



Helse, familie og omsorg over livsløpet

*Svein Olav Daatland
Marijke Veenstra
Ivar A. Lima*

RAPPORT

NR 4/09

Helse, familie og omsorg over livsløpet

Resultater fra LOGG og NorLag

SVEIN OLAV DAATLAND

MARIJKE VEENSTRA

IVAR A. LIMA

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA Rapport 4/2009

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

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferds-samfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

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

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

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2009
NOVA – Norwegian Social Research
ISBN 978-82-7894-299-4
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto:	© Ingram Publishing
Desktop:	Torhild Sager
Trykk:	Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo
Telefon: 22 54 12 00
Telefaks: 22 54 12 01
Nettadresse: <http://www.nova.no>

Forord

Aldringen av befolkningen og endringer av familieformer og sosiale verdier reiser nye utfordringer for utviklingen av bærekraftige helse- og omsorgstjenester for årene framover. Dette er noe av bakgrunnen for at helse og helsevaner, hjelpebehov og omsorgsformer er viktige temaer i NOVAs forskning omkring aldring og livsløp. Den foreliggende rapporten er én av to fra delprosjektet LOGG Helse og omsorg, som ble finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet for å tilrettelegge LOGG-dataene, beskrive dagens mønstre og identifisere problemstillinger for videre forskning. Delprosjektet følges videre opp gjennom prosjektet Aldringen av befolkningen og ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten (Population ageing and long-term care: The family–welfare state balance revisited, PopAge), som startet i 2009 med finansiering fra Norges forskningsråd.

Til grunn for rapporten(e) ligger to landsdekkende undersøkelser som er finansiert av Norges forskningsråd. Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er en longitudinell studie, der første runde av datainnsamlingen (NorLAG-1) ble gjennomført i 2002–2003 med ca. 5 500 personer i alderen 40–79 år. De samme personer inngikk i datainnsamlingen for Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) i 2007–2008 og utgjør andre runde av NorLAG (NorLAG-2). LOGG er et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå og utvider materialet til å inkludere befolkningen i alderen 18–84 år, med et netto utvalg på ca. 15 100 som dekker hele landet. LOGG er på sin side første runde av det norske bidraget til den FN-baserte Generations and Gender Survey (GGS).

Vi takker spesielt Helse- og omsorgsdepartementet for finansieringen av det aktuelle delprosjektet og Norges forskningsråd for finansieringen av NorLAG, LOGG og PopAge. En særlig takk til masterstudent Lars Roar Frøyland for iherdig og kompetent innsats i redigeringen av tabeller og figurer og til Torhild Sager for layout og teknisk redigering av rapporten(e). Sist, men ikke minst, takker vi kolleger og venner på prosjektene for å være

den gode jord som forskning kan gro opp av. Takk også til kollega Sabine Wollscheid som har vært kritisk leser og bidratt til kvalitetssikring av rapporten. Ingen av disse kan kritiseres for det som måtte gjenstå av feil eller svakheter.

Oslo, mars 2009

Svein Olav Daatland

Marijke Veenstra

Ivar A. Lima

Innhold

Tabell- og figurregister	7
Sammendrag	9
Del I: Innledning	15
Bakgrunn	15
Synsvinkel	17
Problemstillinger.....	19
Undersøkelsen	20
Rapporten	22
Del II: Helse og hjelpebehov	23
Innledning.....	23
Informantenes helse og hjelpebehov	27
Partnerens helse og hjelpebehov	34
Barnas helse og hjelpebehov	39
Foreldres helse og hjelpebehov	44
Familiemønstre og behovskonstellasjoner	49
Del III: Hjelp og hjelpere	59
Innledning.....	59
Informantenes hjelp og hjelpere	61
Partnernes hjelp og hjelpere	66
Barnas hjelp og hjelpere	67
Foreldrenes hjelp og hjelpere	68
Hjelp og hjelpere i sammenheng	73
Del IV: Idealer og realiteter	79
Summary	83
Referanser	85
Vedlegg: Tabeller	89

Tabell- og figurregister

Bokser:

Boks 1: Spørsmål som ble stilt for å måle informantenes funksjonsevne og hjelpebehov.....	24
Boks 2: Spørsmål som ble stilt for å måle foreldres, partners og barns funksjonsevne og hjelpebehov	26
Boks 3: Spørsmål som ble stilt for å måle tilgangen til praktisk hjelp.....	62
Boks 4: Spørsmål som ble stilt om prioriteringer mellom familie og samfunn	80

Tabeller

Tabell 1. Prosentandel (n) som trenger hjelp til daglige gjøremål etter alder.	29
Tabell 2. Hjelp og hjelpekilder for praktisk hjelp.	64
Tabell 3. Hvem hjelper partnere med hjelpebehov?	66
Tabell 4. Hvem hjelper hjelpetrequende barn?	67
Tabell 5. Hvem hjelper mødre og fedre med hjelpebehov?	71
Tabell 6. Hvem hjelper informantene, partnerne, barna og foreldre med et hjelpebehov?	73
Tabell 7. Prosentandel som legger større ansvar på samfunnet enn familien etter land og type oppgave.....	81

Figurer:

Figur 1. Grader av behov, hierarkisk ordnet.....	24
Figur 2. Varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder.....	28
Figur 3. Hjelpebehov etter alder og kjønn.	31
Figur 4. Hjelpebehov etter alder og utdanning.	31
Figur 5. Hjelpebehov etter alder og type lokalmiljø.....	32
Figur 6. Prosentandel med helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder. Kumulative og justerte tall.	33
Figur 7. Prosentandel med partner etter kjønn og alder.	35
Figur 8. Andel partnere etter behov og alder. Kvinner og menn samlet.	35
Figur 9. Prevalens av egne og partners varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder.....	36
Figur 10. Prevalens med eget og/eller partners hjelpebehov etter alder.	37
Figur 11. Prevalens av menn med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder.....	38
Figur 12. Prevalens av kvinner med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder.....	38
Figur 13. Prosentandel med barn etter alder og kjønn.	40
Figur 14. Prosentandel med barn i alt, med hjemmeboende barn, med mindreårige barn og med hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder.	41
Figur 15. Prosentandel som har mindreårige barn og hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder	43
Figur 16. Prosentandel med hjemmeboende barn og barnas funksjonsevne etter alder.	44
Figur 17. Prosentandel med far, mor og minst én forelder i live etter alder.	45
Figur 18. Prosentandel med foreldre i live etter alder og foreldres helse og hjelpebehov.	47

Figur 19. Fordeling av befolkningen etter om man har foreldre i live og foreldrenes hjelpebehov etter alder.....	48
Figur 20. Prevalens av menns relasjoner til nære andre etter alder.	50
Figur 21. Prevalens av kvinners relasjoner til nære andre etter alder.....	50
Figur 22. Familiekonstellasjoner.	51
Figur 23. Fordeling av familiekonstellasjoner etter alder for kvinner og menn samlet.	52
Figur 24. Prosentandel «i klemme» mellom barn, foreldre og arbeid etter alder.....	55
Figur 25. Prosentandel med jevnlig praktisk hjelp fra/til personer utenfor husholdet, og prosentandel som mottar hjemmetjenester etter alder.	63
Figur 26. Tilgangen til formell og uformell hjelp blant informanter med hjelpebehov etter alder.....	65
Figur 27. Prosentandel med mor i live og mor med hjelpebehov etter alder.	70
Figur 28. Prosentandel med far i live og far med hjelpebehov etter alder.	70
Figur 29. Av alle med mor i live: andel mødre med hjelpebehov, med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter alder.....	72
Figur 30. Av mødre med hjelpebehov: andel med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter alder.....	72

Sammendrag

Del I: Innledning

Aldringen av befolkningen endrer på en fundamental måte balansen mellom generasjonene slik vi til nå har kjent den. Vil familiene klare å balansere mellom hensynet til yngre og eldre generasjoner? Vil samfunnet klare å bevare den generasjonskontrakten som velferdsstaten bygger på? Denne rapporten bidrar til å belyse spørsmålene ved å ta for seg hvordan hjelp og omsorg for barn og eldre er organisert. Kunnskaper om dagens mønstre er viktige her og nå, men nødvendige også for å kunne vurdere problemer og løsninger for et aldrende samfunn.

Rapporten legger til grunn at behov hos nære andre kan ha like store konsekvenser som egne behov. Derfor analyseres ikke bare de intervjuedes egen situasjon, men hvordan de er lokalisert i familienettverk, nærmere bestemt hvordan behov og hjelp er fordelt også blant deres nærmeste andre – barn, partnere og (eldre) foreldre.

Rapporten er én av to fra et prosjekt om helse og omsorg over livsløpet som er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet. Den bygger på data fra to livsløpsundersøkelser ved NOVA, NorLAG og LOGG (n=ca. 15 100, 18–84 år), og er organisert omkring tre hovedproblemstillinger: (1) Hva er forekomsten av helsebegrensninger og behov for hjelp over livsløpet? (2) Hvem og hvor mange får hjelp og fra hvem? (3) Hvordan mener folk flest at ansvaret for omsorgen bør fordeles mellom familien og velferdsstaten?

Del 1 presenterer bakgrunnen for rapporten og problemstillingene, som så følges opp i tre empiriske deler: I Del II beskriver vi variasjonen av helse og hjelpebehov over livsløpet. Del III tar for seg hjelpen og hjelperne. Den avsluttende Del III ser nærmere på samsvaret mellom folkemeningen (idealene) og den faktiske politikken (virkeligheten).

Del II: Helse og hjelpebehov

Prevalensen av helsesvikt og hjelpebehov er følsom for hvordan det måles. I dette tilfellet bygger vi på subjektive vurderinger og skiller mellom fire nivåer av behov fra mindre til mer alvorlig: varig helseproblem, begrenset funksjon, hjelpebehov, pleiebehov.

Mer enn halvparten av befolkningen har et *varig helseproblem* fra fylte 61 år (56 år for kvinner, 66 år for menn), men ikke alle disse har *begrenset funksjon* i hverdagen. Dette er tilfellet for omtrent hver femte fra 50-årsalderen av, stigende til 1/3 tidlig i 80-årene. Flertallet av befolkningen er altså selvhjulpen til godt inn i 80-årene, selv om resultatene er noe preget av selektivt frafall og den faktiske prevalensen i befolkningen derfor er noe høyere. Omtrent hver femte er *hjelpetrengende* (avhengig av noe hjelp til praktiske gjøremål) midt i 70-årene og stigende med alderen, men bare få er *pleietrengende*. Kvinner melder om flere og tidligere helseproblemer enn menn, og folk med lav utdanning kommer dårligere ut enn de med høy utdanning.

Ser vi informantene og *partneren* i sammenheng, finner vi at ca. 15 prosent av 70-åringene og nær en firedel av aldersgruppa 80–84 år bor i hushold der enten de selv eller deres partner har et hjelpebehov. For begge kjønn gjelder at i storparten av livet har man en partner uten påtakelig helsesvikt. Partneren er i så måte en ressurs for de fleste, men halvparten av kvinnene blir enslige alt tidlig i 70-årene, mens flertallet av mennene lever livet ut i et parforhold.

80–90 prosent av den voksne befolkningen har *barn*, og ca. ti prosent har barn med et varig helseproblem (12 prosent av de som har barn). To av disse ti prosentene har et pleiebehov, én har et hjelpebehov, de resterende har mildere behov.

Foreldre er en kilde til hjelp i storparten av livet, men med økende alder stiger risikoen for helsesvikt, for noen i en grad som gjør dem avhengige av hjelp fra andre. Midt i 50-årene har halvparten av befolkningen mistet begge foreldre, midt i 60-årene gjenstår ca. 20 prosent med én forelder i live, som regel en mor.

Sju av ti har friske og førlige foreldre til de selv er kommet opp i 30-årene, men når man passerer 40, melder foreldrenes helsebesvær seg. Halvparten har en forelder med *begrenset funksjonsevne* når de selv er tidlig i 40-årene, og det er først når barna er 57–58 år (i gjennomsnitt) at mer enn halvparten har foreldre med et *hjelpebehov*. En betydelig andel har da også foreldre med et *pleiebehov*; det dreier seg nærmere bestemt om ca. 25 prosent når (de voksne) barna er midt i 50-årene, og ca. 50 prosent når barna er midt i 60-årene. Flertallet av de *pleietrengende foreldrene* bor i sykehjem eller i omsorgsbolig med heldøgns omsorg.

Hvor vanlig er det å være i klemme mellom familie og arbeid eller mellom generasjoner (barn–foreldre) innenfor familien? Det store flertallet (ca. 75 prosent) av befolkningen i alderen 30–50 år er lokalisert i en mellomgenerasjon (har barn og foreldre i live). Det fleste av dem (80–90 prosent) er samtidig yrkesaktive. I 50-årene avtar andelen som befinner seg i en mellomgenerasjon, fordi foreldrene dør og man selv rykker opp som eldste generasjon.

I 30-årene har flertallet mindreårige barn som trenger tilsyn, men det er få som samtidig har foreldre med et hjelpebehov. Da er foreldrene tvert imot både friske og førlige og ofte til hjelp for sine barn og barnebarn. I 40-årsalderen øker andelen som har foreldre med et hjelpebehov til en topp midt i 50-årene på ca. 20 prosent av befolkningen (og ca. 40 prosent av dem som er i en mellomgenerasjon). Yrkesfrekvensen er omtrent den samme for personer med og uten foreldre med et hjelpebehov. Langt de fleste er yrkesaktive og ser i så måte ut til å klare å kombinere familieansvar og arbeid, men noen (oftest kvinner) gjør det ved å gå i deltid.

Det er altså svært vanlig å kombinere familieforpliktelser og arbeid. Tidlig i livet dreier det seg om småbarnsfasen. Den skal de fleste igjennom før de blir 50. Fra da av øker risikoen for at (eldre) foreldre skal trenge hjelp, men det er langt færre som berøres av *denne* risikoen. Hvor mange som *føler* seg i klemme er et annet spørsmål.

Bare få er i «den ultimate klemme» der de *samtidig* har mindreårige eller helsesvekkede barn *og* foreldre med et hjelpebehov – 6–7 prosent av befolkningen i 40-årsalderen på det meste, og bare 1–2 prosent av 50-åringene. Når 80–90 prosent av dem samtidig er yrkesaktive, forteller det at

klemmen lar seg kombinere med arbeid, men enkelte kvinner ser ut til å tilpasse seg ved å gå i deltid.

Den andre ytterlighet hva familiekonstellasjoner angår er personer som verken har barn eller foreldre i live, og som står alene igjen i generasjonslinja. Det dreier seg om ca. 10 prosent av 60-åringene, 15 prosent av 70-åringene og nær 20 prosent i alderen 80–84 år. Seks av ti av dem er også uten partner, og er dermed særlig sårbare ved behov for hjelp.

Del III: Hjelp og hjelpere

Del III tar for seg hvem som hjelper: Det er stor variasjon av hjelp og hjelpere for ulike grupper. *Partnere* hjelper hverandre, med noe støtte fra familie og tjenester. *Barna* er først og fremst foreldrenes ansvar, med noe støtte fra den øvrige familien, til dels fra tjenestene. Ansvar for *eldre foreldre* med et hjelpebehov ser ut til å være fordelt nokså likt mellom familien og tjenestene, men med økende alder og behov, vokser tjenestenes andel til å bli den viktigste hjelpekilden. Å dømme etter denne undersøkelsen er mer enn to av tre pleietrengende eldre i institusjon, mindre enn 1/3 pleies hjemme.

Tjenestene framstår dermed som en viktigere aktør i omsorgen enn man får inntrykk av fra mange andre land og studier. I USA finner man for eksempel at bare én av tre pleietrengende er i institusjon. Resultatene fra nordiske studier spriker. Familien er funnet å være den dominerende omsorgsinstitusjonen i Sverige; omsorgstjenestene ser ut til å være den vanligste hjelpekilden i Danmark og Norge, i det minste for de mest hjelpetrengende.

Det er for øvrig vanskelig å gi noe entydig bilde av hvor stor del av omsorgen som er familiens, velferdsstatens og andres ansvar, for fordelingen er svært sensitiv for definisjoner og mål. Tjenestene står sterkest når det gjelder den rent instrumentelle 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 avhengige av hverandre og omsorgen bør organiseres på det grunnlaget.

Del IV: Idealer og realiteter

Hvordan står den faktiske fordelingen av hjelp seg når den konfronteres med idealene, slik folk flest synes det skal være? Del IV presenterer folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar for omsorg og økonomisk trygghet for barn og eldre. Nordmenns holdninger sammenliknes med holdningene i et utvalg land som deltar i samme internasjonale studie. Resultatene viser at nordmenn ikke uventet skiller seg ut ved å legge større ansvar på samfunnet (velferdsstaten) enn de øvrige. Georgia representerer det andre ytterpunktet med Frankrike og Bulgaria i en mellomposisjon.

Ansvar for barn blir i alle landene i all hovedsak tillagt familien, og i alle land er man tilbøyelig til gi samfunnet et større ansvar for økonomisk trygghet enn for omsorg, og mer ansvar for eldre enn for barn. Omsorgen for eldre ses som et samfunnsansvar i Norge med familien i en supplerende rolle. I Frankrike og Bulgaria er eldreomsorgen primært et familieansvar med et supplement fra samfunnet, mens georgiere skiller seg ut ved å gi familien nær sagt hele ansvaret både for barneomsorg og eldreomsorg.

Hvorvidt fordelingen er uttrykk for ulike kulturelle idealer, eller den rett og slett speiler ulike muligheter – at det er godt om offentlige omsorgstjenester i Norge og mindre eller lite i de andre landene – er foreløpig vanskelig å si.

Alt i alt synes det å være et forholdsvis godt samsvar mellom folkemeningen og politikken for Norges del. Eldreomsorgen blir i hovedsak sett som *samfunnets* ansvar; ja folk flest er tilbøyelige til å legge enda mer ansvar på samfunnet enn hva samfunnet (staten, kommunene) i dag erkjenner og påtar seg.

Del I: Innledning

Bakgrunn

Aldringen av befolkningen endrer på en fundamental måte balansen mellom generasjonene slik vi til nå har kjent den. De store fødselskullene fra etterkrigsårene er på vei inn i alderdommen og vil etter alt å dømme leve lengre enn kohortene før dem. Flere år med lav fertilitet har gitt lave barnekull, og selv om innvandringen har økt, har den ikke kunnet kompensere for den tiltakende aldringen av befolkningen og vil neppe gjøre det i årene som kommer. Utfordringen er den samme i mange andre land, ja mange steder større, for Norge og Norden var tidlig ute i den demografiske overgangen og har bevart en temmelig høy fertilitet sammenliknet med land lengre sør og øst i Europa (OECD 2005). Det dreier seg i realiteten om en global endring, men i ulik takt, der utviklingslandene etter hvert vil følge etter, men uten den grunnmur av velstand og velferd som den moderne og rike verden kan tære på.

Felles for moderne velferdsstater er en raskt voksende bekymring for at aldringen av befolkningen kan komme til å true solidariteten mellom generasjonene både privat i familien og offentlig i samfunnet: Vil familiene klare å balansere mellom hensynet til yngre og eldre generasjoner? Vil samfunnet klare å bevare den generasjonskontrakten som velferdsstaten bygger på? Bekymringen for solidariteten mellom generasjonene blir vanligvis lokalisert i den yngre generasjonen med et blikk oppover langs generasjonslinja: Vil yngre generasjoner fortsette å ta ansvar for eldre? Innenfor familien er spørsmålet om voksne barn fortsatt vil ha evne og vilje til å ta omsorg for eldre foreldre og besteforeldre. I den større sammenhengen blir det et spørsmål om villigheten til å støtte den eldre generasjonen via skatter og overføringer.

Utviklingen er ikke ensidig problematisk, for i aldringen av befolkningen ligger også ressurser og muligheter. Nyere kohorter av eldre mennesker vil jevnt over ha bedre helse enn de som gikk foran dem, og retter vi blikket ovenfra og nedover generasjonslinja, vil vi finne at foreldre og

besteforeldre i storparten av livet yter mer til sine barn og barnebarn enn de selv får fra dem. Generasjonssolidaritet er følgelig ikke bare et spørsmål om yngres solidaritet med eldre, men også om eldres solidaritet med yngre.

Dette er det store bakteppet for rapporten, men vi griper her bare fatt i en flik av det når vi beskriver hvordan dagens mønstre av behov og hjelp til dagliglivets gjøremål er, det som vanligvis omtales som omsorg og omsorgsbehov: Hva karakteriserer disse behovene, hvordan varierer de over livsløpet, og hvordan er hjelpen for å dekke disse behovene organisert? Med andre ord: hvordan er ansvaret for omsorgen fordelt mellom familien, velferdsstaten og andre? Kunnskaper om dagens mønstre er viktige her og nå, men nødvendige også for å kunne vurdere problemer og løsninger i årene framover.

Ordet omsorg viser både til et sinnelag (omtanke, medkjensle) og til en praktisk virksomhet (hjelp, pleie, tilsyn). Vi har alle behov for omsorg i den første betydningen av ordet, men ikke i den andre, og det er nettopp denne andre betydningen som legges til grunn her. Det dreier seg altså om behov for praktisk eller personlig hjelp i hverdagen, slik det vanligvis måles med såkalte IADL og ADL skalaer. Den første står for «Instrumental Activities of Daily Living» og viser til de *praktiske* (instrumentelle) gjøremålene så som innkjøp og renhold. Den andre står for «Activities of Daily Living», og viser til de *personlige* gjøremålene så som personlig hygiene og å kle av og på seg. Hvor mye kjærlighet og omtanke som legges i denne hjelpen er ikke tema her utover det leseren måtte lese indirekte ut av resultatene. Vi skal derfor heller snakke om *hjelp* snarere enn om *omsorg*, men vil variere ordbruken der det kjennes naturlig eller simpelthen for å variere språket.

Karakteren og omfanget av denne typen behovs- og hjelpemønstre har vært studert flere ganger, men opplysningene har begrenset levetid og må fornyes etter som befolkningen, levekårene og politikken endrer seg. Å oppdatere kunnskaper er en god nok grunn til å kartlegge situasjonen på nytt akkurat nå. Vi står foran en sterk økning blant de eldste i befolkningen samtidig som de middelaldrende og yngre som skal ta vare på dem ser ut til å bli (relativt) færre. Det ligger også et likestillingsperspektiv her, for kvinner har etter hvert gått inn i arbeidslivet på lik linje med menn og kan ikke lenger tas for gitt som familiens samvittighet og ubetalte omsorgsarbeider.

Men det er også andre og bedre grunner til en ny runde akkurat nå, for denne gangen kan vi bygge på en ny undersøkelse med et bedre og bredere sett av data enn i noen tidligere norske studier. Her ligger dermed et potensiale for beskrivelser og analyser utover det som har vært mulig før. Nærmere detaljer om denne undersøkelsen følger i et eget avsnitt nedenfor.

Til tross for at hjelp og omsorg har vært tema for mange tidligere studier, har vi i realiteten fortsatt store kunnskapshull både om behovene, om hjelpen og om hjelperne (Szebehely 2005). Noe av årsaken ligger i at tidligere studier oftest har hatt informasjon bare om delene og ikke om helheten. Noen har tatt for seg familieomsorgen, andre har sett på tilgangen til tjenester, bare sjelden har de to vært sett i sammenheng, og når dette har vært tilfellet, har det stort sett dreiet seg om små og lokale undersøkelser med liten generaliseringsverdi. Fordi de mest hjelpetrengende oftest ikke kan eller vil delta i intervjuundersøkelser, blir de observerte mønstrene fra slike studier ofte lite representative. Institusjonsbeboere blir for eksempel oftest utelatt. Disse blir til gjengjeld inkludert i registerbaserte studier om bruk av tjenester, men denne typen undersøkelser fanger ikke opp familiens rolle og gjør det vanskelig å danne seg et realistisk bilde av ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten (tjenestene). Det foreliggende datasettet har langt på vei kompensert for disse begrensningene og har gitt oss muligheter for å anlegge en mer helhetlig synsvinkel.

Synsvinkel

Etter som vi i hovedsak bygger på data fra en intervjuundersøkelse, har den mangler og feilkilder som hører slike studier til. Det er for eksempel vanskelig å få et fullt ut representativt utvalg av informanter, fordi de mest hjelpetrengende ofte ikke kan eller vil delta. Personer med en demenslidelse eller annen form for svikt i kommunikasjonsevnen vil f.eks. neppe være inkludert. En begrensning ved nettopp *denne* undersøkelsen er at den bare inkluderer befolkningen mellom 18 og 84 år. De eldste – med størst risiko for å være hjelpetrengende – er ikke med. Noen av dem vil riktignok fanges opp i nye runder av studien, fordi den fortsetter med nye intervjurunder hvert femte år, i neste omgang altså til 89 år. Nok en begrensning er at vi bare har intervjuet hjemmeboende, ikke bosatte i sykehjem eller

omsorgsboliger. Prevalenstill for helsesvikt og hjelpebehov som refererer til de intervjuede selv vil av disse grunner undervurdere den faktiske forekomsten i befolkningen. At vi her referer fra et stort og landsrepresentativt datasett er en stor styrke, men løser ikke problemene med selektivt frafall fra de skrøpeligste.

Vi har derfor spurt informanten ikke bare om egen funksjonsevne og egne hjelpebehov, men om helse og behov hos hans og hennes næreste andre – foreldre, partnere og barn. Via opplysninger om foreldrene får vi dermed inkludert hele alderdommen, også de aller eldste, og vi får med oss foreldre som måtte ha en demenslidelse og/eller bo i institusjon. Ingen prosedyre er imidlertid uten lyter; i dette tilfellet får vi for eksempel ikke inkludert de eldre barnløse.

