contrasting legal conceptions of family obligation and financial reciprocity in the support of older people: France and England. Ageing and Society 1998 18: 131 – 46.
21. Statistisk årbok 1998. www.ssb.no/www-open/english/yearbook/ (7.5.1999).
22. Gaudin A-M. Assurance maladie: le déficit 1999 pourrait être d'au moins 4 milliards. Le quotidien du médecin 21.5.1999: 2 – 3.

Publisert: 20. april 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. desember 2025.