Dette er noe av bakgrunnen for at vi legger relativt mindre vekt på de intervjuedes egen situasjon og desto større vekt på å kartlegge situasjonen for informantene og hans (hennes) nære andre samlet. Vi legger til grunn at mennesker inngår i sosiale nettverk som er av en slik karakter at behov hos nære andre kan ha like store konsekvenser som egne behov. Behov blant nære andre kan vekke forpliktelser om å hjelpe og gi dårlig samvittighet dersom man ikke gjør det. Foreldre kan for eksempel lide like mye – ja mer – når barna er syke som når de selv er det. Heller enn å begrense oss til individets behov eller mangel på behov, skal vi derfor studere hvordan de er lokalisert i familienettverk av behov og omsorg. Vi tar dermed på alvor at både behov og hjelp er relasjonelle størrelser, ikke rent individuelle egenskaper. Dette er et nytt grep som gir tilgang til informasjon som så langt vi kjenner til det ikke har vært tilgjengelige før i store og nasjonalt representative studier, i hvert fall ikke i Norge.

De viktigste relasjonene er for de fleste den nære familien, og vi skal derfor begrense oss til denne, nærmere bestemt til partneren, foreldrene og barna. Det er i praksis den nærmeste generasjonen (foreldre–barn) som er den viktigste kilden til hjelp ved siden av partneren (ektefellen). At beste-foreldre og barnebarn, nevøer og nieser, venner og naboer kan være like viktige for enkelte ser vi bort fra i forenklingens tjeneste. Noen har store familienettverk, andre små. Vi vet foreløpig lite om hvordan disse mønstrene varierer over livsløpet, og vi vet enda mindre om hva som ligger av ressurser

og behov i slike nettverk. Hvor mange er for eksempel uten nære andre i høy alder, og hvor mange er lokalisert mellom mindreårige barn på den ene sida og eldre foreldre (med eller uten hjelpebehov) på den andre? Dette er bare noen av de mange problemstillingene som lar seg belyse ved å anlegge denne synsvinkelen.

Opplysningene om helse, funksjonsevne og hjelp er subjektive, dvs. slik den intervjuede ser det. Vi går ut fra at de svarer i lys av de vilkår de lever under og de ressurser de selv rår over. Et hjelpebehov er dermed ikke definert ved helsesvikt aleine, men ved om helse og boforhold med mere gjør det vanskelig å klare seg i hverdagen. Noen alvorlig syke mennesker kan være lite begrenset i hverdagen, mens andre – med langt mindre helseproblemer – kan melde et behov for hjelp. Forklaringen kan komme utenfra eller innenfra eller begge deler; det som betyr noe i praksis er som regel hvordan personen selv kjenner det. Vi ser ingen grunn til å tvile på informantens egen vurdering av helse, funksjonsevne og hjelpebehov. Han og hun er den nærmeste til det for sin egen del, og den som burde kjenne best til foreldrenes, partnerens og barnas situasjon.

Problemstillinger

Hensikten med rapporten er å gi en første, og rent beskrivende, oversikt over hvordan situasjonen på området er så raskt som mulig etter at dataene var tilgjengelige. Noe av hensikten var også å identifisere problemstillinger som skal følges opp med mer detaljerte beskrivelser og analyser i framtida. Rapporten skal nærmere bestemt belyse tre større og ett sett med mindre problemstillinger under hver hovedproblemstilling:

(1) *Hva er forekomsten av helsebegrensninger og behov for hjelp til dagliglivets gjøremål over livsløpet?* Vi belyser dette for informantene selv og for deres nære andre (partnere, foreldre, barn), før vi setter det sammen til konstellasjoner av familiære mønstre av behov og (potensielle) ressurser: Hvordan endrer familiemønstrene seg over livsløpet? Hvor mange har foreldre i live (med eller uten hjelpebehov) på ulike alderstrinn? Hvor mange er lokalisert i klemme mellom barn med et tilsynsbehov og eldre foreldre som trenger hjelp og ved hvilken alder gjelder dette? Hvor mange er uten nær familie i eldre år?

(2) *Hvordan er tilgangen til hjelp? Hvem og hvor mange får hjelp og fra hvem?* Under denne problemstillingen ser vi spesielt på hvordan ansvaret for hjelpen er fordelt mellom familien, omsorgstjenestene (velferdsstaten) og andre. Hvem er den viktigste hjulpekilden. Varierer dette med alder og posisjon i familien: mellom yngre og eldre, barn, partnere og foreldre?

(3) Ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten har også en politisk side og et demokratisk element: *Hvordan mener folk flest at ansvaret for hjelp til barn og eldre bør fordeles mellom familien og velferdsstaten, og i hvilken grad er det samsvar mellom folkemeningen og den faktiske fordelingen (politikken)?*

I teksten refereres det noen ganger til endringer «over livsløpet», andre ganger til endringer «med alderen» eller til forskjeller «mellom aldersgrupper». Det mest korrekte er det siste, for et ekte studium av livsløps- eller aldringseffekter forutsetter at vi følger kohorter over tid (Daatland & Solem 2000). Våre tall og resultater viser til aldersgrupper på et bestemt tidspunkt og dermed til et antall personer og kohorter som er kommet ulike langt i sine livsløp. Observerte forskjeller mellom aldersgruppene, for eksempel at 50-årige kvinner oftere røyker enn 30-årige kvinner, kan skyldes at kohortene er forskjellige i utgangspunktet, ikke at de er i ulike faser av livsløpet og har endret atferd med alderen.

Vi kommer like fullt til å veksle mellom uttrykkene, dels for å variere språket, men dels også for å foreslå, til dels sannsynliggjøre, når det dreier seg om den ene eller andre forklaringen til de observerte forskjellene.

Undersøkelsen

Rapporten bygger på data fra to store studier som er koblet til hverandre:

- (i) Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG) er en longitudinell studie ved NOVA. Første runde av datainnsamlingen (NorLAG-1) ble gjennomført i 2002–2003 med ca. 5 500 personer i alderen fra 40 til 79 år. De samme personer inngår i datainnsamlingen for Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) og utgjør andre runde av NorLAG (NorLAG-2). Utvalget i NorLAG er trukket fra 30 lokalmiljøer i fire regioner i Norge. Den lokale forankringen gjør det mulig å integrere individdata fra intervju og

spørreskjema med lokalkunnskap og data om kommunene. Det at undersøkelsen pågår over tid og følger de samme personer med gjentatte intervjuer, gjør det mulig å undersøke aldring og rolleoverganger som prosesser (<http://norlag.nova.no>).

- (ii) Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) er et samarbeid mellom NOVA og Statistisk sentralbyrå (SSB), og representerer første runde av det norske bidraget til den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS), som er en del av FNs forskningsprogram om generasjon og likestilling (Generations and Gender Programme). Ved utgangen av 2008 hadde om lag 20 land gjennomført GGS eller var i ferd med å gjøre det: Ungarn, Bulgaria, Russland, Italia, Nederland, Japan, Tyskland, Frankrike, Tsjekkia, Georgia, Litauen, Australia, Romania, Estland, Norge, Belgia, Østerrike, Polen, Slovenia, Slovakia og Canada. Utvalget til NorLAG-2 inngår i LOGG, men LOGG inkluderer også yngre personer og har et landsdekkende utvalg av befolkningen i alderen 18–79 år på ca. 15 100 personer. GGS er planlagt som en longitudinell studie, og planen for Norges del er å følge opp med koblede NorLAG og LOGG utvalg i ytterligere to runder.

Blant styrkene til LOGG og NorLAG er at de inkluderer et stort utvalg av personer i alderen 18–79 år, som utvides med ytterligere fem år for hver runde. Den foreliggende rapporten, som bygger på NorLAG-2 og LOGG, rapporterer derfor fra et landsdekkende utvalg på ca. 15 100 personer i alderen 18–84 år, riktignok med et nokså lite antall i eldste aldersgruppe (80–84 år). Fordi det samles informasjon over en stor bredde av temaer, gir undersøkelsen(e) analysemuligheter som har manglet i de fleste tidligere studier.

LOGG/NorLAG henter informasjon om informantene via tre kilder: (i) telefonintervju, (ii) postalt spørreskjema og (iii) dataregistre. Databasen blir kompleks fordi to studier er slått sammen. Det er blant annet brukt noe ulike utvalgsriterier, noe ulike aldersgrupper og longitudinelle data for en del av utvalget og for en del av temaene.

Analysene i denne rapporten er basert på datafilen som ble overlevert i november 2008 og inkluderer et utvalg på ca. 15 100 personer i alderen 18–84 år, som utgjør et landsdekkende utvalg av befolkningen. Nærmere detaljer om utvalg, gjennomføring og representativitet er tilgjengelig i en egen

rapport fra Statistisk sentralbyrå (Lagerström 2009). Tallene i rapporten er korrigert for noen av skjevhetene i nettoutvalget ved hjelp av vekting. Å korrigere for alle typer selektivt frafall er imidlertid ikke mulig, og en svakhet som dette datamaterialet har felles med de fleste andre surveys er at de med dårligst helse er tilbøyelige til å falle ut simpelthen fordi de føler seg for svake til å delta. At bare hjemmeboende er inkludert bidrar ytterligere til å gjøre utvalget noe skjevt med hensyn til variasjonsbredden av helse i befolkningen. Vi har kompensert for dette for noen temaers vedkommende ved å hente inn opplysninger om barn, partnere og foreldre til informantene, som derved inkluderer også de som måtte ha særlig store hjelpebehov og eventuelt bo i institusjon.

I enhver form for intervjustatistikk finnes det mulige feilkilder. Med et såpass stort utvalg vil feilmarginene allikevel være små, men de blir større når vi ser på undergrupper. Her opererer man gjerne med feilmarginer på over ett prosentpoeng opp og ned.

Rapporten

Rapporten er den andre av to fra prosjektet LOGG Helse og omsorg, som er gjennomført ved NOVA med finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den første rapporten tar for seg helse og helseatferd over livsløpet (Veenstra et al. 2009). I denne andre rapporten ser vi nærmere på behov, hjelp og hjelpere, herunder fordelingen av ansvaret for dagliglivets omsorg mellom familien, velferdsstaten og andre. Del I forteller om bakgrunnen for rapporten og presenterer problemstillingene, som så følges opp i tre empiriske deler:

Del II beskriver variasjonen i helse og hjelpebehov over livsløpet.

Del III tar for seg hjelpen og hjelpere. Disse to delene (II og III) er organisert på samme måte ved at vi først tar for oss situasjonen slik den ser ut for informantene selv, og dernest for deres partnere, barn og (eldre) foreldre, før vi til slutt ser det hele i sammenheng som familiekonstellasjoner av behov, hjelp og hjelpere.

Den avsluttende Del IV tar for seg hvordan den faktiske fordelingen av hjelp og hjelpere står seg i møte med idealene blant folk flest, det vil si slik folkemeningen synes det *bør* være.

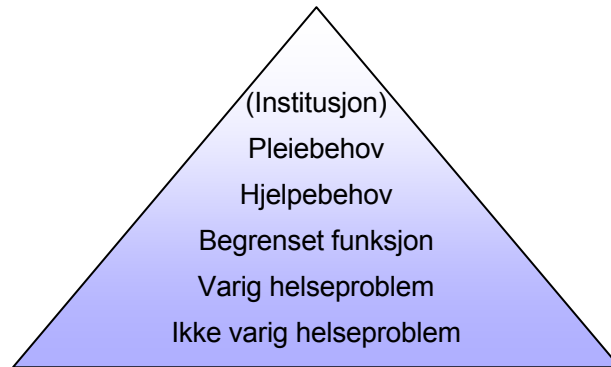
Del II: Helse og hjelpebehov

Innledning

Hva er forekomsten av helsebegrensninger og hjelpebehov over livsløpet?

Der er ingen standard definisjon for hva det vil si å ha svekket helse eller funksjonsevne, enn si et behov for hjelp eller omsorg. Tvert imot brukes mange forskjellige definisjoner, og innenfor hver av disse kan det være strengere eller mildere kriterier. Dermed er det også stor variasjon i hvilke tall som rapporteres fra undersøkelse til undersøkelse, og det er tilsvarende vanskelig å sammenlikne resultatene. Det er derfor viktig å redegjøre for hva som måles og hvordan det gjøres.

I denne undersøkelsen holder vi oss som nevnt til subjektive vurderinger, altså behovene slik den intervjuede ser det. Vi følger dessuten en prosedyre som lar oss skille mellom grader og typer av behov i en hierarkisk orden. Denne starter ved at vi først spør om man har et helseproblem eller en funksjonshemming av mer varig karakter (varig helseproblem). Neste trinn er å skille ut de som begrenses i sine daglige gjøremål på grunn av slike problemer (begrenset funksjon). Tredje trinn er å identifisere de (av disse) som trenger hjelp til ett eller flere praktiske gjøremål i hjemmet så som renhold og innkjøp (hjelpebehov). Det fjerde trinnet skiller til slutt ut de som også trenger hjelp til personlige gjøremål så som å bade og kle av og på seg (pleiebehov). Dette gir oss fire nivåer eller grader av behov slik det er vist i figur 1. Bosatte i institusjon regnes som pleietrengende.



Figur 1. Grader av behov, hierarkisk ordnet.

De nærmere detaljer om hvordan spørsmålene ble stilt, og hvordan de spurte er delt inn i de aktuelle kategoriene, er vist i Boks 1.

BOKS 1: SPØRSMÅL SOM BLE STILT FOR Å MÅLE INFORMANTENES FUNKSJONSEVNE OG HJELPEBEHOV.

- (1) Har du noen langvarig sykdom, kronisk helseproblem eller varig funksjonshemning? (ja/nei)
- (2) Begrenses du i dine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller funksjonshemning? (ja, nei)
- (3) *(Dersom helsemessige begrensninger:)*
Jeg kommer nå til å lese opp noen aktiviteter som du kanskje utfører i løpet av en vanlig dag. Vi ønsker å vite om du vanligvis kan utføre aktiviteten uten hjelp fra andre, med noe hjelp fra andre, eller om du ikke kan utføre aktiviteten. Kan du ...
- a ... handle mat (1: uten hjelp/2: trenger noe hjelp/3: kan ikke utføre)
(hvis man kan gjøre det uten hjelp fra andre, men med hjelpemidler, regnes det som "uten hjelp")
- b ... gjøre lettere husarbeid
c ... gjøre tyngre husarbeid
d ... vaske klær
e ... benytte offentlige transportmidler
- (4) *(For de som trenger noe hjelp til 3a–e ...)*
Du har sagt at du trenger hjelp til ulike gjøremål. Jeg skal nå stille noen flere spørsmål om hjelp til mer personlige ting:
- a ... dusje eller vaske deg
b ... kle på deg
c ... bevege deg fra seng til stol
d ... spise oppskåret mat
e ... gå på toalettet

Note: Spørsmål 3a-e utgjør en IADL skala (Instrumental activities of daily living); spørsmål 4a-e en ADL skala (Personal activities of daily living). Personer som trenger noe hjelp til ett eller flere av de praktiske gjøremålene (IADL) regnes som *hjelpetrengende*, og som *pleietrengende* dersom det samme gjelder for personlige gjøremål (ADL).

Vi skal i første omgang se på forekomsten (prevalensen) av de intervjuedes egne helseproblemer og hjelpebehov. Intervjuundersøkelser som denne vil, som alt nevnt, uvegerlig undervurdere den faktiske forekomsten i befolkningen, for jo dårligere helse man har, desto flere vil takke nei til å delta. De intervjuede er dermed en selektert gruppe i helsemessige forstand, også fordi vi bare har intervjuet hjemmeboende, ikke bosatte i institusjon. Prevalens-tallene vil nok være tilnærmet riktige for de som bare har små eller moderate helseproblemer, men med større avvik (undervurdering) desto større behovene er.

Som nevnt innledningsvis er det av like stor interesse å vurdere behovene blant nære andre, fordi man kan bli like berørt av sykdom og hjelpebehov hos barn, foreldre eller partnere som av egne behov. Vi følger derfor opp med egne avsnitt om funksjonsevne og behov hos partnere, foreldre og barn. For hver av disse er det et tilsvarende, men noe forenklet, sett av spørsmål som de som er vist i Boks 1. (I)ADL skalaene er for eksempel redusert til to spørsmål, ett om å ha behov for praktisk hjelp og ett om å ha behov for personlig pleie. Dertil kommer et spørsmål om man har foreldre som bor i aldersinstitusjon, som i så fall regnes som pleietrengende (med pleiebehov) – se Boks 2. Prevalens-tallene for behov blant disse nære andre er sannsynligvis mindre preget av selektivt frafall og vil dermed gi et riktigere estimat av den faktiske forekomsten i befolkningen enn tallene for de intervjuedes egne behov.

BOKS 2: SPØRSMÅL SOM BLE STILT FOR Å MÅLE FORELDRES, PARTNERES OG BARNES FUNKSJONSEVNE OG HJELPEBEHOV

Partners og barns situasjon «trekkes ut» fra et generelt spørsmål om *noen i husholdet* har varige helseproblemer og hjelpebehov:

- (1) Har noen av de du bor sammen med en langvarig sykdom, kronisk helseproblem, funksjonshemming eller psykiske problemer? I så fall hvem? (ja/nei; ja=varig helseproblem).
- (2) Begrenses (han/hun) i sine daglige gjøremål på grunn av denne (sykdommen/kroniske helseproblemet/funksjonshemmingen) i stor grad, i noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt? (begrenset funksjon=i stor, noen eller i liten grad begrenset).
- (3) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til daglige gjøremål, for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei; ja=hjelpebehov). (For barn under 18 år spørres om behov for «ekstra hjelp», for andre bare om behov for «hjelp»).
- (4) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til personlig pleie? (ja/nei; ja=pleiebehov).

Foreldres situasjon:

- (1) Er din mor/far på noen måte begrenset i sine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller nedsatt funksjonsevne? Med daglige gjøremål menes for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei; ja=begrenset funksjon).
- (2) Har din mor/far behov for hjelp til daglige gjøremål, for eksempel husarbeid, handling eller transport? (ja/nei; ja=hjelpebehov).
- (3) Har din mor/far behov for hjelp til personlig pleie? (ja/nei; ja=pleiebehov).
- (4) Bor din mor/far i en spesielt tilrettelagt bolig, i så fall hva slag? (a) alders- og sykehjem, (b) omsorgsbolig med heldøgns bemanning (tilsyn på natta ved behov), (c) servicebolig, trygdebolig, andre aldersboliger (uten heldøgnsbemanning), (d) annen institusjon).

Av særlig interesse er så at vi til slutt ser det hele i sammenheng, det vil si hvordan de intervjuede inngår i familiemønstre og behovskonstellasjoner, for eksempel hvor mange som har både barn og foreldre med helseproblemer, eller som har barn og foreldre som snarere er ressurser enn byrder hva hjelp og pleie angår. De fleste studier av helse og hjelpebehov begrenser seg til individnivået, mens folk lever sine liv i relasjoner. Vi vet langt mindre om disse relasjonene, ikke minst om hvordan folk inngår i familiære behovskonstellasjoner, og hvordan disse konstellasjonene varierer med alder, kjønn og type bosted m.v. Vi vet at det er stor variasjon i så måte, for eksempel at noen har store familienettverk mens andre kan være den eneste som er igjen i sitt familietre – uten foreldre, partnere eller barn (Daatland & Herlofson 2006). Det sier seg selv at man lever svært forskjellige liv når nettverkene er så ulike. Noen er forankret i store familienettverk med mange hjelpere, men også mange som selv kan trenge hjelp. Andre har små eller ingen nære

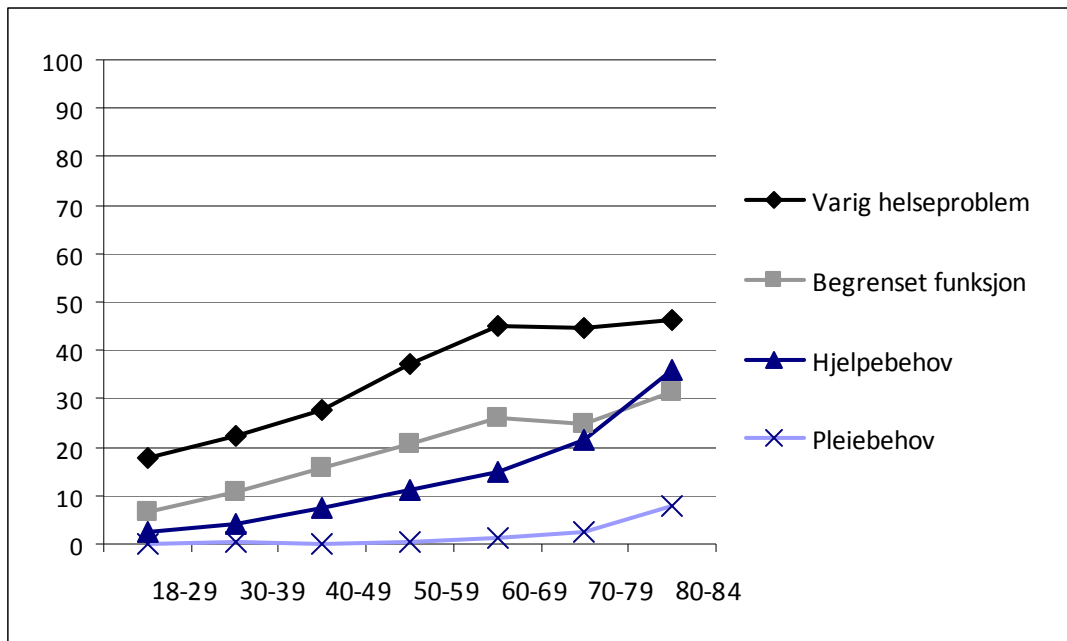
familierelasjoner. Men vi vet altså foreløpig ikke nok om hvordan disse familie- og behovsmønstrene er og hva de betyr for den enkelte, for familien og for velferdsstaten; her er altså et kunnskapshull vi kan bidra til å fylle.

Informantenes helse og hjelpebehov

Dagens mønster

Vi starter med en oversikt over hvordan funksjonsevne og hjelpebehov varierer med alderen for de intervjuede selv. Mønsteret som tegnes kan ses som en tilnærming av variasjonen over livsløpet, men et egentlig livsløpsmønster må tegnes ved å følge årskull (kohorter) over tid. Yngre kohorter har gjerne noe bedre helse og funksjonsevne enn kohortene som har gått foran dem (Lingsom 1989), men felles for dem alle er at helseproblemer og hjelpebehov øker med alderen. I teksten vil vi likevel her og der referere til «livsløp» dersom det passer med sammenhengen. Vi minner innledningsvis om at prevalenstillene, især for mer alvorlige behov for hjelp og pleie, vil være i underkant av den faktiske forekomsten (prevalensen) i befolkningen på grunn av selektivt frafall.

Figur 2 viser hvordan prevalensene for de ulike nivåer av behov øker med alderen. (Lesere som er interessert i detaljer kan finne de aktuelle tabeller og tall som figurene bygger på i vedlegget). Forholdsvis få har et *varig helseproblem* i unge år, men andelen øker nokså jevnt med alderen inntil et nivå der nær halvparten av de 60-årige og eldre har et slik problem. Når nivået deretter flater ut, har det sannsynligvis sammenheng med det selektive frafallet. I realiteten øker nok prevalensen også etter denne alderen. Merk at tallene for aldersgruppa 80–84 år bør tolkes med varsomhet fordi antall intervjuede over 80 år er lite (se note til figur 2). Den første runden av studien (NorLAG-1) inkluderte bare personer inntil 80 år. Neste trinn (NorLAG-2 og LOGG) intervjuet deltakerne fra NorLAG-1 på nytt fem år etter og inkluderte dermed også et (mindre) antall i alderen 80–84 år. De vil intervjues på nytt etter nye fem år og dermed utvide aldersbredden til 89 år.



Figur 2. Varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder.

Note: Antallet i hver aldersgruppe er: 18–29 (2841), 30–39 (2970), 40–49 (2950), 50–59 (2657), 60–69 (2062), 70–79 (1297), 80–84 (339); sum alle =15156. Prosenttallene som ligger til grunn for denne og de øvrige figurene er gitt i tabellvedlegget.

Noe over halvparten av de intervjuede med *varige helseproblemer* hadde også en *begrenset funksjon* i dagliglivet, de øvrige hadde det ikke (figur 2). Noen kan jo ha en alvorlig sykdom uten at den hindrer dem i hverdagen, ja man kan ha en alvorlig sykdom og likevel være fullt arbeidsfør. Andre kan ha små helseproblemer, som like fullt kan gjøre dem hjelpetrengende, for eksempel om man har bevegelsesproblemer og bor i en leilighet med tunge trapper inne eller ute.

At det ikke nødvendigvis er noen nær og entydig sammenheng mellom helse og funksjonsevne er illustrert i Nagi og Jettes kjente modell for funksjonshemningsprosessen (Jette 1996), og i den reviderte utgaven som er utviklet av WHO (2001). Her legges til grunn at nedsatt funksjonsevne i regelen har sin bakgrunn i en sykdom eller skade, men hvorvidt denne skal resultere i at man trenger hjelp, er også avhengig av andre faktorer så som mestringssevne og hvor funksjonsvennlige (eller -vanskelige) omgivelsene er.

En illustrasjon av at sammenhengen mellom helse og funksjonsevne ikke er svært nær, er at korrelasjonen mellom opplevd helse (fra svært god til svært dårlig) og de funksjonsvariablene som er vist i figur 2 ligger mellom 0,4 og 0,5. Storparten av variasjonen i opplevd helse skyldes dermed andre

forhold enn funksjonsevne. Korrelasjonen er enda lavere med enkelte andre helsemål, så som det å ha sviktende syn eller dårlig hørsel (ca. 0,1).

Med alderen er det altså en økende andel som *begrenses* i sine daglige gjøremål på grunn av varige helseproblemer; det dreier seg nærmere bestemt om mer enn hver femte fra 50-årsalderen av, stigende til hver tredje tidlig i 80-årene. Selv om resultatene undervurderer den faktiske forekomsten i befolkningen på grunn av det selektive frafallet, illustrerer de nok at flertallet av befolkningen er selvhjulpne til godt inn i 80-årene.

Slik vi her måler det å være *hjelpetrengende*, gjelder dette for omtrent hver femte av de intervjuede i alderen 70–79 år og godt og vel hver tredje i alderen 80–84 år. Vi finner svært små tall for *pleietrengende*: to–tre prosent i alderen 70–79 år og åtte–ti prosent tidlig i 80-årene (figur 2). Behovet for pleie melder seg oftest i enda høyere alder, men de lave prevalenstillene for pleiebehov har også sammenheng med det selektive frafallet og at bosatte i aldersinstitusjon ikke er intervjuet.

Nærmere detaljer om hva det i denne sammenhengen vil si å ha et hjelpe- eller pleiebehov, går fram av fordelingen av behov for hjelp på hvert enkelt gjøremål i IADL og ADL skalaene. Tabell 1 viser at for flertallet med *hjelpebehov* dreier det seg (bare) om å ha behov for hjelp til tyngre renhold; en del har også behov for hjelp til transport og innkjøp. Et *pleiebehov* slik det her er målt betyr primært at man trenger hjelp til bading eller til å kle av og på seg.

Tabell 1. Prosentandel (n) som trenger (noe) hjelp til daglige (praktiske og personlige) gjøremål etter alder.

Trenger (noe) hjelp til	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–84
Innkjøp	0,5	0,8	1,4	1,8	3,3	6,4	16,2
Lettere husarbeid	0,5	0,5	1,1	1,4	3,2	4,4	11,9
Tyngre husarbeid	2,0	3,8	7,4	10,8	14,6	19,6	32,9
Klesvask	0,3	0,3	0,7	1,2	2,6	4,5	13,5
Benytte offentlig transport	0,6	1,0	1,3	2,9	3,8	6,9	19,8
Indeks hjelpebehov (IADL)	2,6	4,2	8,1	12,1	15,9	22,0	36,2
Bade, dusje, vaske seg	0,1	0,1	0,1	0,3	1,2	2,1	7,8
Kle seg	0,1	0,2	0,1	0,3	0,9	1,5	3,3
Bevege seg fra seng til stol	0	0,1	0	0,2	0,6	0,7	1,5
Spise oppskåret mat	0,1	0,1	0	0,2	0,3	0,2	0,3
Gå på toalettet	0	0,1	0	0,2	0,4	0,3	0,9
Indeks pleiebehov (ADL)	0,2	0,3	0,3	0,5	1,4	2,6	8,1

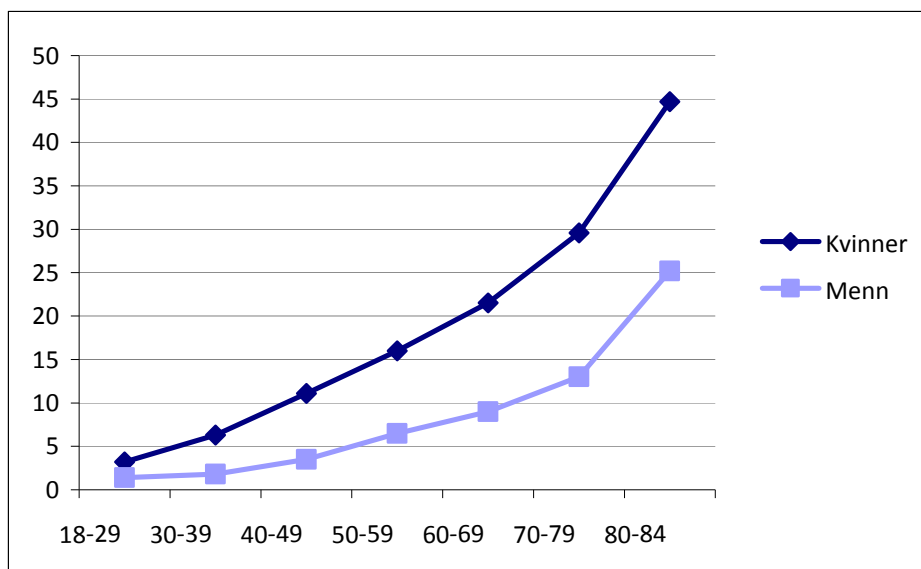
Note: Indeks for hjelpe- og pleiebehov gir andel som trenger (noe) hjelp til minst ett av gjøremålene.

Som nevnt er prevalenstall for helsesvikt og hjelpebehov følsomme for hvordan behovene er definert og målt. Vi har valgt å definere hjelpe- og pleiebehov via (I)ADL skalaene, noe som ikke bare er vanlig, men også er intuitivt lett å forstå. Omtrent samme mål og prosedyre brukes i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse, og resultatene fra de to studiene stemmer nokså godt overens. Våre tall for *hjelpebehov* er noe høyere på yngre alders-trinn, men temmelig like for de middelaldrende og eldre. Levekårsundersøkelsen oppgir for eksempel 18 prosent hjelpetrequende i alderen 67–79 år (Ugreninov 2005). Våre tall gir til sammenlikning 20 prosent (i alderen 65–79 år). Våre tall for *pleiebehov* er derimot noe lavere enn i Levekårsundersøkelsen, men her er forklaringen at vi opererer med et strengere kriterium for pleiebehov, idet vi bare inkluderer de som har behov for hjelp til ett eller flere personlige gjøremål. Levekårsundersøkelsen inkluderer også personer som klarer slike gjøremål selv, men bare med besvær.

Når vi alt i alt finner nokså like prevalenstall som Levekårsundersøkelsen, så bekrefter de to studiene hverandre og gir gjensidig tillit til at resultatene er rimelig pålitelige, men med den reservasjon at selektivt frafall nok har resultert i noe lavere prevalenser av hjelpe- og pleiebehov enn de faktiske prevalenser i befolkningen, især på de eldste aldersstrinn der prevalensen er høyest.

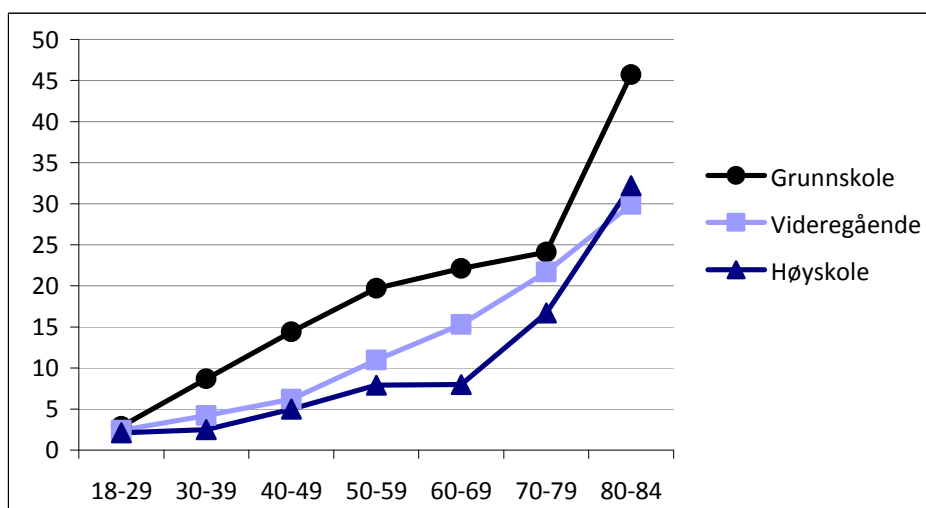
Variasjon og sosial ulikhet

Det er velkjent at helse varierer med kjønn og sosial klasse (Elstad 2008). Det finner vi også her, slik det kan illustreres med variasjonen i prevalensen av *hjelpebehov*, som er klart høyere for kvinner enn menn på alle trinn av livet, men især i eldre år og dermed økende med alderen (figur 3). At kvinner forteller om flere helseproblemer enn menn, men samtidig lever lengre, betyr kanskje at det først og fremst er de mindre alvorlige helseproblemene som er vanligere blant kvinner. Kvinner kan også være mer åpne for å fortelle om (innrømme) helsesvikt enn hva menn er.



Figur 3. Hjelpebehov etter alder og kjønn.

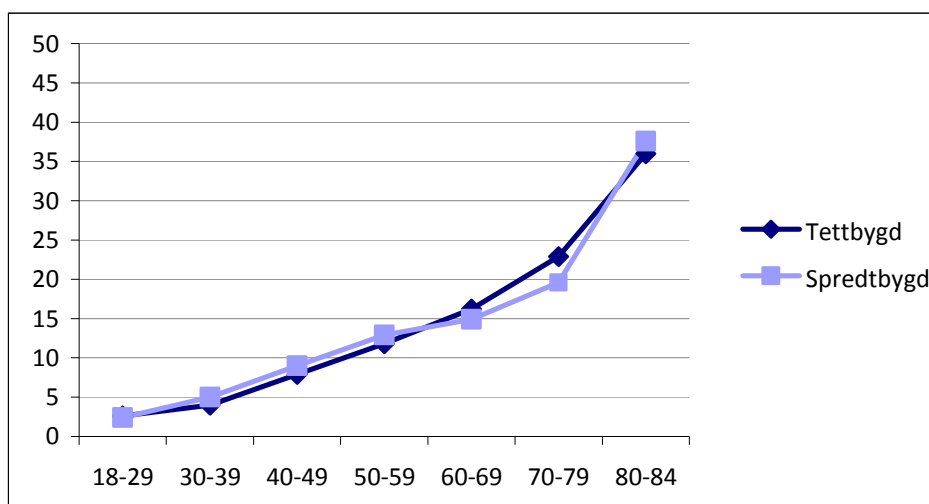
Det er også betydelig sosial ulikhet i helse slik det i figur 4 er illustrert med forskjeller i *hjelpebehov* etter utdanningsnivå. Klart flere personer som bare har grunnskole rapporterer om hjelpebehov enn tilfellet er for jevngamle med videregående og høyere utdanning.



Figur 4. Hjelpebehov etter alder og utdanning.

Derimot finner vi ingen variasjon i hjelpebehov mellom by og land slik dette kan indikeres ved forskjeller mellom bosatte i tettbygde og spredtbygde strøk (Figur 5). Andre forhold ved lokalmiljøet kan imidlertid slå ut, som yrkesstruktur og geografi m.m. Lange avstander til butikker kan for eksempel resultere i høyere andeler med hjelpebehov (til innkjøp), og områder preget av fysisk arbeid kan ha relativt flere med svekket funksjonsevne i høy alder etter et langt liv i (tungt) arbeid.

Interesserte lesere finner mer om sosiale ulikheter i helse og helseatferd i den første rapporten fra prosjektet, «Helse og helseatferd over livsløpet» (Veenstra et al. 2009).

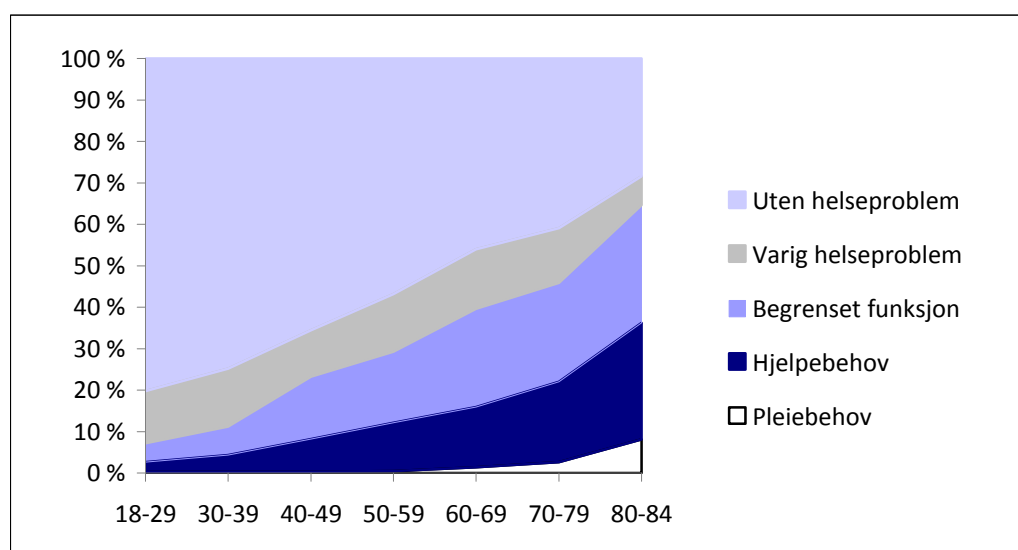


Figur 5. Hjelpebehov etter alder og type lokalmiljø (tettbygd-spredtbygd).

Alt i alt

Vi avrunder denne seksjonen med et samlet bilde av funksjonsbegrensninger og hjelpebehov blant de intervjuede. Her legger vi sammen alle som melder om minst én av de former for helsesvikt og funksjonsbegrensninger som inngår i våre mål. Dette resulterer i noe høyere prevalenstall alt i alt enn hittil vist, for selv om de fire behovstrinnene logisk sett er hierarkiske, og at personer med behov på et tyngre nivå (for eksempel hjelpebehov) bør være inkludert blant personer med behov på et lettere nivå (for eksempel helsebegrensninger), så er det i praksis ikke alltid slik. Der er for eksempel noe over 200 som rapporterer et hjelpebehov selv om de ikke melder om noe varig helseproblem eller funksjonshemming. Det samme er tilfellet for 15

personer med pleiebehov. Forklaringen kan være at de har et mer akutt helseproblem som kan gå over etter en tid og derfor ikke regnes som varig, men det kan også være at behovet er varig nok, men at personen ikke knytter det til helsesvikt. Dersom vi likevel godtar alle behovsmeldingene – også de som ikke viser seg å følge det logiske hierarkiet av behov – blir mønsteret slik det er illustrert i figur 6. Her er alle personer som oppgir mer alvorlige behov (for eksempel et hjelpebehov) også inkludert blant dem som har mindre alvorlige behov (for eksempel begrenset funksjonsevne), selv om de ikke har svart slik under intervjuet. Vi påfører dem altså den skåren som det logiske hierarkiet tilsier og «korrigerer» (justerer) fordelingen på det grunnlaget. Justeringen berører stort sett bare de lettere behovskategoriene (begrenset funksjon, varig helseproblem). Figur 6 leses best nedenfra og opp. Bare få har et pleiebehov. Ovenfor disse legges så de som har mindre behov, først et felt av personer med et hjelpebehov, dernest de som har begrenset funksjonsevne og til slutt de som (bare) har et varig helseproblem. Det resterende feltet i figuren favner de som ikke har noen varige helseproblemer. De er i flertall i yngre år men blir færre etter hvert som helseproblem og sviktende funksjonsevne melder seg med alderen. Figuren viser ellers at mer enn halvparten av befolkningen har et *varig helseproblem* (sykdom, skade) allerede fra fylte 61 år (56 år for kvinner, 66 år for menn).



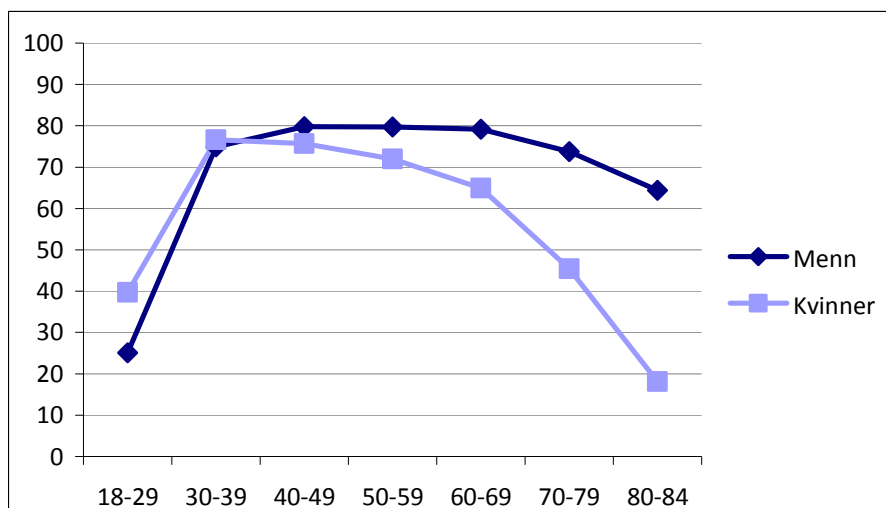
Figur 6. Prosentandel med helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder. Kumulative og justerte tall (se teksten).

Figuren illustrerer også forholdet mellom behovsnivåene, for eksempel at sannsynligheten for at et *varig helseproblem* innebærer at man også har en *begrenset funksjon* i hverdagen, ja et *hjelpebehov*, stiger med alderen. Dette er i tråd med den såkalte «environment docility hypotesen» av Lawton (1980). I den ligger at tilpasningen til et miljø er avhengig av både egen kompetanse og miljøets krav, men at man blir tiltakende sårbar for miljøets krav desto lavere kompetanse (funksjonsevne) man har. En gjennomsnittsborger vil oppleve en eller annen form for funksjonshemming i flere år av sitt liv, de fleste av disse i eldre år. Vi kan dermed trygt slå fast at en tilretteleggelse av miljøet har interesse for de aller fleste av oss før eller seinere.

Partnerens helse og hjelpebehov

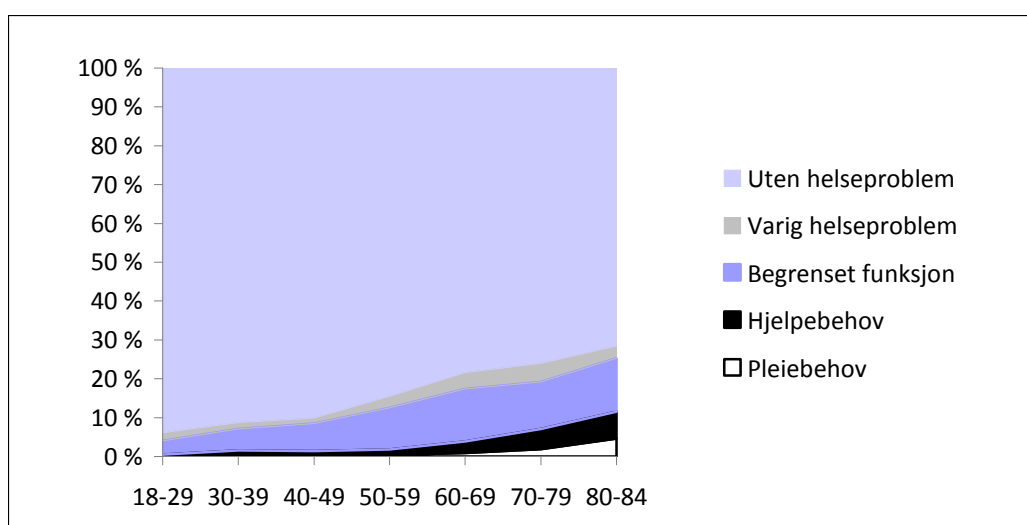
Ektefellen eller samboeren er for mange den viktigste andre; den man deler både gode og onde dager med som det heter, om ikke nødvendigvis til døden skiller en ad. Derfor kan også partnerens helse og hjelpebehov være avgjørende. Partneren er i regelen den nærmeste til å oppdage om man selv trenger hjelp, og er vanligvis også den første til å hjelpe. Man kan lide like mye med en syk partner som om det var en selv det gjaldt. Det har dermed like stor interesse å kartlegge helse og hjelpebehov blant partnerne som blant informantene selv.

Figur 7 viser hvor stor andel som har en partner på ulike alderstrinn. Figuren illustrerer at kvinner gjerne får en partner (gifter seg, flytter sammen) tidligere i livet enn menn, men de blir også enslige tidligere. Vi ser også av figur 7 at et betydelig mindretall går enslige gjennom livet. Andelen som er uten partner er for eksempel 20–25 prosent i alderen 30–55 år. Fra da av øker andelen enslige betydelig for kvinner, først og fremst fordi partneren dør. Det store flertallet av mennene er fortsatt gift tidlig i 80-årene, mens halvparten av kvinnene er enslige allerede tidlig i 70-årene. Flertallet av de gamle kvinnene er dermed enslige, mens flertallet av de gamle mennene fortsatt har en partner i live.



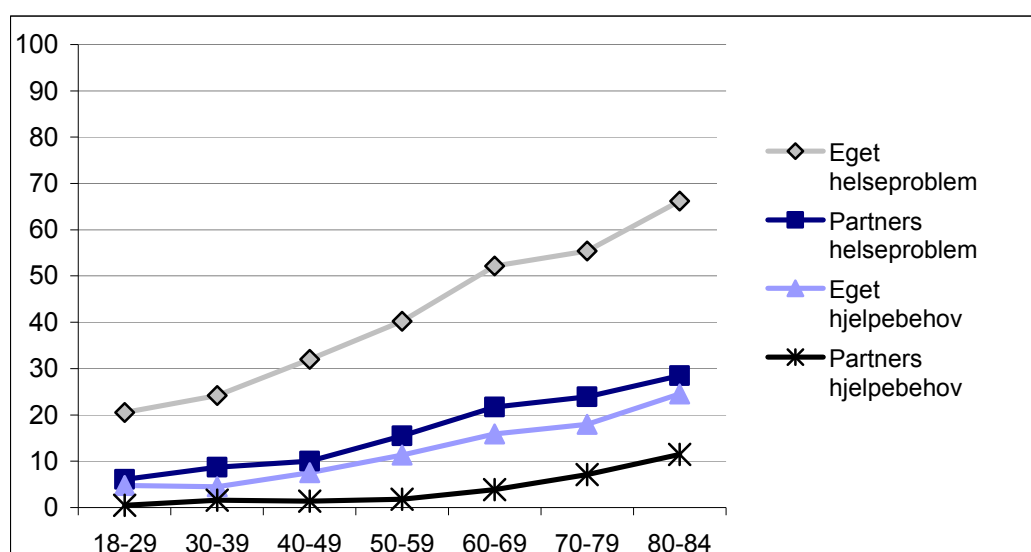
Figur 7. Prosentandel med partner etter kjønn og alder.

Å dømme etter intervjuet er det forholdsvis få som har partnere med varige helseproblemer, enn si et hjelpe- eller pleiebehov (figur 8). Blant personer i alderen 70–79 år som fortsatt har en partner i live (begge kjønn), dreier det seg nærmere bestemt om ca. sju prosent som har partnere med et *hjelpebehov* og ca. 25 prosent som har en partner med et *varig helseproblem*. Man skulle trodd at relativt flere kvinner enn menn hadde partnere med helseproblemer eller hjelpebehov etter som deres partnere ofte er eldre enn dem selv, men det synes ikke slik, for det er små eller ingen forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder rapportering av partnerens helse og behov.



Figur 8. Andel partnere etter behov og alder for personer som har partnere. Kvinner og menn samlet.

Informantene ser ut til å vurdere sine egne og partnerens behov nokså forskjellig etter som prevalensen av helseproblem og hjelpebehov er klart høyere for de intervjuede selv. Dette er illustrert i figur 9, der vi har sammenliknet vurderingen av egne behov og partnerens behov for to kriterier, det å være hjelpetrengende og det å ha et varig helseproblem. Mens over halvparten i alderen 50–79 år sier at de selv har et *varig helseproblem*, er det bare 20–25 prosent som sier at deres partnere har det. Tilsvarende gjelder for å ha et *hjelpebehov*, der 15–20 prosent av de intervjuede (med partner) sier at de selv har et hjelpebehov, mens bare 5–8 prosent mener at partneren har det.

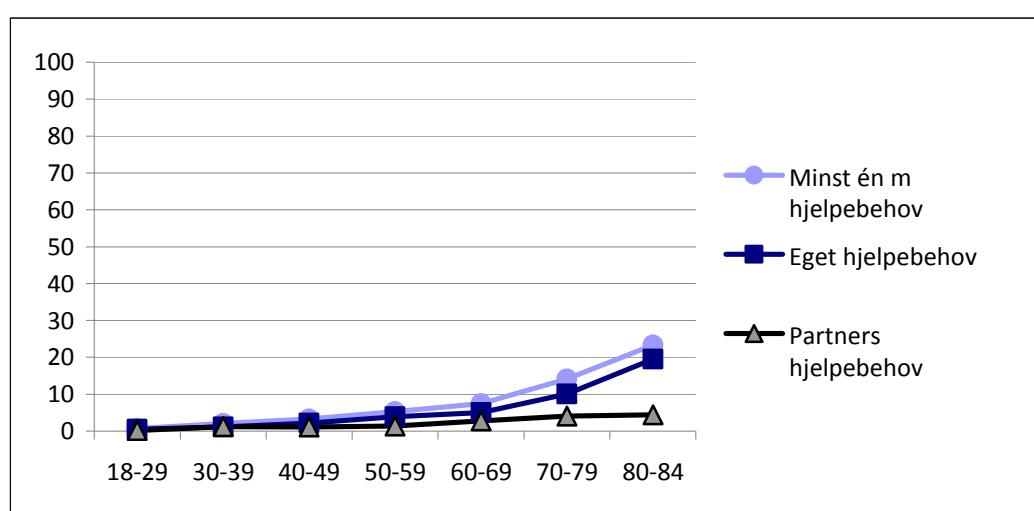


Figur 9. Prevalens av egne og partners varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder (av dem som har partnere).

Mange er seg selv nærmest, men forklaringen på forskjellene er nok i dette tilfellet snarere å finne i metoden. Egne hjelpebehov ble, som nevnt, målt ved evne til å klare en serie med praktiske gjøremål, som for eksempel tyngre renhold (se Boks 1 foran). Partnerens helse og eventuelle hjelpebehov ble registrert ved først å identifisere om noen i husholdet hadde helseproblemer og begrensninger. Etter å ha identifisert hvem dette var, for eksempel partneren, ble man så stilt ett enkelt spørsmål om vedkommende hadde behov for hjelp til daglige gjøremål (eksemplifisert som hjelp til husarbeid, innkjøp eller transport – se Boks 2 foran). Denne mer indirekte prosedyren har nok fanget opp relativt færre partnere med hjelpebehov enn den mer direkte

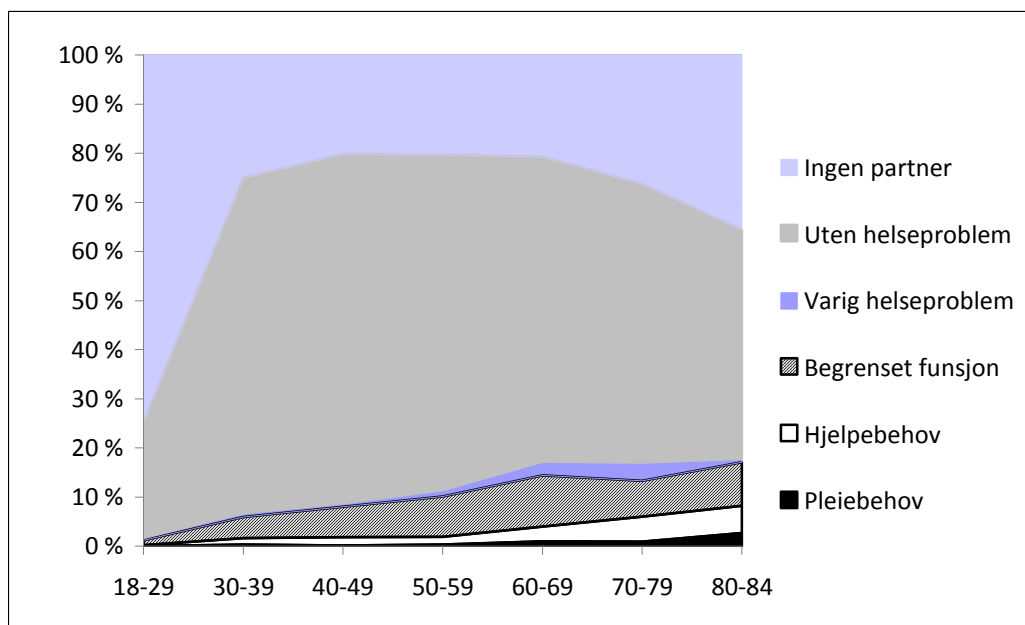
prosedyren for informanten selv. Man skal derfor være forsiktig med å tolke tallene for partnerens behov helt bokstavelig; vi tror at problemene (behovene) i realiteten er noe høyere og nærmere nivået for den intervjuedes egne behov. Det er vanskelig å se noen grunn til at partnerne reelt sett skulle være sprekere enn informantene selv.

Ser vi informanten og partneren i sammenheng, kan vi illustrere hvor mange som bor sammen med en partner der minst én av dem har et hjelpebehov. Det dreier seg om 7–8 prosent av 60-åringene, ca. 14 prosent av 70-åringene og nær ¼ av aldersgruppa 80–84 år (figur 10).

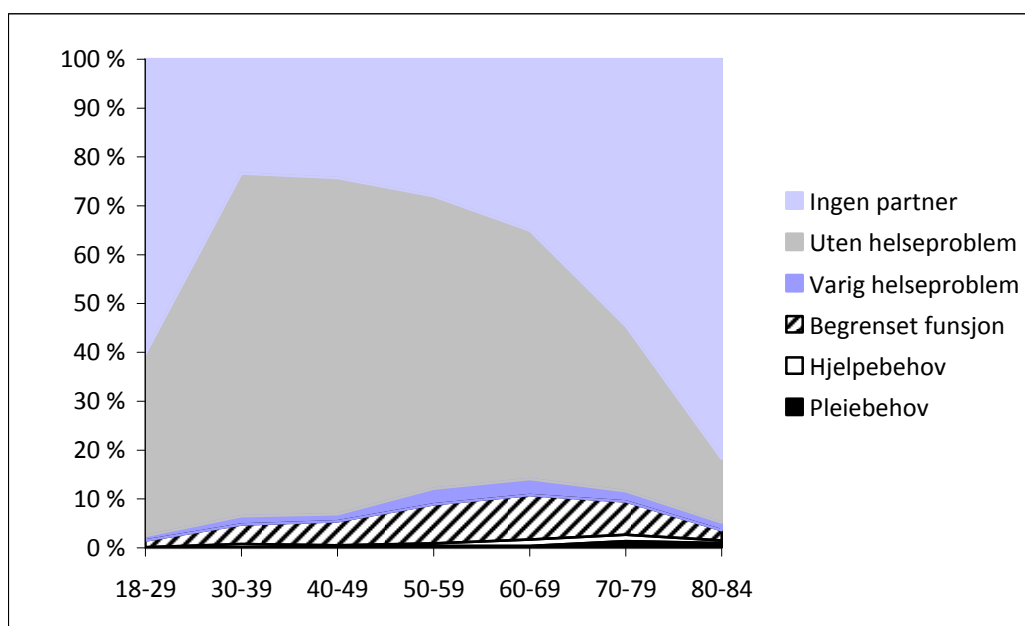


Figur 10. Prevalens med eget og/eller partners hjelpebehov etter alder.

Vi avrunder avsnittet om partnerens helse og hjelpebehov ved å se fordelingen i sammenheng for hele befolkningen på hvert alderstrinn, inklusive både personer med og uten en partner. Fordelingen vises separat for kvinner og menn, fordi mønstrene er så forskjellige i og med at langt flere kvinner blir enslige (figur 11 og 12).



Figur 11. Prevalens av menn med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder.



Figur 12. Prevalens av kvinner med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder.

Vi har alt sett at relativt få har partnere med hjelpebehov. Når vi i figur 11 og 12 utvider synsvinkelen og inkluderer hele utvalget (befolkningen) på hvert alderstrinn, ser vi at forholdsvis få av hele kohorten har en partner med et

varig helseproblem på alle alderstrinn, til og med blant de eldste, fordi mange blir enslige i høy alder. For kvinner dreier det seg om flertallet av befolkningen i alderen 70 år og over – jfr. det øverste feltet i figur 12. For kvinners del er det relativt flest som har partnere med helseproblemer i 60-årene; det dreier seg da om 14–15 prosent på det høyeste, en andel som avtar i høyere alder når flere blir enslige (enker). For mennenes del finner vi en økende andel som har partnere med helseproblemer med stigende alder inntil et nokså stabilt nivå på 17–18 prosent fra 60-årsalderen av.

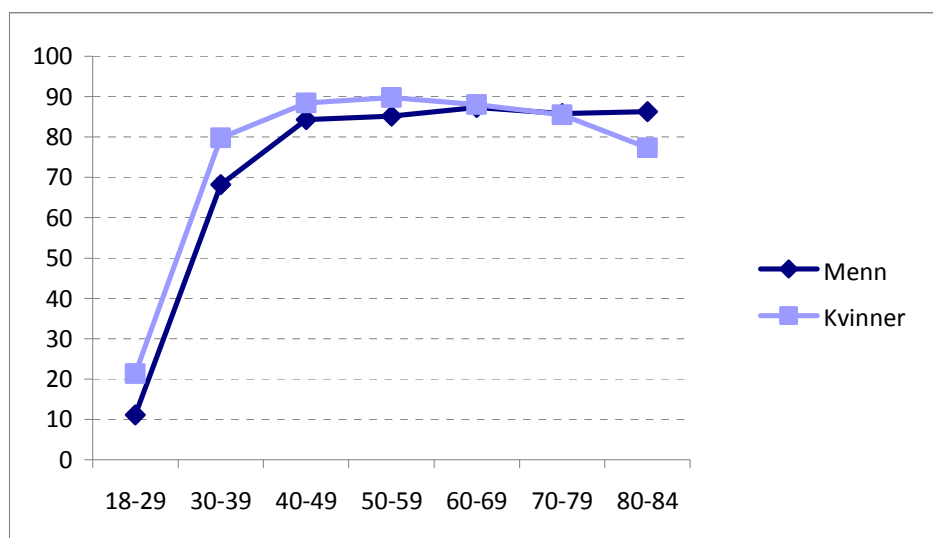
For begge kjønn gjelder det at i storparten av livet har man en partner uten påtakelig helsesvikt, dersom man overhodet har en partner. Partneren er i så måte en ressurs i storparten av livet, og kan for øvrig også være det selv om hun (han) skulle ha dårlig helse.

Barnas helse og hjelpebehov

Det er knapt noe som berører en så sterkt som hvordan barna har det. Foreldrene gleder seg med barnas gleder og lider når barna lider. Mor og far legger oftest alt annet til side dersom barna blir alvorlig syke, og om foreldrene seinere i livet får behov for hjelp, er barna gjerne de første å henvende seg til nest etter ektefellen (eller samboeren). For de som blir enslige på sine eldre dager, er barna oftest de aller nærmeste – *om* de har barn. Man er i så måte barn og foreldre hele livet igjennom, men balansen av ressurser, roller og behov skifter over livsløpet.

Familielivet er ikke alltid noen idyll; tvert imot kan det være bitter konflikt i faser av livet, og i noen familier skjer et brudd som man aldri kommer over. Relasjonen trenger ikke være død av den grunn; den kan tvert imot leve videre som et åpent sår og berøre en like sterkt, ja noen ganger sterkere, enn den gode relasjonen gjør. Vi skal imidlertid ikke gå inn i de mørkere sidene av familiens liv her, men holde oss til de ytre rammene; i dette avsnittet ved å kartlegge hvor mange som har barn og hvordan barnas helse og tilsynsbehov er: Hvor mange har barn med helsebegrensninger, med hjelpebehov eller med pleiebehov? Hvordan varierer dette over livsløpet, dvs. med foreldrenes alder? *Mindreårige barn* har også et særskilt tilsynsbehov selv om de har god helse. Det er derfor av interesse å ta med oss også denne gruppa, i dette tilfellet regnet som barn under ti år.

Vi kan for det første konstatere at det store flertallet har barn (figur 13). Fordi kvinner ofte etablerer seg med egen familie noe tidligere enn menn, er andelen med barn høyere blant kvinner enn menn i yngre år, men forskjellene jevnes ut midt i livet.



Figur 13. Prosentandel med barn etter alder og kjønn.

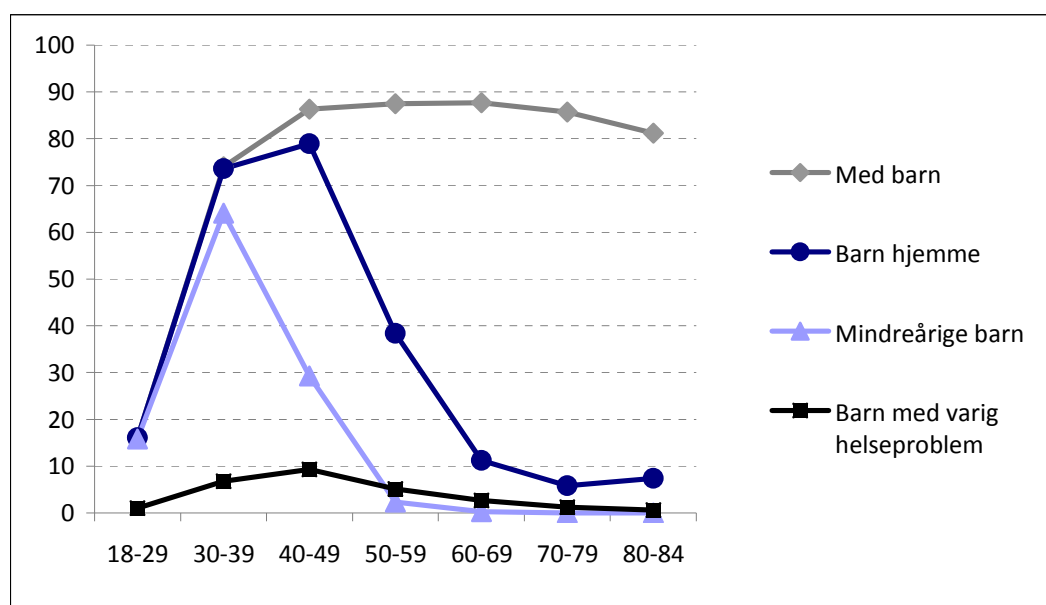
I 50-årsalderen har 90 prosent av kvinnene og 85 prosent av mennene barn (i live). Blant 60- og 70-åringene er det ingen forskjell mellom kjønnene, for noen av mennene har fått barn i modne år. Blant de eldste i vårt utvalg (80–84 år) er det relativt flere barnløse kvinner enn menn. Når andelen med barn går noe ned i høy alder, kan det ha sammenheng med at noen av barna er døde, men det dreier seg nok først og fremst om et kohortmønster; at det blant dagens gamle (80 år+) var relativt flere som ikke etablerte seg med familie og barn i yngre år fordi tidene var dårlige; de hadde rett og slett ikke råd til det, og dette var relativt oftere tilfellet for kvinner enn for menn.

Blant yngre kohorter har de aller fleste fått i det minste ett barn, men ofte bare ett eller to. Slik sett har barna (som ressurs eller byrde) blitt jevnere fordelt over kohortene enn før i tida, da relativt flere var barnløse, men også flere hadde mange barn.

Vi kommer i Del III tilbake til (de voksne) barnas rolle som kilde til hjelp for eldre foreldre. Foreløpig skal vi konsentrere oss om helse og hjelpebehov som (de yngre) barna måtte ha. For å måle forekomsten av

helseproblemer og hjelpebehov har vi fulgt samme prosedyre som for partnere (se Boks 2 foran). Vi spør altså først om det er noen i *husholdet* som har en langvarig sykdom eller et kronisk helseproblem og identifiserer så hvem dette er, for eksempel et barn. Dernest følger spørsmål om dette barnet begrenses i daglige gjøremål pga. helseproblemer og om hun eller han har behov for hjelp til daglige gjøremål (hjelpebehov) eller personlig pleie (pleiebehov). I tillegg kommer at mindreårige barn, som nevnt, vil ha et tilsynsbehov selv om de ikke har svekket helse.

I figur 14 beskriver vi forekomsten (prevalensen) av de som faller inn under disse kriteriene hver for seg, det vil si hvor mange som har barn, hvor mange som har barn hjemme (i husholdet), hvor mange som har mindreårige barn (under ti år), og hvor mange som har barn med et varig helseproblem slik det ble definert ovenfor. Andelen som har barn i husholdet trekkes spesielt fram, fordi spørsmålene om helsebegrensninger og hjelpebehov bare er stilt om disse barna, ikke om de som alt har flyttet hjemmefra. Figuren presenterer fordelingen for kvinner (mødre) og menn (fedre) samlet.



Figur 14. Prosentandel med barn i alt, med hjemmeboende barn, med mindreårige barn og med hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder.

Figuren viser igjen at det store flertallet i alderen 30 år og over har barn, og naturlig nok dreier det seg oftest om mindreårige barn når foreldrene selv er unge. Etter hvert flytter barna ut, andelen med hjemmeboende barn faller og når foreldrene er i 50-årene har flertallet av barna forlatt redet.

Det er lite vanlig for eldre å bo sammen med barn, men andelen med hjemmeboende barn er noe høyere blant de aller eldste (80–84 år) enn blant de noe yngre eldre (70–79 år) om vi skal tro tallene. Forklaringen kan være at de eldste hører til kohorter der det var noe vanligere å bo sammen på tvers av generasjonene og/eller at noen kan ha flyttet sammen med barna etter at de ble gamle og trengte hjelp eller selskap.

Etter figur 14 å dømme er det forholdsvis få som har barn med et varig helseproblem, i den grad ca. 10 prosent kan anses som «få». Andelen er som høyest blant foreldre i alderen 40–49 år; da dreier det seg nettopp om 9,3 prosent av foreldrene – noen flere (11–12 prosent) om vi regner prosentandelen bare av dem som har barn. Disse prevalenstillene er omtrent de samme som Grue (1998) fant for «barn med funksjonsbegrensning» via Helseundersøkelsene i 1985 og 1995.

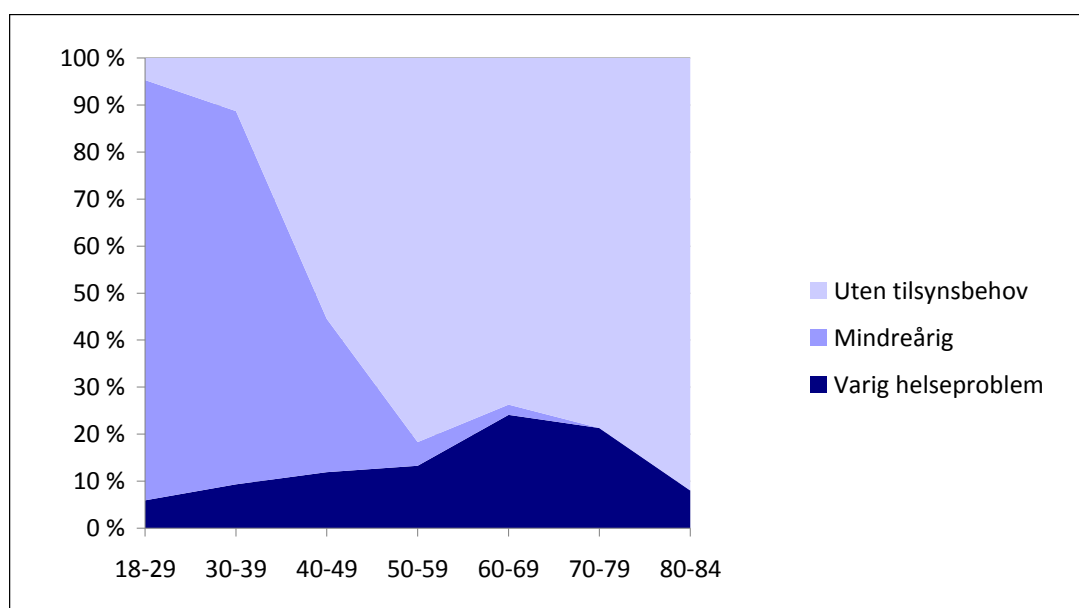
Selv om prosenttallene er forholdsvis lave, er det et betydelig antall personer som blir berørt, ikke minst om vi teller med foreldre og besteforeldre, søsken og nære venner. Barnets problemer berører mange.

Når prevalensen av barn med større eller mindre grad av helseproblemer går noe ned etter denne alderen (figur 14), skyldes det primært at barna flytter hjemmefra. Det er liten grunn til å tro at den faktiske prevalensen (medregnet barn som ikke bor hjemme) skulle gå ned. Noen kan riktignok ha blitt kvitt sitt helseproblem, men andre kan ha pådratt seg sykdom eller skade seinere i livet. Alt i alt kan det derfor virke rimelig å bruke de høyeste prevalenstillene – de for foreldre som er i 40-årene – som et estimat for prevalensen også for noe eldre barn.

Inkluderer vi tilsynsbehovet blant mindreårige barn, ser vi at det store flertallet av foreldrene i 30-årene har et tilsynsansvar for mindreårige og/eller «syke» barn (med et varig helseproblem). Det dreier seg imidlertid om en nokså kort og hektisk periode av livet. Mange vil samtidig være yrkesaktive og må finne måter å kombinere arbeid og familieliv. En mindre del kan også ha partnere eller foreldre med særlige behov, men i denne fasen av livet er det

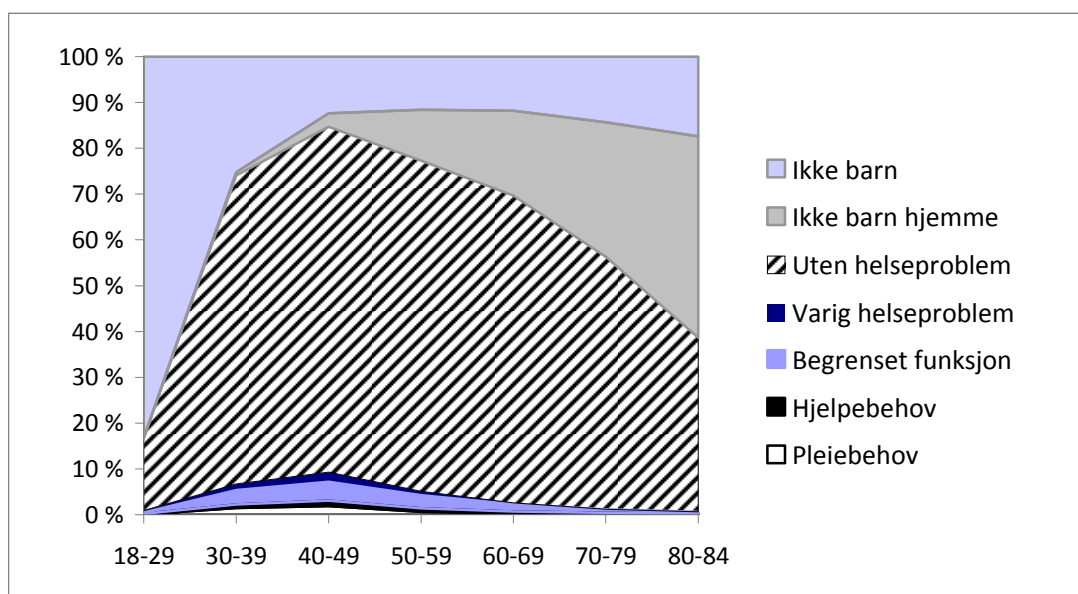
vanligere å ha friske foreldre (besteforeldre) som er til hjelp snarere enn til belastning. Her ligger enda en illustrasjon av den store variasjonen av familierformer med tilhørende behov og ressurser som fins. Mer om dette i neste avsnitt.

Figur 15 illustrerer noe av det samme som figur 14, men her bare for *de som har hjemmeboende barn*. Her ser vi at småbarnsperioden er pregende for yngre foreldre i 20- og 30-årene. Et mindre antall av dem har også barn med et varig helseproblem. Men andelen som har hjemmeboende barn med helseproblemer er særlig høy blant de noe eldre foreldrene (60 år og over). Det er trolig to ulike grunner til det. For det første at det dreier seg om noen «yngre eldre» (60–70 år) foreldre som tar seg av godt voksne barn med nedsatt funksjonsevne, og dernest at noen «eldre eldre» bor sammen med barn, men der det er de gamle foreldrene som trenger det.



Figur 15. Prosentandel som har mindreårige barn og hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder (av foreldre med hjemmeboende barn).

Figur 16 gir til slutt en samlet oversikt over hvor mange som på ulike alders-trinn har barn og hvordan barnas helse og eventuelle hjelpebehov er. Tabellen i vedlegget viser resultatene i detalj. For foreldre i alderen 40–49 år, som er det alderstrinnet av foreldre som oftest har hjemmeboende barn med særlige behov, dreier det seg alt i alt om nær ti prosent som har barn med et varig helseproblem. To–tre prosent har (bare) et *varig helseproblem*, men uten å være begrenset i dagliglivet, fire prosent har *begrenset funksjon* i hverdagen, én prosent har et *hjelpebehov* og to prosent har et *pleiebehov*.



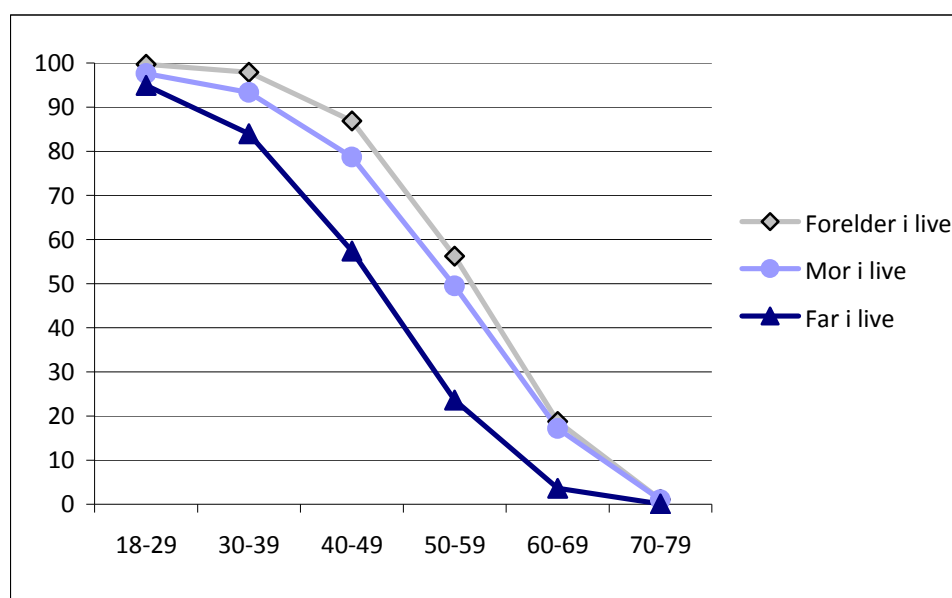
Figur 16. Prosentandel med hjemmeboende barn og barnas funksjonsevne etter alder.

Foreldres helse og hjelpebehov

Foreldre er en kilde til hjelp i storparten av livet, men med økende alder stiger risikoen for helsesvikt, for noen i en grad som gjør dem avhengige av hjelp fra andre.

La oss først se nærmere på hvor mange som har foreldre i live på ulike aldersstrinn (figur 17). Langt de fleste har rimeligvis foreldre i live når de selv er i 30-årene, men fra da av øker andelen som er uten foreldre. Midt i 40-årene (46 år) har halvparten mistet sin far; midt i 50-årene (56 år) er også halvparten uten mor og har ingen foreldre i live. I 60-årene gjenstår ca. 20 prosent som har minst én av foreldrene i live. Hun – for da dreier det seg

oftest om en mor – vil da gjerne være 80–85 år eller eldre, da sårbarheten og risikoen for helsesvikt for alvor stiger og etter hvert kan føre til et behov for hjelp eller tilsyn. Fordi hjelpebehovene oftest melder seg seint i livet, vil barna til hjelpetrengende eldre også være forholdsvis gamle, gjerne 50–60 år, i noen tilfeller enda eldre.



Figur 17. Prosentandel med far, mor og minst én forelder i live etter alder.

Prosedyren for å kartlegge hvorvidt og hvor stort behov for hjelp foreldre måtte ha er også noe forenklet sammenliknet med prosedyren som ble brukt for å registrere informantens egne behov, men den følger samme logikk (se Boks 2 foran). Vi starter med et spørsmål om mor (og far) på noen måte er *begrenset* i sine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller nedsatt funksjonsevne. De som bekrefter dette blir så spurt om mor (far) har *behov for hjelp* til daglige gjøremål og om hun (han) har *behov for personlig pleie*.

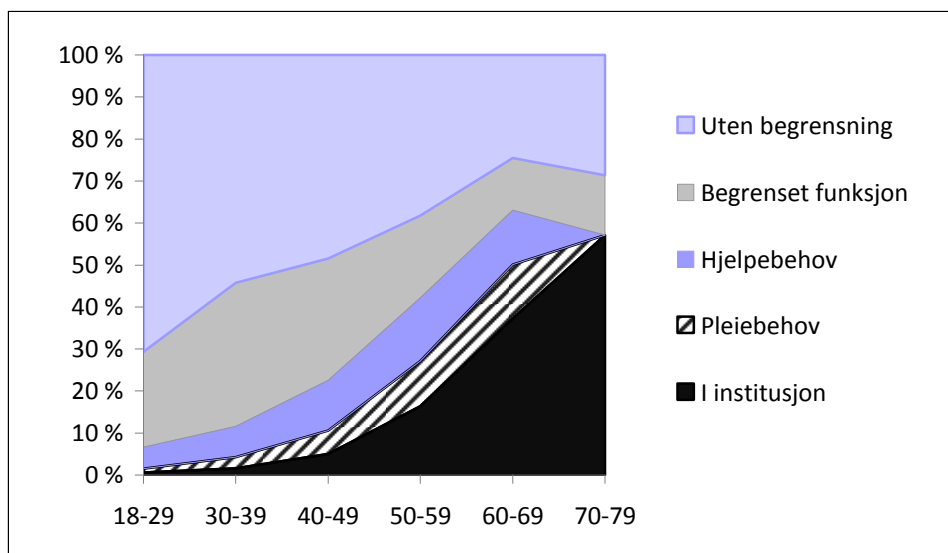
Prosedyren dekker dermed begrenset funksjon, hjelpebehov og pleiebehov, men ikke det mildeste nivået av behov (varig helseproblem) som var registrert for informanten selv og partneren. Vi vet uansett at flertallet av eldre foreldre etter hvert vil utvikle et varig helseproblem, men om dette ikke fører til at funksjonsevnen er særlig begrenset, enn si at man har et behov for hjelp, har det liten interesse i denne sammenhengen.

For foreldre er også registrert om mor og far bor i en vanlig bolig eller i en tilrettelagt boform. Vi skiller her mellom fire kategorier:

1. Alders- og sykehjem
2. Omsorgsbolig med heldøgnsbemanning (tilsyn på natta ved behov)
3. Servicebolig, trygdebolig, andre aldersboliger (uten heldøgnsbemanning), og
4. Annen institusjon.

For denne rapportens formål slår vi sammen 1, 2 og 4 til (alders-) institusjon, og beboerne i institusjoner regnes her som *pleietrengende*. Det er i praksis vanskelig å skille klart mellom sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, selv om de førstnevnte i gjennomsnitt vil ha et noe tyngre klientell og de sistnevnte (omsorgsboliger) vil ha bedre bostandard. Seksti prosent av foreldrene som på denne måten blir regnet som institusjonsboere, bor i alders- og sykehjem. De øvrige fordeler seg med 30 prosent i omsorgsboliger og 10 prosent i andre institusjoner. Kategori 3, serviceboliger m.v., regnes her som en vanlig boform og beboerne som hjemmeboende. Det dreier seg for øvrig om ganske få personer, som alt i alt utgjør 1–2 prosent av de hjemmeboende foreldrene.

Figur 18 viser fordelingen av foreldre etter førlighet og behov og informantens (det voksne barnets) alder. Figuren gjelder *de som fortsatt har foreldre i live*, og hvordan disse foreldrenes helse og eventuelle hjelpebehov er. Foreldrene er fordelt etter tyngste behov, det vil si at om minst én av foreldrene har et pleiebehov (hjemme eller i institusjon), blir hun eller han plassert der (med pleiebehov). Dernest kommer de som har foreldre som høyst har et hjelpebehov og så de som har foreldre med helsebegrensninger (men ikke et hjelpebehov). Til slutt gjenstår de som har friske og føre foreldre.



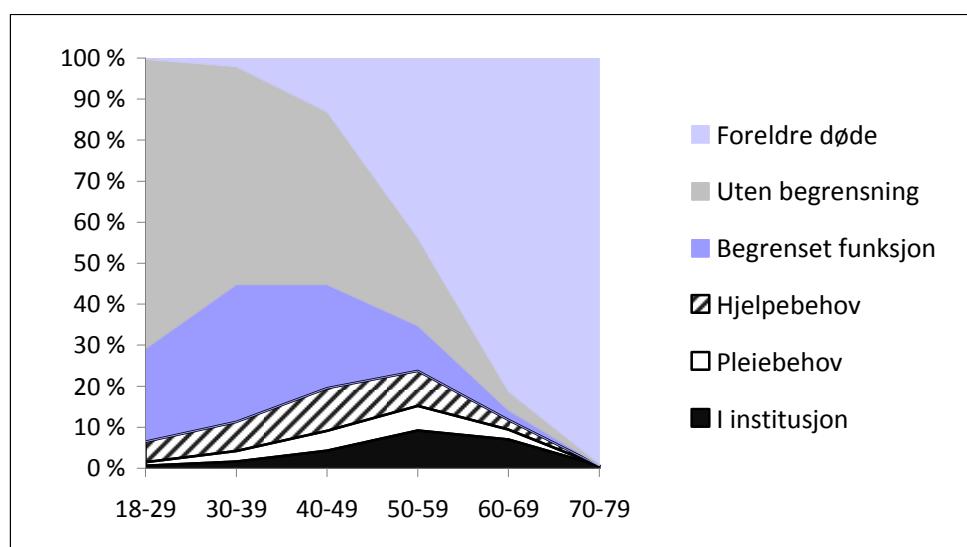
Figur 18. Prosentandel med foreldre i live etter alder og foreldres helse og hjelpebehov.

Figur 18 viser at i aldersgruppen 18–29 år er det ca. 70 prosent som har friske og førlige foreldre (uten helsebegrensning), men når man passerer 40, melder foreldrenes helsebesvær seg. Halvparten har en forelder med *begrenset funksjonsevne* når de selv er tidlig i 40-årene. Foreldrene er da gjerne i 60–70-årsalderen. Men det er først når barna er 57–58 år (i gjennomsnitt) og derover at mer enn halvparten har foreldre med *hjelpebehov*. En betydelig andel har da også foreldre med et *pleiebehov*; det dreier seg nærmere bestemt om ca. 25 prosent når (de voksne) barna er midt i 50-årene, og ca. 50 prosent når barna er midt i 60-årene. (Svært få i alderen 70–79 år har foreldre i live, og prosenttallene for denne gruppen er derfor usikre).

Vi merker oss at flertallet av *pleietrengende foreldre* bor i institusjon (eller omsorgsbolig). Det gjelder nærmere bestemt mellom 60 og 75 prosent av de pleietrengende foreldrene til barn i alderen 50–70 år. Å dømme etter disse tallene har dermed flertallet av foreldre med pleiebehov flyttet i institusjon; det er bare mindretallet som pleies hjemme.

Når vi til slutt inkluderer også de som ikke lenger har foreldre i live, og dermed ser på fordelingen for hele utvalget (befolkningen) på hvert alderstrinn, ser vi av figur 19 at 50- og 60-åringer som har foreldre med hjelpe- eller pleiebehov nok er forholdsvis mange av sine jevngamle med foreldre i

live, men de er temmelig få av alle på den alderen, fordi så mange av dem allerede har mistet begge foreldrene.



Figur 19. Fordeling av befolkningen etter om man har foreldre i live og foreldrenes hjelpebehov etter alder.

Vi ser også at den totale andelen med *hjelpetrengende* foreldre er særlig stor blant dem som er midt i 50-årene. Da dreier det seg om ca. 24 prosent av hvert årskull. Av de ca. 15 prosent på 55 år som har *pleietrengende* foreldre, er ca. 60 prosent av foreldrene i institusjon, mens 40 prosent fortsatt bor hjemme. Nær ti prosent har foreldre med et pleiebehov når de selv er midt i 60-årene, og ca. 75 prosent av disse har flyttet i institusjon (sykehjem eller omsorgsbolig med heldøgns bemanning).

Familiemønstre og behovskonstellasjoner

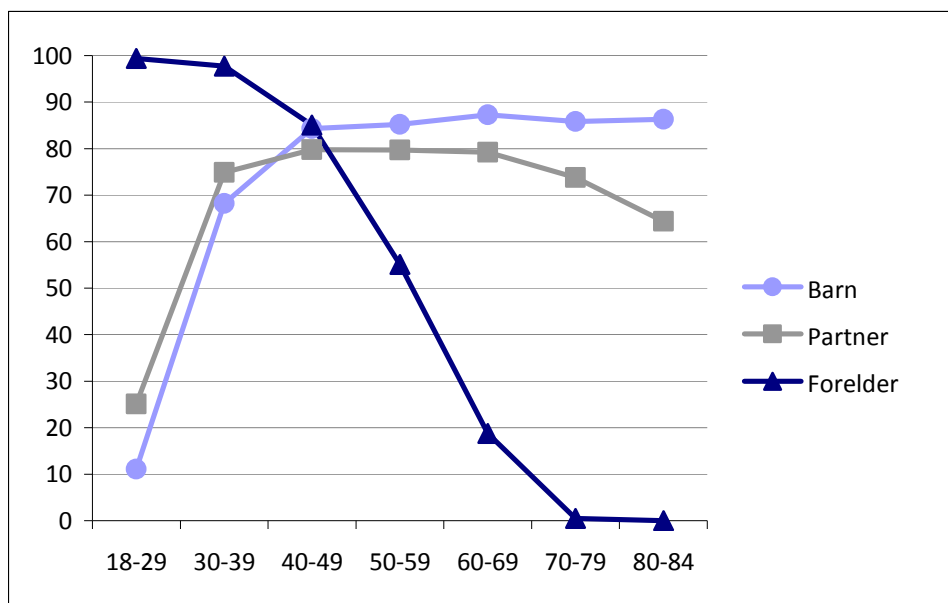
Hvor vanlig er det å være i klemme mellom familie og arbeid eller mellom generasjoner (barn–foreldre) innenfor familien? Ved hvilken alder er man i risiko for den ene eller andre typen klemme, og hvor vanlig – og langvarig – er det med slike rollekonflikter? På den andre sida: Hvor mange er uten nær familie i eldre år?

Dette er noen av mange problemstillinger som forutsetter et nettverksperspektiv; at man løfter blikket fra individet til de relasjoner som hun og han er lokalisert i. I denne undersøkelsen har vi nettopp anlagt en slik synsvinkel. Vi legger til grunn at mennesker inngår i sosiale nettverk der behov hos nære andre (partner, barn, foreldre) kan være like viktige som egne behov. Snarere enn å begrense oss til helse og behov blant de intervjuede selv, utvider vi dermed synsvinkelen til å inkludere tilstanden hos partnere, barn og foreldre. Vi har til nå tatt for oss partene hver for seg. I dette avsnittet setter vi informasjonen sammen til det vi kan kalle familie- og behovskonstellasjoner.

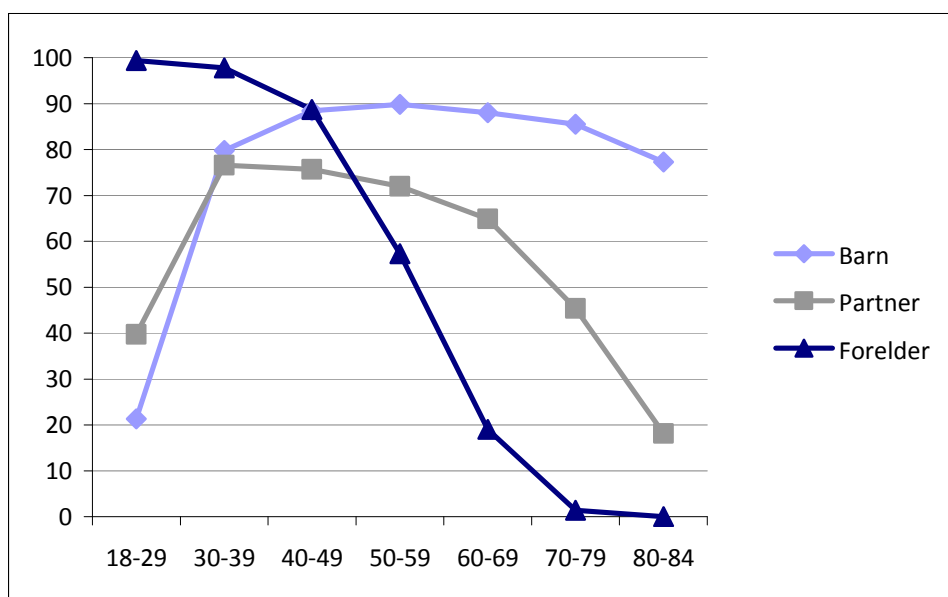
Familiekonstellasjoner

Der er mange typer familier, store og små, tette og løse. Noen står (nokså) aleine, andre er del av store nettverk horisontalt og vertikalt. Vi forenkler dette mangfoldet ved å ta for oss bare den intervjuede og de nære andre i samme generasjon (partner) eller i nærmeste generasjon over (foreldre) og under (barn). Det er nettopp disse som er de nærmeste hjelpekilder for hverandre om og når behovene melder seg. Vi forenkler ytterligere ved ikke å spesifisere hvor mange barn man måtte ha, og vi holder oss i denne omgangen til de rent strukturelle trekkene, ikke hva som ellers måtte kjenne-tegne relasjonene, dvs. om de er nære eller fjerne, varm eller kalde. Forutsetningene for *denne* rapporten krever at vi forenkler, og forenklingen kan til og med være gunstig dersom den hjelper oss å skille mellom det viktig(st)e og det mindre viktige.

Det dreier seg altså om tre posisjoner og generasjoner i familien: foreldre (Generasjon 1), den intervjuede selv og partneren (G2) og eventuelle barn (G3). Figur 20 og 21 oppsummerer hvor mange kvinner og menn som på hvert alderstrinn har relasjoner til hver av disse nære andre, det vil si som har barn, partner og foreldre i live.



Figur 20. Prevalens av menns relasjoner til nære andre etter alder.



Figur 21. Prevalens av kvinners relasjoner til nære andre etter alder.

Flertallet på alle alderstrinn har barn, men fra omkring midt i livet er det en stigende andel som mister sine foreldre. Kvinner og menn følger i hovedsak samme mønster og rytme hva barn og foreldre angår, men de skiller seg ad når det gjelder partnere: kvinner blir i regelen enslige tidligere enn menn, og mens flertallet av de eldre kvinnene er enslige, er flertallet av deres jevngamle menn fortsatt gift eller samboende.

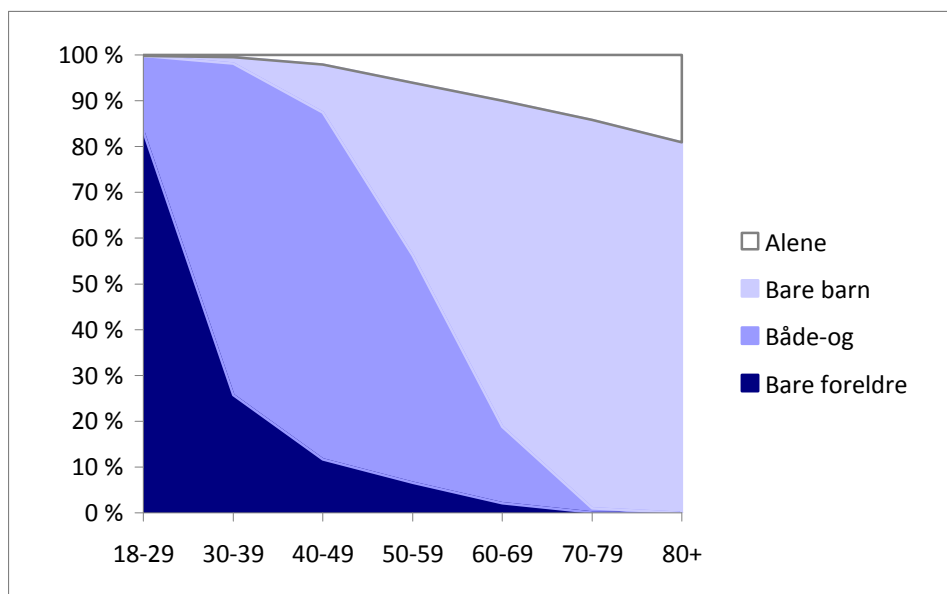
Men hvor mange er det som har *samtidige relasjoner* til disse andre? Vi kan illustrere dette ved å kombinere de aktuelle relasjonene til fire familie- og generasjonsmønstre (figur 22): (1) de som bare har foreldre (i live), (2) de som har både barn og foreldre, (3) de som bare har barn (i live), og (4) de som er alene i sin familielinje, uten verken foreldre eller barn. Hvert av disse mønstre kan ytterligere deles i to, for noen har en partner og noen har det ikke.

	Bare foreldre, ikke barn	Mellom foreldre og barn	Bare barn, ikke foreldre	Alene (verken barn eller foreldre)
Foreldre	x	x		
Selv	x	x	x	x
Barn		x	x	

Figur 22. Familiekonstellasjoner.

Note: Hver av disse kan deles i to om vi også tar med partnere, for noen i hver kategori vil ha en partner og noen ikke.

Hvordan de fire konstellasjonene fordeler seg over livsløpet (egentlig: med alderen) er vist i figur 23 for kvinner og menn samlet. Man starter som yngste generasjon og inngår tidlig i livet blant dem som bare har foreldre (og eventuelle besteforeldre og oldeforeldre). Med økende alder beveger man seg mot høyre i figuren og oppover i generasjonslinja, først ved å etablere sin egen familie og dermed selv bli en mellomgenerasjon som er lokalisert mellom egne barn og foreldre. Midt i 40-årene er derfor tregenerasjonsfamilien med både barn og foreldre i live den vanligste familieformen. Noen av dem er i realiteten en del av fire- eller femgenerasjonsfamilier, men det ser vi bort fra her.



Figur 23. Fordeling av familiekonstellasjoner etter alder for kvinner og menn samlet.

Fra 50-årsalderen og deretter er det en økende andel som mister foreldrene og blir selv eldste generasjon med barn og eventuelle barnebarn under seg. Dette er den dominerende konstellasjonen i eldre år. De øvrige er de som ikke fikk barn og som står aleine igjen i sin familielinje. Det dreier seg om ca. 15 prosent i alderen 70–79 år og ca. 20 prosent tidlig i 80-årene. Omtrent 60 prosent av dem har heller ikke noen partner og er i familiemessig forstand dermed temmelig aleine. De kan være barnløse av eget ønske eller fordi det bare ble slik. Noen av dem kan ha søsken, og noen kan ha nieser og nevøer som er tante- eller onkelbarn for dem. Noen har kanskje kompensert sine få familieband med desto sterkere relasjoner til venner. Det er altså betydelig variasjon også innad i konstellasjonene. Figur 23 illustrerer bare noe av den store variasjonen av familieformer og dermed av familieressurser og familieforpliktelser.

Vi skal se nærmere på to av konstellasjonene, nær sagt som en illustrasjon av at det kan bli både for mye og for lite familie: de som står aleine og de som er plassert imellom barn og foreldre.

I klemme?

Vi starter med de som er plassert i en mellomgenerasjon. Det har blitt økt interesse for deres situasjon de seinere åra på grunn av bekymringer for at mange kommer i klemme mellom hensynet til familien og arbeidet. Dette har tradisjonelt vært et tema for kvinner i småbarnsfamilier: hvordan gi kvinner (mødre) samme muligheter som menn (fedre) i arbeidslivet når barna er små og trenger tilsyn? Spørsmålet melder seg på nytt seinere i livet, men da med referanse til eldre foreldre med behov for omsorg, eventuelt med en kombinasjon av behov fra foreldre og barn samtidig. Men hvor vanlige er slike konstellasjoner?

Begrepet «kvinner i midten» ble i sin tid lansert av Elaine Brody (1981) som en metafor for hvordan moderne, middelaldrende kvinner er «i midten» på flere måter. Hun er midt i sitt eget liv, og da oftest lokalisert i en mellomgenerasjon mellom foreldre og barn. Viktigere er at hun kan være klemt imellom konflikterende forventninger som konkurrerer om hennes tid og krefter: Arbeidet på den ene sida og familien på den andre, og innenfor familien – mellom eldre foreldre og egne barn og barnebarn. Mange er i midten også i den forstand at de slites mellom motstridende kvinneidealer – familiekvinnen og karrieristen. Den jevngamle mannen er også lokalisert i midten, men i en mer teknisk forstand i følge Brody, for det ventes mindre av ham i familien, og han slites ikke på samme måte mellom konflikterende krav og forventninger.

Studiene som etter hvert har blitt gjort på dette området viser at det i realiteten er temmelig få som er «i midten» i den forstand at de slites mellom eldre foreldre med omsorgsbehov på den ene sida og samtidige behov fra barn og barnebarn på den andre. Foreldrenes behov melder seg i regelen først etter at barna har blitt selvhjulpne, og da barna i sin tid krevde hjelp og oppmerksomhet, var i regelen foreldrene friske og var til hjelp snarere enn til byrde.

Vi vet i realiteten nokså lite om hvor vanlige slike klemmer er. De fleste studier på området er anekdotiske, med eksempler på kvinner (eller menn) i klemme, men med liten generaliseringsverdi. Andre studier bygger på større utvalg, men er mangelfulle på andre måter, for eksempel ved at de bare tar for seg særskilte roller hver for seg (som foreldre, som barn, som yrkesaktiv),

men sjelden hvordan de henger sammen i knipper som kan komme i konflikt. Det å være i klemme har også vært målt på forskjellige måter og har dermed resultert i høyst forskjellige og lite sammenliknbare resultater (Spitze et al. 1994, Evandrou et al. 2002, Grundy & Henretta 2006).

En nyere norsk studie har tatt for seg hvor vanlig det er for personer i alderen 45–66 år å komme i klemme mellom jobb og omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre og hva konsekvensene av slike klemmer kan være (Gautun 2008a, 2008b). Utvalget omfattet bare den halvdel av befolkningen som fortsatt har foreldre i live i denne alderen. Av disse var ca. 70 prosent i en klemme i den forstand at de både var yrkesaktive og gav hjelp til eldre foreldre. Noe over halvparten av disse hadde i løpet av siste året opplevd situasjoner der det var vanskelig å kombinere forpliktelsene, og 20 prosent av dem hadde vært borte fra jobben i kortere eller lengre tid for å få tingene til å gå i hop.

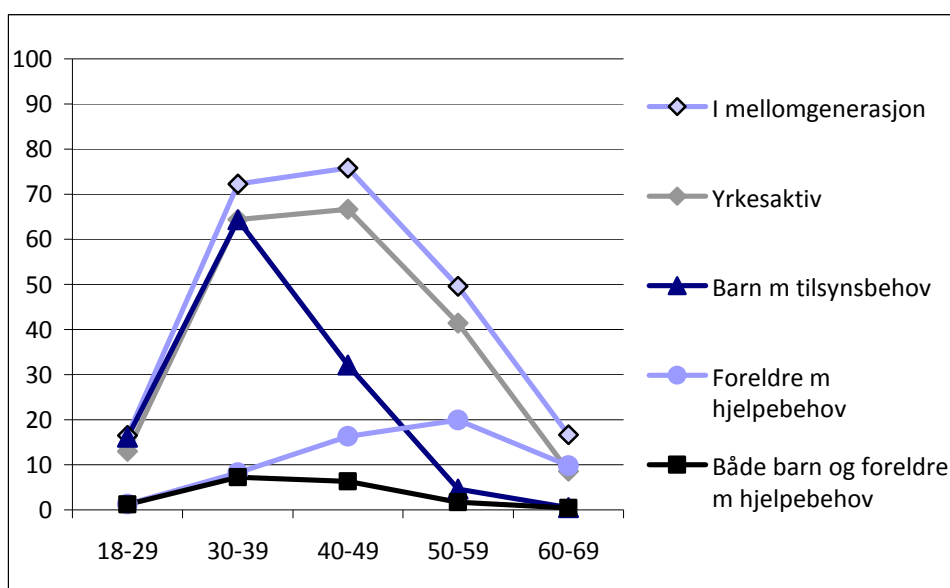
Blant de mer troverdige analyser internasjonalt er en som er basert på den tyske aldringsstudien (Künemund 2006). Her skiller man mellom ulike grader og former av klemme, fra å inkludere alle som er lokalisert i en generasjonsmessig mellomposisjon, til de som også yter omsorg oppover (til foreldre) og nedover (til barna) og samtidig er i lønnet arbeid. Konklusjonen er at det store flertallet (ca. 75 prosent) er lokalisert i en mellomgenerasjon når de selv er i 40-årene, men andelen avtar deretter fordi foreldre dør og man rykker opp til eldste generasjon selv. Men bare få (3–10 prosent for ulike grupper av kjønn og alder) er i følge den tyske studien klemme i den forstand at de både yter omsorg for eldre foreldre (minst én time per måned) og har tilsyn med små barn. Andelen blir enda lavere om det forutsettes at man samtidig er yrkesaktiv.

Vår studie gir muligheter for å studere rolleklemmer over hele livsløpet, med referanse både oppover og nedover generasjonene og utvider dermed perspektivet fra den første norske studien på området (se over). Hvordan er så situasjonen for Norges del? Hvor mange er plassert i en mellomgenerasjon på ulike alderstrinn, og hvor mange av disse kan sies å være i klemme?

Vi ser muligheten (risikoen) for å være «i klemme» som et resultat av samtidige rolleforventninger som kan stå i konflikt, for eksempel fra arbeidet (definert som det å ha arbeid som sin hovedbeskjeftigelse) og fra barn eller

foreldre med særlige behov. Vi regner «særlige behov» som *foreldre* med et hjelpebehov og *barn* som er mindreårige (under ti år) eller har et varig helseproblem (se tidligere). Friske og førlige foreldre og de noe eldre barna er vel oftere til hjelp enn til byrde.

For å være «i klemme» forutsetter vi ikke nødvendigvis at man yter hjelp eller pleie til foreldre og barn slik tilfellet var i den tyske studien, simpelthen at man befinner seg i en posisjon mellom foreldre og barn med et hjelpe- eller tilsynsbehov. *Har* man barn som trenger tilsyn, er det uansett foreldrenes (informantens og partnerens) ansvar, og *har* man eldre foreldre med et hjelpebehov, bærer de fleste på et ansvar og en bekymring uansett om det er dem selv eller andre som står for den praktiske hjelpen. Prevalenstillene for å være i klemme blir dermed noe høyere enn de ville vært om vi forutsatte at man selv ga hjelp til den aktuelle forelderens med behov. Man bør ta dette i betraktning når man tolker resultatene slik de framgår av figur 24.



Figur 24. Prosentandel «i klemme» mellom barn, foreldre og arbeid etter alder.

Figur 24 viser i likhet med figur 23 at det store flertallet (ca. 75 prosent) av befolkningen i alderen 30–50 år er lokalisert i en mellomgenerasjon. De fleste av disse (80–90 prosent) er yrkesaktive; det er først i alderen 60–69 år at andelen yrkesaktive har falt til ca. 50 prosent av alle i mellomgenerasjonen.

I 50-årene avtar andelen som befinner seg i en mellomgenerasjon fordi foreldre dør og man selv rykker opp som eldste generasjon.

I 30-årene har flertallet mindreårige barn, men det er få som samtidig har foreldre med et hjelpebehov. Da er foreldrene tvert imot både friske og førlige og ofte til hjelp for sine barn og barnebarn. Dagene kan nok være travle for småbarnsfamilier, men de fleste klarer likevel å kombinere familie og arbeidsliv: Mellom 80 og 90 prosent av dem er i arbeid, dvs. omtrent samme yrkesrate som blant dem som *ikke* har mindreårige barn. Definisjonen av yrkesaktivitet (som vedkommendes hovedbeskjeftigelse) tar ikke høyde for at noen (oftest kvinner) tilpasser seg ved å arbeide deltid.

I 40-årsalderen og deretter øker andelen som har foreldre med et hjelpebehov til en topp midt i 50-årene på ca. 20 prosent av befolkningen på denne alderen (og ca. 40 prosent av dem som er i en mellomgenerasjon). Andelen som har foreldre med et hjelpebehov faller til ca. 10 prosent for personer i alderen 60–69 år, men da har til gjengjeld flertallet av de gjenværende foreldrene et hjelpebehov. Yrkesfrekvensen er omtrent den samme for personer med og uten foreldre med et hjelpebehov. Langt de fleste er yrkesaktive og ser i så måte ut til å klare å kombinere familieansvar og arbeid. (I realiteten har 23 prosent foreldre med et hjelpebehov når de er midt i 50-årene, og 12 prosent i alderen 60–69 år; de 20 og 10 prosentene nevnt ovenfor gjelder for personer i en mellomgenerasjon – jfr. figur 19).

Det er altså svært vanlig å måtte kombinere familieforpliktelser og arbeid. Tidlig i livet dreier det seg om småbarnsfasen. Den skal de fleste igjennom før de blir 50. Fra da av øker risikoen for at (eldre) foreldre skal trenge hjelp, men det er langt færre som berøres av *denne* risikoen. Hvor mange som *føler* seg i klemme er et annet spørsmål.

Ser vi på «den ultimate klemme», der man *samtidig* har mindreårige eller syke barn *og* foreldre med et hjelpebehov, blir andelen naturlig nok lavere. På det meste dreier det seg da om 6–7 prosent av befolkningen i 40-års alderen, bare 1–2 prosent av 50-åringene. Noen kan ha en langvarig klemme, men for de fleste dreier det seg om en kort periode, som kan komme til å bli lengre i årene framover dersom man får barn seinere og foreldre lever lengre med sine plager. Når 80–90 prosent av dem samtidig er yrkesaktive, forteller det at klemmen lar seg kombinere med arbeid. Videre

analyser bør ta for seg nettopp hvor kort- eller langvarig slike klemmer er og hvor godt man tilpasser seg i en slik situasjon. Noen kan stresses av motstridende forventninger og problemer med å få tida til å strekke til (the role strain hypothesis, Goode 1960). For andre kan en jobb og arbeidskolleger utenfor hjemmet være en oase som gjør det lettere å holde ut i familieomsorgen (role accumulation theory, Marks & McDermid 1996, Thoits 1983). Vi vet foreløpig ikke nok om dette.

Familiefattige

Den andre ytterligheten hva familiekonstellasjoner angår er representert ved de som står aleine igjen i sin familielinje (se figur 23). Hvor vanlig er dette, og hvor mange av dem mangler også en partner? Er denne posisjonen like vanlig for kvinner og menn? Er det spor av sosial ulikhet i disse mønstrene, og varierer de mellom by og land?

Andelen «familieisolerte» slik det måles her, dvs. de som verken har foreldre eller barn og er aleine i sin familielinje, øker rimeligvis med alderen, fra 10 prosent i 60-årene via 14–15 prosent i 70-årene til nær 20 prosent i alderen 80–84 år. Seks av ti av disse er også uten partner. Det er dermed 10–15 prosent i alderen 70–84 år som verken har barn, foreldre eller en partner (i live), og som dermed er i en særlig sårbar posisjon med liten eller ingen sikkerhet i sin familie.

Forskjellen mellom kjønn, sosiale statuslag og typer av bosteder er moderat, men noen flere kvinner enn menn er uten familie, og de familieisolerte har snarere høy enn lav utdanning og bor oftere i byen enn på landet. Enslige kvinner har gjerne flyttet til byen i yngre år for å søke utdanning og jobb; relativt flere enslige menn har blitt boende på hjemstedet. Noen kan være homofile og kan ha søkt til byen av den grunn; det har ofte vært lettere der enn på mindre steder. Noen kan ha knyttet seg nærmere til søsken, nevøer eller nieser. Noe over halvparten av dem finner en partner, men uten å få barn, enten fordi de foretrakk det eller mot sitt ønske.

Nærmere detaljer om denne gruppas livsvilkår får bli et tema for framtidige analyser. Her tjener de til å illustrere den store variasjon som fins av familieformer og familieressurser.

Del III: Hjelp og hjelpere

Innledning

Hvordan er tilgangen til hjelp? Hvem og hvor mange får hjelp – og fra hvem?

Vi har til nå tatt for oss hvordan helse og hjelpebehov varierer over livsløpet, nærmere bestemt hvor stor andel som har varige helseproblemer, begrenset funksjon eller mer omfattende hjelpe- eller pleiebehov. I denne delen går vi fra behovene til hjelpen: Hvem og hvor mange får hjelp, og hvem kommer denne hjelpen fra – fra familien, fra omsorgstjenestene eller fra andre? Data om hjelpen viser på sett og vis også tilbake på våre kriterier for behov og sier noe om hvor alvorlige de er: Klarer man seg likevel uten hjelp, eller dreier det seg om behov som man er avhengig av andre for å dekke?

Slik tilfellet var for vurderingen av behovene gjelder også her at vurderingen av hjelperater og hjelpekilder er følsomt for hvordan de blir definert og målt; derfor en kort redegjørelse om dette innledningsvis. Vi holder oss også her til den intervjuedes vurderinger; dels av den hjelpen som hun (han) selv måtte motta og dels av den hjelpen som blir nære andre til del, dvs. hvilken hjelp foreldre, partnere og barn måtte få.

Vi er interessert i både tilgangen til hjelp og hvem som yter den, herunder hvordan hjelpen fordeles mellom uformelle (oftest familien) og formelle (oftest omsorgstjenestene) hjelpekilder. Vi spør om informantene (partneren, foreldrene, barna) har hjelp fra hjemmetjenester og institusjoner av ulike slag, og om hun (han) har uformell hjelp fra familien og andre. Det dreier seg oftest om praktisk hjelp til dagliglivets gjøremål, til dels lettere personlig pleie; alt i alt typer av hjelp som kan ytes av både profesjonelle og uformelle hjelpere og som det derfor er rimelig å sammenlikne på tvers av hjelpekilder. Rent medisinske tjenester som krever spesiell fagkunnskap faller utenfor.

Prosedyren for å måle hjelp og hjelpekilder for den intervjuede selv er noe forskjellig fra den vi bruker for å vurdere hjelp til partnere, barn og foreldre. De nærmere detaljer blir forklart under de aktuelle avsnittene, men

det dreier seg i hovedsak om at hjelp til den intervjuede selv dreier seg om hjelp *utenfra husholdet*, fordi det i praksis er vanskelig å skille den ekstra hjelp man måtte trenge fra den hjelp og service som uansett flyter mellom husholdsmedlemmer. For hjelp til foreldre, partnere eller barn gjelder ikke denne begrensningen.

Undersøkelsen inneholder også andre data om utveksling av hjelp og tjenester som det ikke har vært anledning til å analysere for denne rapporten, for eksempel utveksling av økonomisk hjelp og sosial (emosjonell) støtte. Dette blir temaer for framtidige analyser. Dessuten skal vi i denne rapporten begrense oss til det å motta hjelp. Like mange, ja flere, yter hjelp til andre, men også dette – og samspillet mellom å gi og få hjelp – får bli tema for framtida.

Prosedyren for å måle tilgangen til hjelp er altså noe forskjellig for informanten selv og for hans og hennes partner, foreldre og barn. Felles er at vi i alle tilfeller gis muligheter for å vurdere hvordan hjelpen fordeles mellom formell (tjenester) og uformell omsorg, mellom private og offentlige kilder, eller som det i hovedsak er: mellom familien og velferdsstaten (velferdskommunen). Noen kan ha hjelp fra andre kilder så som naboer, venner og frivillige. Eldreomsorgens tjenester har dessuten et innslag av private aktører, dels frivillige organisasjoner og dels omsorgsfirmaer, men disse driver i all hovedsak på oppdrag fra kommunen og dermed på offentlige midler og er en integrert del av kommunens pleie- og omsorgstilbud.

En alminnelig svakhet ved bredere intervjuundersøkelser (surveys) er at de har vanskelig for å fange opp det mangfold av små og store aktører, handlinger og hendelser som til sammen binder sammen omsorgssystemet og får det til å fungere (Daatland 1983). Det er den konkrete hjelpen som registreres lettest, det som på engelsk gjerne kalles «hands-on care», mens oppmuntring og sosial støtte, formidling, tilsyn og organisering av hjelp, ikke lar seg registrere like lett. Det er for eksempel ofte barna som hjelper en gammel mor med å få hjemmehjelp eller søker en gammel far inn på sykehjem og følger opp med jevnlige besøk. Dette blir ofte ikke registrert som «hjelp». Det samme gjelder kontakt og samvær som gjør livet levelig, som dels er en del av et vanlig familieliv, men som i noen tilfeller er et nødvendig omsorgsekstra fordi behovene krever det.

Vi starter presentasjonen av resultatene ved å ta for oss behov og hjelp blant de intervjuede selv. Vi minner igjen om at de er et selektivt utvalg hva behov og hjelp angår, fordi det normalt er størst frafall blant personer med dårlig helse. Denne begrensningen berører ikke informasjonen om foreldrene, som er representert langs hele aldersaksen, inklusive de som måtte ha flyttet i institusjon. Fordi vi får opplysningene fra deres barn, vil imidlertid barnløse eldre ikke være representert.

Vi går ut fra at voksne barn er gode kilder til informasjon om foreldres livssituasjon, slik partnere vil være det om hverandre og foreldre vil være det om sine barn. Informasjonen om foreldres, partners og barns behov og tilgang til hjelp er slik sett mer representative for befolkningen enn hva dataene om informantenes egen situasjon er. Vi kommer til å legge størst vekt på tilgangen til hjelp for foreldre, fordi dette er den største gruppa, og den gruppa som i størst grad er et delt ansvar mellom familien og velferdsstaten. Barna er først og fremst foreldrenes ansvar, mens partnere stort sett tar ansvar for hverandre, som vi skal se.

Vi avrunder kapitlet med et forsøk på å danne oss et helhetlig bilde av hjelp og hjelpere på tvers av de fire gruppene.

Informantenes hjelp og hjelpere

Alle intervjuede ble spurt om de i løpet av det siste året hadde mottatt jevnlig praktisk hjelp fra personer som ikke har det som sin jobb og som man ikke bor sammen med (Boks 3). I tilfelle man bekreftet at så var tilfellet, ble man bedt om å fortelle hvem som hjalp og hvor ofte.

Et tilsvarende spørsmål ble stilt om tilgangen til formelt organisert hjelp, det vil si hjelp fra hjemmetjenestene (se Boks 3). Dette spørsmålet ble bare stilt til personer som hadde meldt om varige helsebegrensninger. Nær en firedel av de intervjuede falt inn under dette kriteriet og ble dermed stilt følgende spørsmål: Du har sagt at du er begrenset i dine daglige gjøremål. Får du hjelp fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie, personlig assistent eller liknende?

BOKS 3: SPØRSMÅL SOM BLE STILT FOR Å MÅLE TILGANGEN TIL PRAKTISK HJELP

Om informanten selv:

- (1) Har du i løpet av det siste året jevnlig mottatt praktisk hjelp fra personer som ikke har det som sin jobb og som du ikke bor sammen med, som for eksempel hjelp til hus og hage, transport, innkjøp og lignende? (Med jevnlig menes minst én gang i måneden fra samme person)(ja/nei).
- (2) (Dersom ja) Hvem fikk du hjelp fra? (Notér inntil fem personer).
- (3) (Dersom begrenset i daglige gjøremål:) Du har sagt at du er begrenset i dine daglige gjøremål. Får du hjelp fra hjemmehjelp, hjemmesykepleie, personlig assistent eller liknende? (flere svar mulige)(ja, hjemmehjelp/ja, hjemmesykepleie/ja annet, personlig assistent og lignende).

(Det stilles også spørsmål om hvor ofte man får hjelp, men det analyseres ikke her).

Partners og barns situasjon «trekkes ut» fra et generelt spørsmål om noen i husholdet har behov og hjelp:

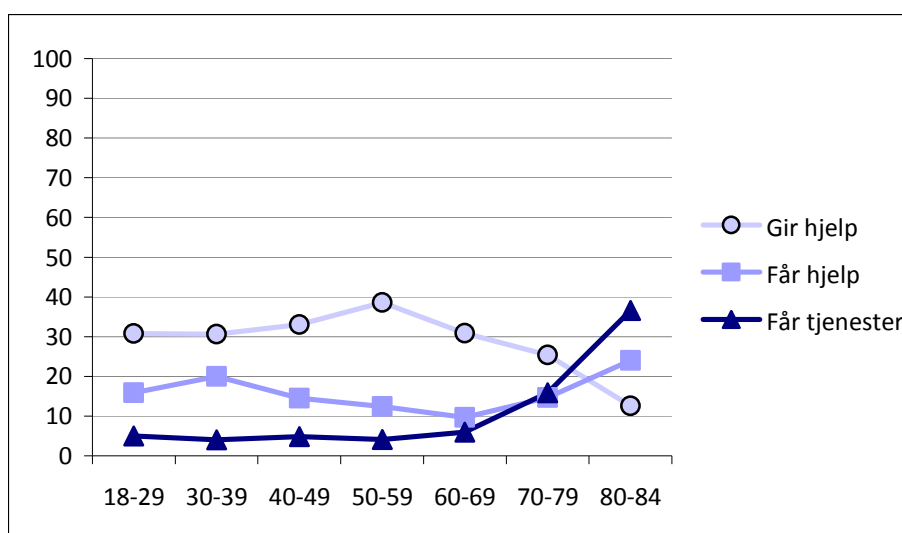
- (1) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til daglige gjøremål, for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei) (For barn under 18 år spørres om behov for «ekstra hjelp», for andre bare om behov for «hjelp»).
- (2) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til personlig pleie? (ja/nei).
- (3) (Dersom ja på 1 eller 2:) Hvem hjelper (navn)? (Flere svar mulig)(Ingen hjelp/IO hjelper/partner/hjemmehjelp–hjemmesykepleie/annen familie/personlig assistent/andre).

Om foreldrene:

- (1) (Dersom begrenset funksjonsevne:) Har din mor (far) behov for hjelp til daglige gjøremål? Med daglige gjøremål menes for eksempel husarbeid, handling eller transport)(ja/nei/vet ikke).
- (2) Har din mor (far) behov for hjelp til personlig pleie?
- (3) (Dersom ja på 1 eller 2:) Hvem hjelper din mor (far)? (Flere svar er mulige)(ingen hjelp/IO hjelper/hjemmehjelp–hjemmesykepleie/personlig assistent/familie/bor på institusjon/andre).

(Dersom foreldre bor i aldersinstitusjon eller omsorgsbolig (med heldøgns bemanning) registreres de under hjelp fra institusjon).

Figur 25 viser fordelingen av hjelp etter alder. Her er også lagt inn fordelingen av hvor mange som *gir* praktisk hjelp som en kontrast. Figuren illustrerer at det er nokså vanlig både å gi og å få hjelp fra andre; merk at det dreier seg her om *jevnlig* hjelp fra personer *utenfra* husholdet. Hadde også mer sporadiske tjenester vært inkludert, ville hjelperatene vært høyere.



Figur 25. Prosentandel med jevnlig praktisk hjelp fra/til personer utenfor husholdet, og prosentandel som mottar hjemmetjenester (av personer med begrenset funksjon) etter alder.

Mellom 30 og 40 prosent av de intervjuede i alderen 20–60 år *gir* jevnlig hjelp til andre, mens omtrent halvparten så mange (15–20 prosent) *får* slik hjelp. Noenlunde samme nivå er funnet med noenlunde samme metodikk i svenske studier fra de siste årene (Sundström & Malmberg 2006). Etter denne alderen avtar andelen som *gir* hjelp noe, mens andelen som *mottar* hjelp øker, men det er først etter 80 år at balansen er negativ i den forstand at relativt flere får enn gir hjelp. Når såpass mange flere gir enn får hjelp har det nok også sammenheng med at folk flest heller ser seg som givere enn som mottakere. Det ligger med andre ord kanskje en del selvpresentasjon i dette mønsteret.

Tilgangen til *uformell* hjelp varierer beskjedent med alderen slik det måles her, og langt mindre enn tilgangen til *tjenester* gjør. Den profesjonelle hjemmehjelp og hjemmesykepleie er mer selektivt fordelt etter alder (og behov). Den uformelle hjelpen fra familie og andre spres jevnere utover. Det er nok flere grunner til det. Gjensidig hjelp er en væremåte i familie- og vennekretser nær sagt uansett om man trenger det eller ikke.

Den ulike behovsprofilen i fordelingen av uformell og formell hjelp er illustrert i tabell 2 nedenfor. Her vises hjelperater og hjelpekilder for hele utvalget (i alderen 18–84 år) og for personer med et *hjelpebehov* (ca. 10 prosent av utvalget). Den uformelle hjelpen dominerer for utvalget som

helhet. Femten prosent har uformell hjelp, bare to prosent har hjelp fra hjemmetjenestene. Blant personer med et hjelpebehov står den formelle hjelpen sterkere (17 prosent), selv om det også blant disse er relativt flere med uformell hjelp (24 prosent).

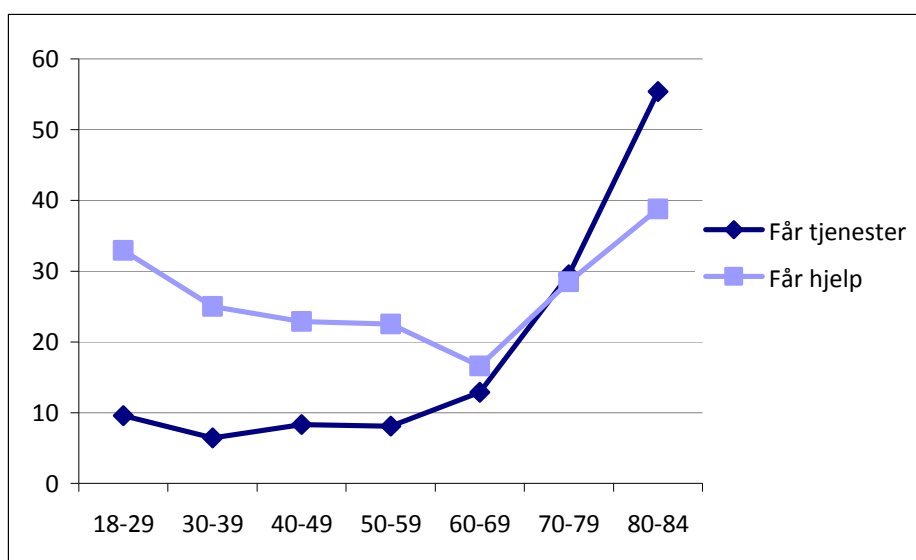
Tabell 2. Hjelp og hjelpekilder for praktisk hjelp for hele utvalget og for personer med et hjelpebehov.

	Alle	Med hjelpebehov
(Prosentandel av de intervjuede)	(100)	(9,9)
Ingen hjelp	83,8	65,2
Bare uformell hjelp	14,2	17,8
Både tjenester og uformell hjelp	0,7	6,7
Bare tjenester	1,3	10,4
Sum hjemmetjenester	2,0	17,0
Sum uformell hjelp	14,9	24,4

Tabell 2 viser også at flertallet av dem vi har regnet som hjelpetrengende øyensynlig klarer seg uten hjelp, vel å merke uten hjelp *utenfra husholdet*. De fleste gifte (80–90 prosent) har verken tjenester eller uformell hjelp; de klarer seg altså uten hjelp utenfra. Når også ca. 60 prosent av de enslige som oppgir et hjelpebehov er uten praktisk hjelp eller tjenester utenfra, forteller det kanskje at vårt kriterium for informantenes «hjelpebehov» er nokså mildt.

Figur 25 og tabell 2 sier ikke noe om *hvor mye* hjelp man får fra den ene eller andre kilden. Fra Statistisk sentralbyrås registre over brukere av hjemmetjenester vet vi at eldre (67 år+) utgjør flertallet av brukerne, men at storparten av timene går til yngre brukere, fordi noen av de yngre har svært store og tidkrevende behov for hjelp og tilsyn (Romøren 2007). De fleste eldre brukere får tildelt ganske knapt med tid, for eksempel et kort besøk eller to fra en hjemmesykepleier om dagen eller 1–2 timers hjelp til renhold annenhver uke.

Hvordan tilgangen til formell (tjenester) og uformell hjelp varierer med alderen blant informantene med et *hjelpebehov*, er vist i figur 26.



Figur 26. Tilgangen til formell og uformell hjelp blant informanter med hjelpebehov etter alder.

Vi merker oss at bare få av de yngre med et hjelpebehov har hjelp fra tjenestene. Enten klarer de seg selv til tross for sine funksjonsbegrensninger, eller de klarer seg med hjelp fra en partner eller andre de bor sammen med. Når det er høyere bruksrater blant eldre, kan det skyldes at de har mer alvorlige hjelpebehov, at de oftere bor alene, eller at tjenestene er tilbøyelige til å prioritere eldre brukere ved tildeling av hjelp (men yngre får kanskje mer hjelp – se ovenfor). Figuren viser hvor mange (andelen) som har hjelp fra de to hjulpekildene, ikke hvor mye hjelp de får fra dem.

Partnernes hjelp og hjelpere

Som redegjort for i Del II var det relativt få som hadde partnere med et hjelpebehov. Vi antok at forklaringen til den lave prevalensen av behov blant partnere lå i måten behovsregistreringen var gjort. De nærmere detaljer om partnernes hjelpebehov ble beskrevet i figur 11 og 12 ovenfor.

For partnere med et *hjelpebehov*, ble man så spurt *om* de fikk hjelp og i så fall *fra hvem*. Hvem er det så som hjelper de 239 partnere som i følge informantene har et hjelpebehov?

Tabell 3. Hvem hjelper partnere med hjelpebehov?

1. Ingen	2,5
2. Informanten selv	68,1
3. Familie (ellers)	9,9
4. Hjemmehjelp/hjemmesykepleie	19,1
5. Personlig assistent	2,8
6. Andre	4,4
Sum	106,8
(n)	(239)
Familie i alt (2/3)	72,3
Tjenester i alt (4/5)	20,9
Bare familie	62,8
Bare tjenester	11,3
Både tjenester og uformell hjelp	9,6
Verken tjenester eller uformell hjelp	16,3

Note: Summen overstiger 100 prosent fordi noen har nevnt hjelp fra flere kilder. Svar 2 eller 3 regnes som «familie», svar 4 eller 5 som «tjenester». Svaret «partner» (som har hjulpet seg selv) ble avgitt av 16,5 prosent og er holdt utenfor fordelingen.

Den viktigste hjelperen til partneren er rimeligvis informanten selv (68 prosent), dvs. at partnerne hjelper hverandre, med litt støtte fra hjemmetjenestene (19 prosent), til dels fra andre i familien (10 prosent).

Barnas hjelp og hjelpere

Spørsmålene som er stilt om behov, hjelp og hjelpere er bare stilt om *hjemmeboende barn*. Tabell 4 viser fordelingen av de viktigste hjelpeskilder for disse, nærmere bestemt for de 226 hjemmeboende barna som i følge informanten har et hjelpebehov.

Tabell 4. Hvem hjelper hjelpetrequende (og hjemmeboende) barn?

1. Ingen	2,2
2. Informanten selv	78,2
3. Partneren	44,3
4. Familie (ellers)	18,1
5. Hjemmehjelp/hjemmesykepleie	6,3
6. Personlig assistent	12,2
7. Andre	18,9
Sum	181,3
(n)	(226)
Familie i alt (2/3/4)	90,7
Tjenester i alt (5/6)	17,8
Bare familie	77,8
Bare tjenester	4,9
Både tjenester og uformell hjelp	12,9
Verken tjenester eller uformell hjelp	4,4

Note: Summen overstiger 100 prosent fordi noen har nevnt hjelp fra flere kilder. Svar 2, 3 eller 4 regnes som «familie», svar 5 eller 6 som «tjenester».

Det er ingen overraskelse at den overveiende del av hjelpen til barna kommer fra foreldrene, dvs. fra informanten selv og partneren. En del har støtte fra familien ellers, trolig først og fremst fra besteforeldre. Noen har også hjelp fra tjenestene og «andre»; vi kan for eksempel merke oss at 12 prosent oppgir at barnet har hjelp fra en personlig assistent.

Foreldrenes hjelp og hjelpere

Foreldrenes behov

På grunn av det selektive frafallet gir opplysninger om foreldrenes behov og tilgang til hjelp sannsynligvis et mer representativt estimat for den eldre befolkningens del enn opplysningene om informantene selv. Også her kan det naturligvis ligge skjevheter, for de intervjuede er ikke alltid informert om foreldrenes behov, ei heller om deres tilgang til hjelp. De vet hva de selv står for, men ikke nødvendigvis hva deres søsken bidrar med eller hvilken type og mengde hjelp foreldrene måtte få fra andre. Det kan også ligge en skjevhet i barnas svar, idet de kan være tilbøyelige til å overvurdere sin egen innsats for å komme i godt lys. Viktigere er at barnløse eldre ikke er inkludert. Fordi barnløse har mindre tilgang til familiehjelp, vil fraværet av barnløse eldre prege resultatene i retning av å overvurdere familiehjelpen sammenliknet med hjelpen fra tjenestene.

Opplysningene er altså ikke uten risiko for feilkilder, men det er vanskelig å tenke seg en aktør som kunne gi mer gyldig informasjon. Via barna får vi informasjon om skrøpelige foreldre som på grunn av helseproblemer eller kognitiv svikt ikke selv ville ha deltatt. Vi får også inkludert institusjonsbeboere. Personalet i omsorgstjenestene ville neppe vært en bedre informant. De vet riktignok hvilke tjenester brukeren har, men ikke alltid hvilken hjelp hun (han) måtte få fra familien eller andre, og de som bare har hjelp fra den uformelle omsorgen ville personalet ikke kunnet rapportere om. Vi kjenner oss dermed rimelig trygge for at de voksne barna er gode, om enn ikke feilfrie, informanter om sine eldre foreldre.

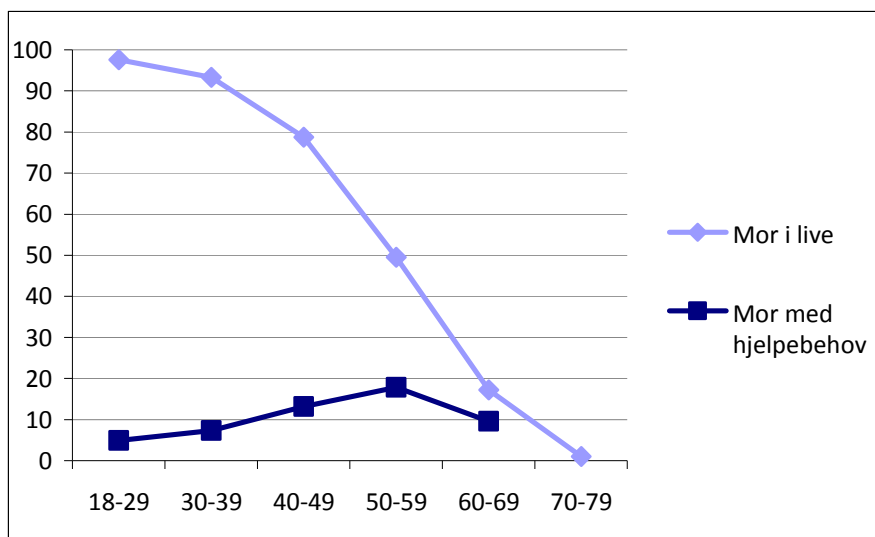
Prosedyren som er fulgt for hjelp til foreldre er redegjort for i Boks 3. Vi spør først om informantens mor (far) har behov for hjelp til daglige gjøremål (til husarbeid, handling eller transport). Hvis mor (far) har begrenset funksjonsevne, spørres også om hun (han) har behov for hjelp til personlig pleie. Dersom det svares ja på ett av disse spørsmål spørres: Hvem hjelper din mor (far)? Man får anledning til å velge mellom et antall hjelpekilder med muligheter for å velge flere; noen kan jo ha hjelp fra flere kilder.

Prosedyren ser ut til å ha fungert godt idet svært få svarer at de «ikke vet» om foreldrene har et hjelpebehov eller ikke. Og når foreldre er blitt sagt

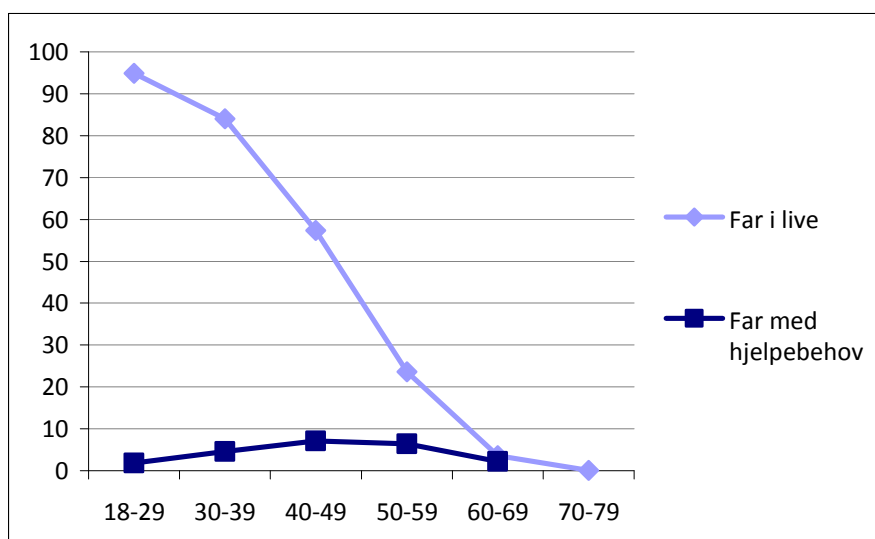
å ha et hjelpebehov, er det også svært få som sier at foreldrene «ikke har noe hjelp». Det er nok stor variasjon i grader av hjelpebehov, men at det dreier seg om reelle behov som man trenger hjelp fra andre til virker dermed sikkert nok. Intervjuet inneholder også annen informasjon om foreldres behov (for eksempel om kognitiv svikt), men rammen for rapporten tillater oss ikke å gå inn på dette her.

I forrige kapittel viste vi hvordan foreldrenes helse og funksjonsevne varierer med alder (egentlig: med deres barns alder). Her forenkler vi ved å konsentrere oss om de som har et *hjelpebehov* slik dette ble definert som inngang til spørsmålene om hjelp og hjelpekilder. Hvor mange som har foreldre i live, og hvor mange som har foreldre med et hjelpebehov er vist i figur 27 og 28 nedenfor, separat for mødre og fedre. Foreldre som bor i aldersinstitusjon og omsorgsbolig er inkludert blant disse, selv om noen få av dem – og da stort sett foreldre i omsorgsbolig – ikke ble sagt å ha et hjelpebehov. Vi «overstyrer» dette svaret og inkluderer dem blant de hjelpe-trengende, for det er normalt nettopp et hjelpebehov som har ført dem til institusjonen eller omsorgsboligen. Det dreier seg under alle omstendigheter om få personer som det er denne motstridende informasjonen om, og fordelingen ville vært omtrent den samme om de var inkludert eller ikke.

Figur 27 og 28 viser – slik vi også redegjorde for i forrige kapittel – hvordan det blir stadig færre med mor og far i live med stigende alder. Midt i 50-årene har omtrent halvparten fortsatt en mor i live, et tiår senere bare en firedel. Derimot øker andelen som har en *mor (far) med hjelpebehov* med økende alder, inntil også denne andelen avtar når barnet er ca. 60 år. Ser vi de to kurvene i sammenheng, illustreres hvordan de fleste har friske og førlige foreldre inntil de (barna) selv er i 40–50 årene. Fra da av øker frekvensen av foreldre med behov for hjelp, men selv om flertallet av foreldrene til barn i 60-årene er avhengig av hjelp, dreier det seg om nokså få av befolkningen i 60-årene, fordi flertallet har mistet foreldrene alt før de har passert 60.



Figur 27. Prosentandel med mor i live og mor med hjelpebehov etter alder.



Figur 28. Prosentandel med far i live og far med hjelpebehov etter alder.

Hvem hjelper?

Hvem er det så som hjelper? Vi skal kartlegge hjelpeskildene så langt som intervjukjemaet gir muligheter for og vurdere fordelingen mellom familien, omsorgstjenestene og eventuelle andre. I denne omgangen er vi bare opptatt av hvem som hjelper, ikke hvor mye man hjelper. Hver hjelper teller dermed like mye.

Fordelingen av hjelp og hjelpeskilder er gitt i tabell 5, separat for hjelp til hjelpetrengende mødre og fedre.

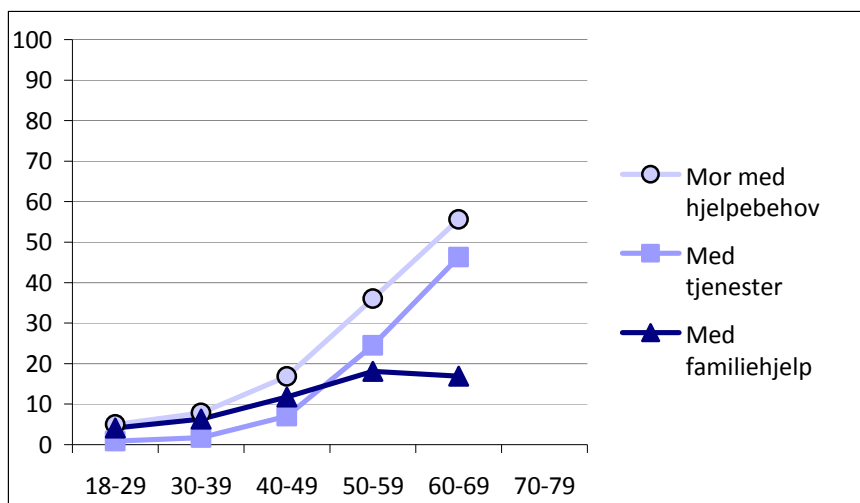
Tabell 5. Hvem hjelper mødre og fedre med hjelpebehov?

	Mødre	Fedre
1. Ingen	1,8	3,6
2. Informanten selv	20,4	10,9
3. Familie (ellers)	51,4	53,3
4. Hjemmehjelp/hjemmesykepleie	29,0	28,3
5. Institusjon/omsorgsbolig	25,8	26,0
6. Personlig assistent	1,9	1,3
7. Andre	7,0	5,2
Sum	137,4	128,6
(n)	(1421)	(615)
Familie i alt (2/3)	60,7	58,0
Tjenester i alt (4/5/6)	51,0	51,2
Bare familie	44,4	43,1
Bare tjenester	34,8	36,1
Både tjenester og uformell hjelp	16,3	15,1
Verken tjenester eller uformell hjelp	4,6	5,7

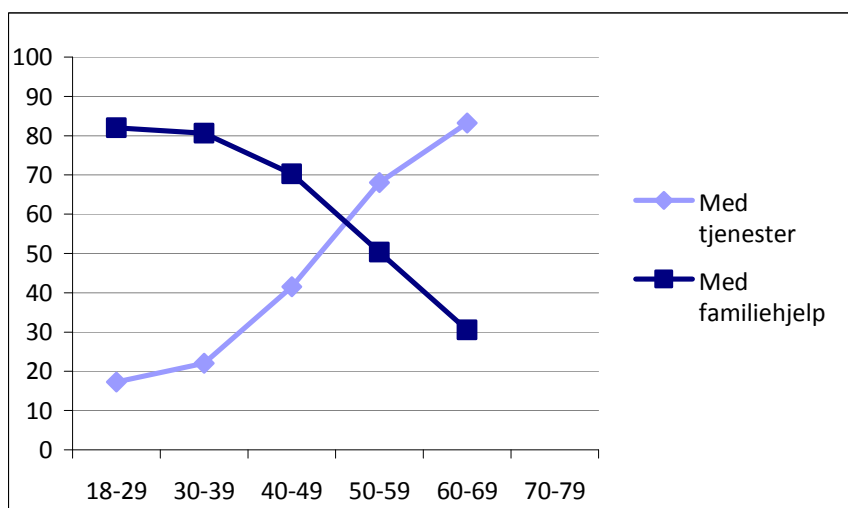
Note: Merk at summen overstiger 100 prosent fordi noen oppgir flere hjelpekilder. «Familie» er sum av dem som har svar 2 eller 3, og tilsvarende er «Tjenester» sum av dem som har svart 4, 5 eller 6. Det er uvisst om «Andre» hjelpekilder dreier seg om uformell hjelp (for eksempel fra naboer og venner) eller formell hjelp (for eksempel fra frivillige organisasjoner eller fra markedsbaserte tjenester).

Hjelpen til mødre og fedre er temmelig lik bortsett fra at noen flere mødre har hjelp fra familien. Forklaringen er at informanten selv oftere hjelper en mor enn en far, sannsynligvis fordi mor ofte er enslig, mens far som regel bor sammen med en partner (oftest informantens mor).

Familien står fram som en noe viktigere hjelpekilde enn tjenestene når vi måler det på denne måten. Seks av ti foreldre med hjelpebehov har hjelp fra familien, fem av ti har hjelp fra tjenestene – fordelt nokså likt mellom institusjoner og hjemmetjenester. Men når vi studerer fordelingen av hjelp og hjelpere etter (barnets) alder, ser vi at tjenestene er den oftest nevnte hjelpekilden blant de eldste (og trolig mest hjelpetrengende). Familien dominerer som kilde til hjelp for de noe yngre foreldrene, slik det går fram av figur 29 og 30. Fordi mønsteret er temmelig likt for mødre og fedre nøyer vi oss med å vise fordelingen for mødre. Figur 29 viser fordelingen av hjelpebehov og hjelpekilder (familiehjelp eller profesjonell hjelp) for alle som fortsatt har en mor i live. Figur 30 viser fordelingen for de som har en mor med hjelpebehov.



Figur 29. Av alle med mor i live: andel mødre med hjelpebehov, med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter (barnets) alder.



Figur 30. Av mødre med hjelpebehov: andel med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter (barnets) alder.

Figurene viser at den profesjonelle hjelpen (fra tjenestene) dominerer blant de eldste. Noe av forklaringen til dette er simpelthen at flertallet av de pleietrengende flytter i institusjon (her: sykehjem eller omsorgsbolig med hel-døgns bemanning). Av figuren ses også at det store flertallet av de eldste foreldrene med et hjelpebehov – de som har barn i 50-årene og eldre – har hjelp fra tjenester av et eller annet slag, men ikke alle har hjelp fra familien. Forklaringen til det siste ligger også primært i det at pleietrengende gjerne flytter i institusjon, og at besøk m.v. ikke blir rapportert som «hjelp». Vi

minner om at barnløse eldre ikke er inkludert her ettersom det er barnas informasjon om foreldrene vi bygger på. Tjenestenes bidrag hadde vært enda større om også barnløse eldre var inkludert.

Hjelp og hjelpere i sammenheng

Tabell 6 oppsummerer hvem som er de viktigste (oftest nevnte) hjelpekilder for henholdsvis informantene selv, partneren, barna og foreldrene.

Tabell 6. Hvem hjelper informantene, partnerne, barna og foreldre med et hjelpebehov?

	Informanten	Partner	Barn	Mor	Far
0. Ingen	65,2	2,5	2,2	1,8	3,6
1. Informanten selv	--	68,1	78,2	20,4	10,9
2. Partneren	--	--	44,3	--	--
3. Familie (ellers)	24,4	9,9	18,1	51,4	53,3
4. Hjemmetjenester	17,0	19,1	6,3	29,0	28,3
5. Institusjon	--	--	--	25,8	26,0
6. Personlig assistent	--	2,8	12,2	1,9	1,3
7. Andre	--	4,4	18,9	7,0	5,2
Sum	100,0	106,8	181,3	137,4	128,6
(n)	(1490)	(239)	(225)	(1421)	(615)
Familie i alt	24,4	72,3	90,7	60,7	58,0
Tjenester i alt	17,0	20,9	17,8	51,0	51,2
Ratio Familie:Tjenester	1,4	3,5	5,1	1,2	1,1
Bare familie	65,2	62,8	77,8	44,4	43,1
Bare tjenester	10,4	11,3	4,9	34,8	36,1
Både tjenester og uformell hjelp	6,7	9,6	12,9	16,3	15,1
Verken tjenester eller uformell hjelp	65,2	16,3	4,4	4,6	5,7

Se noter til tabell 3, 4 og 5.

Ikke uventet er det stor variasjon av hjelpekilder på tvers av gruppene. *Partnerne* hjelper hverandre, med noe støtte fra tjenester og familie. *Barna* er først og fremst foreldrenes ansvar, med noe støtte fra familie og tjenester. Ansvar for *eldre foreldre* med et hjelpebehov er fordelt nokså likt mellom familien og tjenestene, men med økende alder (behov), øker tjenestenes andel og rolle og blir den viktigste (oftest nevnte) hjelpekilden for de eldste.

Tjenestene framstår dermed som en svært viktig aktør i eldreomsorgen, og som viktigere enn man får inntrykk av i mange andre undersøkelser. En oppsummering av forskning fra USA konkluderer for eksempel at 2/3 av

pleietrengende eldre tas omsorg for hjemme, bare 1/3 i institusjon. Man anslår dessuten at familien står for 80 prosent av hjemmeomsorgen (Cantor & Little 1985). Våre resultater viser at fordelingen for Norges del snarere er den motsatte; at mellom 2/3 og 3/4 av de pleietrengende er i institusjon. Familien er derimot den viktigste hjulpekilden for hjemmeboende eldre (foreldre) med moderate behov. Tjenestenes rolle stiger med økende alder (og behov).

At tjenestene tar en større del av omsorgsansvaret i Norge enn i USA, virker rimelig og er vel simpelthen et resultat av at volumet av omsorgstjenester (sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjenester) er større hos oss. Tjenestene er dermed lettere tilgjengelige og er i gjennomsnitt av høyere kvalitet i Norden enn i nær sagt noen andre land (OECD 2005). For Norges del har en fersk Stortingsmelding anslått at fordelingen mellom familien og tjenestene er omtrent 50–50 i eldreomsorgen (St.meld. 25, 2005–2006). Nordiske forskere har konkludert at tjenestene dominerer hjemmeomsorgen i Danmark og Norge, mens familien gjør det i Sverige og Finland (Szebehely et al. 1997, Rostgaard 2004, Kröger 2005). Svenske forskere har antydnet at svenske familier er blitt påtvunget en stadig større del av omsorgsansvaret via de siste årenes innstrammingspolitikk. Familien står nå for 70 prosent av hjemmeomsorgen, det offentlige bare for 30 prosent, i følge Sundström & Johansson (2004). Sverige av i dag skulle i så fall ha en ansvarsdeling på linje med den man anslo for USAs del på 1980-tallet (se over).

Variasjonen i anslagene fra land til land og fra studie til studie skyldes ikke bare at virkeligheten er forskjellig, men også at mål og metoder er det. Hva menes med hjelp og omsorg, hjelpebehov og pleiebehov? Når det dreier seg om såkalt «hands-on care», dvs. den rent praktiske, instrumentelle innsatsen i form av renhold og klesvask, fotpleie og bading, sårskift og personlig pleie, står tjenestene sterkt. Tjenestenes rolle er særlig stor, ja dominerende, ved behov for pleie, fordi de fleste pleietrengende før eller seinere flytter i sykehjem eller omsorgsbolig. Familien trekker seg ikke ut av den grunn, men den inntar en annen rolle. Pleien og døgnet-rundt tilsynet blir personalets ansvar. Pårørende følger opp med besøk og turer, og de bekymrer seg om sin nærståendes ve og vel. Noe liknende skjer i hjemmeomsorgen. Bli man avhengig av jevnlig hjelp eller stell, foretrekker de fleste å få denne hjelpen fra

en profesjonell tjeneste; de vil ikke være til byrde for familien. Det er i mange tilfeller nettopp familien som hjelper dem med å søke om tjenester, og blir det nei fra de kommunale tjenestene, søker man kanskje opp private.

Alt det andre som fyller dagene, ukene og livet med innhold er det vanskeligere å få hjelp til. En tiltakende knapphet på offentlige ressurser ser ut til å ha gjort tildelingen av tjenester mer selektiv. Den reserveres dermed for de mest hjelpetrengende og for de gjøremål som instrumentelt sett ses som mest nødvendige. Man kan for eksempel få tilsyn, medisin og sårskift av en hjemmesykepleier på et raskt besøk morgen og kveld, og man kan få rengjort leiligheten eller seg selv en time eller to hver fjortende dag, men det sosiale ekstra som gjør livet levelig, og som gjør den hjelpetrengende også til en person og en samfunnsborger, er det normalt familie, venner og andre som må bistå med. Yngre funksjonshemmede med store hjelpebehov kan få daglig tilsyn og hjelp, ja noen av dem får sin personlige assistent som kan bistå dem til et mer normalt liv også utenfor boligen, men det er ikke mange kommuner som tilbyr tid og selskap til hjelpetrengende eldre som ønsker å komme i butikken, på en konsert eller simpelthen «på byen». Dette er kjent terreng for familie og venner, og har man familie og venner, stiller de i regelen gjerne opp, men der er sosiale (normative) og personlige grenser for hvor mye, hvor ofte, og hvor aleine man påtar seg ansvaret.

Det er vanskelig å argumentere imot at man under knapphet må prioritere de svakeste. Det er selve knappheten som er problemet. Sverige har gått foran med en stadig strengere selektivitet og har redusert tilgangen til hjemmetjenester (prevalensen) til det halve i løpet av de siste 10–20 årene. Til gjengjeld har det blitt mer til de færre som får hjelp (Szebehely et al. 1997, Daatland 1997, Johansson et al. 2003). Å dømme etter den sterke sammenhengen mellom alder (behov) og tilgang til tjenester som er illustrert i figur 29 og 30, er Norge kanskje på vei etter, mens Danmark kan bli aleine igjen om å forsvare den særegne skandinaviske tradisjonen med en romslig tilgang til hjemmetjenester – ikke bare når det blir helt nødvendig, men også som et sosialt og forebyggende ekstra som gjør hverdagen ikke bare levelig, men trivelig.

Poenget er at tjenestene i regelen er helt avhengig av et samarbeid med familien eller andre nærstående, og omvendt – skal familien og andre

nærstående kunne bistå i omsorgen, forutsettes det ofte at tjenestene tar det overordnede ansvaret når behovene blir store nok. Slik framstår det som Litwak (1985) har kalt den oppgavespesifikke modellen (task specificity model), der utviklingen av tjenester ikke fikk familien til å trekke seg tilbake, men gjorde at den kunne påta seg andre oppgaver som var lettere å kombinere med arbeid og et moderne liv. En illustrasjon av denne omsorgens både-og karakter er at man i den såkalte Larvik-undersøkelsen fant at praktisk talt alle fikk uformell omsorg i kortere eller lengre tid i den siste fasen av livet. Halvparten fikk også hjemmehjelp, 70 prosent fikk hjemmesykepleie, og tre av fire flyttet før eller seinere i sykehjem (Romøren 2001).

Det er likevel praktisk talt umulig å beregne hvor mye den ene og andre part står for, og der er ingen naturlige grenser for hvor familiens og samfunnets ansvar går. Dette endres over tid og må forhandles fram, der ulike typer av ressurser og normer må veies mot hverandre. Man kan nok gjøre seg noen regnestykker, for eksempel for hvor mange pleietrengende eldre som er i institusjon og hvor mange som pleies hjemme. Vanskeligere blir det når vi for eksempel skal veie familiens rolle i institusjonene og tjenestenes rolle i hjemmet. Ytterligere en vanskelighet ligger i å kunne skille det omsorgsmessige ekstra fra ordinært sosialt samvær. Vi reserverer oss mot å kalle alt samvær med personer med et hjelpebehov som «hjelp» eller «omsorg». En hjelpetrengende person kan være like godt selskap som en frisk og førlig, og å skulle regne all tid som familie og venner bruker sammen med den hjelpetrengende som «hjelp», risikerer å redusere ham (henne) til en klient. Når vi finner at tjenestene ser ut til å dominere i «hands-on care» overfor de mest hjelpetrengende eldre, trenger det ikke bety at tjenestene bruker tilnærmelsesvis så mye tid som familie, venner og andre gjør, men at de bruker sin målrettede tid på nettopp slike oppgaver, og det er først og fremst disse som registreres som «hjelp». Skal vi komme nærmere hvordan fordelingen mellom familien og tjenestene alt i alt er og bør være, må vi dypere inn i omsorgens hverdag enn hva denne undersøkelsens data gir oss muligheter for.

At tjenestene står sterkt, og til og med kan dominere når det gjelder den rent instrumentelle omsorg og pleie, er for øvrig i tråd med hva eldre mennesker selv ønsker. Fra tidligere studier vet vi at når folk blir spurt om hvem de foretrekker hjelp fra i eldre år, sier flertallet at de ønsker denne

hjelpen fra tjenestene; bare et mindretall foretrekker hjelp fra familien (Daatland 1990). I land med mindre utbygde tjenester, og i land der familiekulturen er mer kollektivistisk slik som i det sørlige Europa, er også preferansene forskjellige, og man lener seg mer mot familieomsorgen (Daatland & Herlofson 2005).

La dette være en introduksjon til det vi har kalt det demokratiske elementet i problematikken, der vi til slutt – og som en avrunding – skal se nærmere på hvordan den faktiske ansvarsdelingen står seg når den konfronteres med folkemeningen, det vil si med idealene slik folk flest ser dem.

Del IV: Idealer og realiteter

Hvordan mener folk flest at ansvaret for hjelp til barn og eldre bør fordeles mellom familien, velferdsstaten og eventuelle andre, og i hvilken grad er det samsvar mellom folkemeningen og den faktiske politikken?

Kunnskaper om normer og verdier blant folk flest er viktige av flere grunner. Én grunn er at idealer er retningsgivende for atferd og kan hjelpe oss å forstå hvorfor folk handler slik de gjør. En annen grunn er at folkemeningen er en kilde til informasjon om hvor lydhør politikken, ja demokratiet, er for folkeviljen: Er politikken i konflikt eller i samsvar med folkemeningen? Spørsmålet har også teoretisk interesse og kan begrunnes både i velferdsstatsforskning og familieforskning.

Familiekulturen ser ut til å variere langs geografiske akser i Europa (Reher 1998). Familienormene er ikke bare tettere i sør og øst enn i nord og vest; de to kulturer prioriterer også noe forskjellig. Hensynet til den eldre generasjonen ser ut til å stå relativt sterkere i sør og øst (Daatland 2009). Idealet om uavhengighet mellom generasjonene står sterkere i nord og vest, slik det for eksempel er formulert i normen om «intimitet, men på avstand» (Rosenmayr & Köckeis 1963). Tidligere norske studier har bekreftet at eldre foreldre er tilbakeholdne med å forvente, enn si kreve, hjelp fra sine barn (Daatland 1990, Daatland & Herlofson 2004). Et ønske om å være uavhengig av sine barn er også rapportert fra mange andre vestlige land, for eksempel fra USA og Nederland (Shanas 1960, Brody et al. 1983, 1984, Wielink et al. 1997).

Også *velferdsstatene* skiller seg fra hverandre, og ikke bare i hvor mye de investerer (volum), men i hvordan de fordeler ressursene (profil). Det siste er ikke fullt ut forklart av det første; her ligger også ulike idealer og prioriteringer til grunn. Nordiske velferdsstater har f.eks. ikke bare et høyt volum, men også en profil med høy prioritet til tjenester. Kontinentale velferdsstater legger relativt større vekt på kontantytelser. Velferdsstater varierer også i prioriteringen av typer av behov og brukere, f.eks. mellom medisinske og sosiale behov på den

ene sida og mellom barn og eldre på den andre (Esping Andersen 1997, Anttonen & Sipilä 1996, Daatland 2001, Lynch 2006).

Av interesse i *denne* sammenhengen er å sammenlikne den faktiske ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten med folkemeningen om hvordan ansvaret bør fordeles. Vi har funnet at velferdsstaten (tjenestene) står særlig sterkt i omsorgen for eldre (foreldre), mens ansvaret for barn og partnere primært hører familien til. Er dette i tråd med holdningene til folk flest?

Vi får et visst inntrykk av dette ved å se på svarfordelingen på et spørsmål om familiens og samfunnets (velferdsstatens) ansvar for økonomisk og sosial trygghet for barn og eldre: Hvem bør ta omsorg for barn og eldre som trenger det? Hvem bør sikre barnefamilier og eldre økonomisk trygghet? Nærmere detaljer om hvordan spørsmålene ble stilt er gitt i Boks 4.

BOKS 4: SPØRSMÅL SOM BLE STILT OM PRIORITERINGER MELLOM FAMILIE OG SAMFUNN

Respondentene ble stilt følgende spørsmål: Der er mange ulike syn på hvordan vi bør ta vare på menneskene i samfunnet. For hver av oppgavene nedenfor ber vi deg oppgi om du synes den bør utføres av samfunnet, familien eller begge?

- Omsorg for pleietrengende eldre som bor i hjemmet.
- Pass av barn under skolealder.
- Økonomisk støtte til fattige eldre.
- Økonomisk støtte til fattige unge foreldre.

Fem svarkategorier var mulige, fra (1) hovedsaklig samfunnet til (5) hovedsaklig familien, med mindre absolutte mellomkategorier og en midtkategori (3) som la like stort ansvar på begge parter.

To av spørsmålene gjelder omsorg, to gjelder kontantoverføringer, og hver av de to er rettet henholdsvis mot eldre og små barn (eller deres foreldre). Dermed gis det muligheter for å vurdere prioriteringer mellom familien og samfunnet, mellom tjenester og kontantytelser og mellom barn og eldre.

Svarfordelingen er vist i tabell 7, der Norge sammenliknes med tre andre land som deltar i den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS) som LOGG er en del av. De tre øvrige landene er Frankrike, Bulgaria og Georgia, som er et noe uvanlig utvalg land å sammenlikne Norge med, men som nettopp er lokalisert langs den nevnte geografiske aksene av familiekulturer.

Resultatene viser at nordmenn ikke uventet skiller seg ut ved å legge større ansvar på samfunnet (velferdsstaten) enn de øvrige, Georgia representerer det andre ytterpunktet med Frankrike og Bulgaria i en mellomposisjon.

Tabell 7. Prosentandel som legger større ansvar på samfunnet enn familien etter land og type oppgave.

	Norge	Frankrike	Bulgaria	Georgia
Omsorg for pleietrengende eldre i hjemmet	71	13	17	5
Pass av barn under skolealder	27	11	6	1
Økonomisk støtte til fattige eldre	90	51	59	46
Økonomisk støtte til fattige unge foreldre	82	47	65	50

Ansvar for *barnepass* blir i alle landene i all hovedsak tillagt familien, for Norges del også med noe del-ansvar fra samfunnets side. Vi ser ellers at folk flest er tilbøyelige til gi samfunnet et større ansvar for økonomisk trygghet enn for omsorg. Økonomisk hjelp til «fattige» eldre og unge – en formulering som altså refererer til en situasjon med betydelige behov – ses nær fullt og helt som et samfunnsansvar i Norge og som et samfunnsansvar i kombinasjon med et familieansvar i de tre andre landene.

Hva omsorgen angår, viser tabell 7 at folk er tilbøyelige til å gi samfunnet større ansvar for eldre enn for barn i alle landene. Omsorgen for eldre ses som et samfunnsansvar i Norge med familien i en supplerende rolle. I Frankrike og Bulgaria er eldreomsorgen primært et familieansvar med et supplement fra samfunnet, mens georgiere skiller seg ut ved å gi familien nær sagt det fulle og hele ansvaret både for barneomsorg og eldreomsorg.

Hvorvidt fordelingen er uttrykk for ulike kulturelle idealer, eller den ganske enkelt speiler ulike muligheter – det at det er godt om offentlige omsorgstjenester i Norge og praktisk talt ingen slike tjenester i Georgia – er vanskelig å si. Det kan være litt av begge deler. Framtidige analyser må til for å skille den ene fra den andre forklaringen.

For denne rapportens del er det tilstrekkelig å konstatere at det alt i alt synes å være et forholdsvis godt samsvar mellom folkemeningen og politikken for Norges del, i det minste hva eldreomsorgen angår. Eldreomsorgen blir i hovedsak sett som *samfunnets* ansvar; ja folk flest er tilbøyelige til å legge enda mer ansvar på samfunnet enn hva samfunnet (staten, kommunene) i dag erkjenner og påtar seg. Det er lite i våre resultater som tyder på at folk flest mener at familien svikter og bør ta et større ansvar i eldreomsorgen. Tvert imot. Folkemeningen er at samfunnet (velferdsstaten) bør ta det største ansvaret.

Summary

Population ageing challenges in a fundamental way the balance between generations. Will families be able to balance between the needs of older and younger generations? Will societies be able to maintain the generational contract on which the welfare state is based? The present report contributes to these questions by describing how needs for help and care vary over the life-course, and by exploring how helping is organised and distributed between the family, the welfare state, and other helpers. This is one of two reports from the LOGG Health and care project which is based on data from the Life course generation and gender survey (LOGG, n=15 100, age 18–84), and financed by the Norwegian Ministry of Health and Long-term Care. Part I presents the background for the project and research questions. Part II describes how health and needs for help in daily life varies over the life course. Part III explores the distribution of help and helpers. The final Part IV confronts the actual help patterns with the ideal distribution of responsibilities between the family and the welfare state as stated in public opinion. As needs of close others may be as consequential as one's own needs are, the report describes and analyses family configurations, including the needs and help provisions of the respondents themselves and their partners, parents, and children.

Part II shows that half of the population have developed a chronic health problem by the age they reach 61 (age 56 for women, 66 for men), but not all of them have activity limitations in daily life. This is the case for about one in five from age 50, increasing to about one in three in the early 80s. One in five need help to one or more IADL activities from the mid 70s onwards. Between 80 and 90 per cent of the adult population have children, of which 12 per cent have children with a chronic health condition. Parents are net providers of support to their children most of their lives, but when adult children are in the mid 50s, half have lost both their parents. Half of the remaining parents have then IADL needs (for practical help). Of parents with ADL needs (for personal care), about two out of three are

institutionalized. Only few are «sandwiched» between parents and children in need of support; 6–7 per cent of the population in the 40s at the most, of which the great majority are also in paid work, of which some (mainly women) probably have adapted by taking a part-time job.

Part III shows the great variation as to sources of help for different categories of persons in need. Partners help each other, with some support from family and services. Children are primarily a responsibility for the parents, with some support from other family members, while help to older parents seems to be rather equally distributed between the family and the services. Family help is dominant for lower levels of need, services are dominant among the more needy. The two parties are in reality mutually dependent, as the services contribute with hands-on care, while the family covers psycho-social needs and are active managers of the care system, in particular when needs are changing.

Part IV confronts the actual distribution of responsibilities with the ideal balance as perceived in public opinion. This is done in a comparative context by contrasting Norway to other GGS countries. Parents are by popular opinion expected to take care of their sick children in all four countries, Norway, France, Bulgaria, and Georgia. However, care for older people is seen as a societal responsibility in Norway, supplemented by the family, and as a responsibility for the family in Georgia. France and Bulgaria are located in-between the two, with a popular preference for family care, but supplemented by the welfare state.

Actual policies seem to be reasonably well in line with popular opinion in the Norwegian case. In fact, the Norwegian population would have preferred even more welfare state responsibility than today, thus there is no support in public opinion for a more family-oriented elder care in Norway.

Referanser

- Anttonen, A. & Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, 6, 2, 87–100.
- Brody, E.M. (1981). 'Women in the middle' and family help to older people. *The Gerontologist*, 21, 5, 471–480.
- Brody, E.M., Johnson, P.T., Fulcomer, M.C. & Lang, A.M. (1983). Women's changing roles and help to elderly parents: Attitudes of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 38, 5, 597–607.
- Brody, E.M., Johnson, P.T., Fulcomer, M.C. (1984). What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 39, 6, 736–746.
- Cantor, M. & Little, C. (1985). 'Aging and social care', in R.H. Binstock & E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, 2nd. ed. (pp. 745–781). New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Daatland, S.O. (1983). Care systems. *Ageing and Society*, 3, 1–21.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15.
- Daatland, S.O. (2001). Ageing, families and welfare systems. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 16–20.
- Daatland, S.O. (2009, in print). 'How to balance generations. Solidarity dilemmas in a European perspective', in R. Edmondson & H.J. von Kondratowitz (eds.), *Valuing older people: a humanist approach to ageing*. Bristol: Policy Press.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2000). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2004). *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv*. Oslo: NOVA, rapport 7–2004.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2006). 'Familien i andre halvdel av livet', i B. Slagsvold & S.O. Daatland (red.), *Eldre år, lokale variasjoner* (pp.137–160). Oslo: NOVA, rapport 15-2006.
- Elstad, J.I. (2008). *Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo: Helsedirektoratet, Den gule serie. IS–1573.

- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Evandrou, M., Glaser, K. & Henz, U. (2002). Multiple role occupancy in midlife: balancing work and family life in Britain. *The Gerontologist*, 42, 6, 781–789.
- Gautun, H. (2008a). *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Oslo: Fafo, rapport 2008:40.
- Gautun, H. (2008b). Hvordan kombinerer eldre arbeidstakere jobb med omsorgsforpliktelser for gamle foreldre. *Søkelys på arbeidslivet*, 2, 171–185.
- Goode, W. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25, 483–496.
- Grue, L. (1998). *Barn med varig sykdom og funksjonshemning. En analyse av Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser 1995 og 1985*. Oslo: NOVA, rapport 9-1998.
- Grundy, E. & Henretta, J. (2006). Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the ‘sandwich generation’. *Ageing & Society*, 26, 707–722.
- Jette, A.M. (1996). ‘Disability trends and transitions’, in R.H. Binstock & L.K. George (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Academic Press.
- Johansson, L., Sundström, G. & Hassing, L.B. (2003). State provision down, offspring’s up: the reversed substitution of old-age care in Sweden. *Ageing & Society*, 23, 3, 269–280.
- Kröger, T. (2005). ‘Interplay between formal and informal care for older people: The state of Nordic research’, i M. Szebehely (red.), *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunnskapsöversikt* (pp. 243–280). København: Nordiska Ministerrådet, TemaNord 2005:58.
- Künemund, H. (2006). Changing welfare states and the ‘sandwich generation’: Increasing burden for the next generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1, 2, 11–30.
- Lagerström, B. (2009). *Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG 2007). Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Notater (under arbeid).
- Lynch, J. (2006). *Age in the welfare state. The origins of social spending on pensioners, workers, and children*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lawton, M.P. (1980). *Environment and aging*. Monterey: Brooks/Cole.
- Lingsom, S. (1989). *Gammel og sprek. Om endringer i eldres hjelpebehov*. Oslo: Institutt for sosialforskning, INAS-rapport nr 8-1989.

- Lingsom, S. (1993). Fra studentopprør til eldreomsorg. Hvordan er 68-ere som omsorgsgivere? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 297–317.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Marks, S.R. & McDermid, S.M. (1996). Multiple roles and the self: a theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 2, 417–432.
- OECD (2005). *Long-term care for older people*. Paris: OECD (ISBN 92-64-00848-9).
- Reher, D.S. (1998). Family ties in western Europe: Persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24, 2, 203–234.
- Romøren, T.I. (2001). *Den fjerde alderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romøren, T.I. (2007). Fra eldreomsorg til 'yngreomsorg'? *Aldring og livsløp*, 1, 2–10.
- Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. *International Social Science Journal*, 15, 410–426.
- Rostgaard, T. (2004). *With due care. Social care for the young and the old across Europe*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.
- Shanas, E. (1960). Family responsibility and the health of older people. *Journal of Gerontology*, 15, 408–411.
- Spitze, G., Logan, J.R., Joseph, G. & Lee, E. (1994). Middle generations' roles and the well-being of men and women. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 49, 3, S107-S116.
- St.melding nr. 25 (2005–2006). *Mestring, muligheter og meninger. Omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sundström, G. & Johansson, L. (2004). *Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundström, G. & Malmberg, B. (2006). *Omsorg människor emellan. En översikt av omsorgsgivande i den svenska befolkningen*. Stockholm: Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se, mai 2006).
- Szebehely, M., Lingsom, S. & Platz, M. (1997). 'Hemhjälpsutvecklingen: Samma problem, skilda lösningar?', i S.O. Daatland (red.), *De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960–1995* (pp. 77–124). Oslo: NOVA, rapport 22–1997.
- Szebehely, M. (2005)(red.). *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. København: Nordiska Ministerrådet, TemaNord 2005:58.

Thoits, P.A. (1983). Multiple identities and psychological well-being. A reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174–187.

Ugreninov, E. (red.)(2005). *Seniorer i Norge*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Statistiske analyser nr. 72.

Veenstra, M., Lima, I.A. & Daatland, S.O. (2009). *Helse og helseatferd over livsløpet. Resultater fra LOGG/NorLAG*. Oslo: NOVA Rapport 3/09.

WHO (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: WHO.

Wielink, G., Huijsman, R. & McDonnell, J. (1997). Preferences for care. A study of the elders living independently in the Netherlands. *Research on Ageing*, 19, 2, 174–198 .

Vedlegg: Tabeller

Tabellene gir tallgrunnlaget for figurene og er nummerert med henvisning til de figurer de viser til, for eksempel tabell F2 viser til F(igur) 2.

Tabell F2: Varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Varig helseproblem	17,7	22,2	27,6	37,2	45,1	44,6	46,2
Begrenset funksjon	6,6	10,8	15,5	20,8	26,1	25	31,5
Hjelpebehov	2,3	4,1	7,5	11,3	15	21,5	35,9
Pleiebehov	0,2	0,3	0,2	0,5	1,3	2,4	8

Tabell F3: Hjelpebehov etter alder og kjønn

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Kvinner	3,2	6,3	11,1	16	21,5	29,6	44,7
Menn	1,4	1,8	3,5	6,5	9	13	25,2

Tabell F4: Hjelpebehov etter alder og utdanning

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Grunnskole	2,9	8,7	14,4	19,7	22,1	24,1	45,7
Videregående	2,4	4,2	6,2	11	15,3	21,7	29,9
Høyskole	2,1	2,5	5	7,9	8	16,7	32,2

Tabell F5: Hjelpebehov etter alder og type lokalmiljø (tettbygd–spredtbygd)

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Tettbygd	2,6	4	7,9	11,8	16,2	22,9	36
Spredtbygd	2,4	5	9	12,9	14,9	19,6	37,6

Tabell F6: Prosentandel med helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder. Kumulative og justerte tall (se teksten) ¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Uten helseproblem	80,2	74,8	65,5	56,8	46	40,9	28,5
Varig helseproblem	19,8	25,2	34,5	43,2	54	59,1	71,5
Begrenset funksjon	7,2	11,2	23,3	29,3	39,6	45,9	64,6
Hjelpebehov	2,6	4,3	8,2	12,1	15,9	22	36,2
Pleiebehov	0,2	0,3	0,3	0,5	1,4	2,6	8,1

¹ Kumulative tall med kategorien Uten helseproblem som restkategori.

Tabell F7: Prosentandel med partner etter kjønn og alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Menn	25,1	74,9	79,8	79,7	79,2	73,8	64,4
Kvinner	39,7	76,6	75,7	72	64,9	45,4	18,1

Tabell F8: Andel partnere etter behov og alder for kvinner og menn (med partnere) samlet¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Uten helseproblem	93,9	91,3	90,1	84,5	78,4	76	71,6
Varig helseproblem	6,1	8,7	9,9	15,5	21,6	24	28,4
Begrenset funksjon	4	7,1	8,5	12,5	17,4	19,2	25,3
Hjelpebehov	0,5	1,6	1,4	1,8	3,9	7,1	11,5
Pleiebehov	0	0,3	0,1	0,4	0,9	1,9	4,6

1 Kumulative tall med kategorien Uten helseproblem som restkategori.

Tabell F9: Prevalens av egne og partners varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Eget helseproblem	20,5	24,2	32	40,2	52,2	55,4	66,2
Partners helseproblem	6,1	8,7	10	15,5	21,7	23,9	28,5
Eget hjelpebehov	4,8	4,5	7,5	11,3	15,9	18	24,5
Partners hjelpebehov	0,5	1,6	1,4	1,8	3,9	7,1	11,5

Tabell F10: Prevalens med eget og/eller partners hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Minst én med hjelpebehov	0,7	2,1	3,3	5,3	7,5	14,1	23,3
Eget hjelpebehov	0,5	1,1	2,2	3,9	5	10,1	19,5
Partners hjelpebehov	0,2	1,2	1,1	1,4	2,8	4,1	4,4

Tabell F11: Prevalens av menn med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Ingen partner	74,8	25	20,2	20,3	20,8	26,3	35,6
Uten helseproblem	25,2	75	79,8	79,7	79,2	73,7	64,4
Varig helseproblem	1,7	6,8	8,7	11,4	17,2	17	17,8
Begrenset funksjon	1,2	5,9	8	10,1	14,4	13,3	17,1
Hjelpebehov	0,2	1,6	1,8	1,9	4	6	8,2
Pleiebehov	0	0,3	0,1	0,3	1	0,9	2,7

1 Kumulative tall med kategorien Ingen partner som restkategori.

Tabell F12: Prevalens av kvinner med partner og partnerens eventuelle helsebegrensninger og hjelpebehov etter alder¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Ingen partner	60,3	23,4	24,4	28	35	54,6	81,8
Uten helseproblem	39,7	76,6	75,6	72	65	45,4	18,2
Varig helseproblem	2,4	6,5	6,9	12,1	14,1	11,6	5,2
Begrenset funksjon	1,5	4,8	5,4	8,9	10,8	9,5	3,6
Hjelpebehov	0,1	0,8	0,5	0,9	1,7	2,7	1,5
Pleiebehov	0	0,1	0,2	0,4	0,4	1,4	1

1 Kumulative tall med kategorien Ingen partner som restkategori.

Tabell F13: Prosentandel med barn etter alder og kjønn

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Menn	11,1	68,2	84,3	85,2	87,3	85,8	86,3
Kvinner	21,3	79,8	88,4	89,8	88	85,5	77,3

Tabell F14: Prosentandel med barn i alt, med hjemmeboende barn, med mindreårige barn og med hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Med barn	16,1	74	86,3	87,5	87,7	85,7	81,2
Barn hjemme	16,1	73,6	78,9	38,4	11,2	5,8	7,4
Mindreårige barn	15,8	64,1	29,3	2,3	0,3	0	0
Barn med helseproblem	1	6,8	9,3	5,1	2,7	1,2	0,6

Tabell F15: Prosentandel som har mindreårige barn og hjemmeboende barn med varig helseproblem (av foreldre med hjemmeboende barn) etter alder.¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Uten tilsynsbehov	4,7	11,3	55,5	81,7	73,7	78,7	92
Mindreårig	95,3	88,7	44,5	18,3	26,3	21,3	8
Varig helseproblem	5,9	9,3	11,9	13,3	24,1	21,3	8

1 Kumulative tall med kategorien Uten tilsynsbehov som restkategori.

Tabell F16: Prosentandel med (hjemmeboende) barn og barnas funksjonsevne etter alder¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Ikke barn	83,2	25,3	12,4	11,5	11,9	14,3	17,3
Ikke barn hjemme	16,8	74,7	87,6	88,5	88,1	85,7	82,7
Uten helseproblem	16,7	74	84,7	77,4	69,6	56,3	38,7
Varig helseproblem	0,9	6,7	9,3	5,1	2,6	1,2	0,6
Begrenset funksjon	0,5	5,4	7,2	4,3	2,3	1,2	0,6
Hjelpebehov	0,2	2,2	3,1	1,4	0,7	0,4	0,3
Pleiebehov	0,1	1,5	1,9	0,6	0,5	0,2	0,3

1 Kumulative tall med kategorien Ikke barn som restkategori.

Tabell F17: Prosentandel med far, mor og minst én forelder i live etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Forelder i live	99,7	97,9	86,9	56,2	18,8	1,1
Mor i live	97,6	93,3	78,7	49,5	17,2	1
Far i live	94,9	84	57,4	23,6	3,6	0,1

Tabell F18: Prosentandel med foreldre i live etter alder og foreldres helse og hjelpebehov¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Uten begrensning	70,7	54,2	48,4	38,2	24,6	28,6
Begrenset funksjon	29,3	45,8	51,6	61,8	75,4	71,4
Hjelpebehov	6,6	11,6	22,6	42,2	63	57,1
Pleiebehov	1,5	4,3	10,6	27,1	50,1	57,1
I institusjon	0,6	1,6	5	16,4	37,2	57,1

1 Kumulative tall med kategorien Uten begrensning som restkategori.

Tabell F19: Fordeling av befolkningen etter om man har foreldre i live og foreldrenes hjelpebehov etter alder.¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Foreldre døde	0,3	2,1	13,2	43,9	81,3	98,9
Uten begrensning	75,1	97,9	86,8	56,1	18,7	1,1
Begrenset funksjon	24,6	44,8	44,7	34,7	14,1	0,8
Hjelpebehov	2	11,3	19,5	23,7	11,8	0,6
Pleiebehov	1,5	4,2	9,1	15,2	9,4	0,6
I institusjon	0,6	1,6	4,3	9,2	7	0,6

1 Kumulative tall med kategorien Foreldre døde som restkategori.

Tabell F20: Prevalens av menns relasjoner til nære andre etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Barn	11,1	68,2	84,3	85,2	87,3	85,8	86,3
Partner	25,1	74,9	79,8	79,7	79,2	73,8	64,4
Forelder	99,4	97,7	85,1	55,1	18,8	0,5	0

Tabell F21: Prevalens av kvinners relasjoner til nære andre etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Barn	21,3	79,8	88,4	89,8	88	85,5	77,3
Partner	39,7	76,6	75,7	72	64,9	45,4	18,1
Forelder	99,4	97,8	88,7	57,3	19	1,4	0

Tabell F23: Fordeling av familiekonstellasjoner etter alder for kvinner og menn samlet ¹

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Alene	0,2	0,6	2	6,1	10	14,2	19,1
Bare barn	99,8	99,4	98	93,9	90	85,8	80,9
Både-og	99,8	98	87,5	56,2	18,8	1	0
Bare foreldre	83,3	25,7	11,7	6,6	2,1	0,1	0

¹ Kumulative tall med kategorien Alene som restkategori.

Tabell F24: Prosentandel «i klemme» mellom barn, foreldre og arbeid etter alder.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69
I mellomgenerasjon	16,5	72,3	75,8	49,6	16,7
Yrkesaktiv	13	64,4	66,7	41,4	8,6
Barn med tilsynsbehov	16,1	64,3	32,1	4,6	0,5
Foreldre med hjelpebehov	1,3	8,2	16,3	19,9	9,8
Både barn og foreldre med hjelpebehov	1,2	7,2	6,3	1,7	0,4

Tabell F25: Prosentandel med jevnlig praktisk hjelp fra/til personer utenfor husholdet, og prosentandel med hjemmetjenester (av personer med begrenset funksjon) etter alder.

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Gir hjelp	30,8	30,6	33	38,6	30,9	25,4	12,6
Får hjelp	15,9	20	14,5	12,4	9,7	14,7	24
Får tjenester	5	4	4,8	4,1	6	15,9	36,6

Tabell F26: Tilgangen til formell og uformell hjelp blant personer med hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84
Tjenester	9,6	6,4	8,3	8,1	12,9	29,5	55,4
Uformell hjelp	32,9	25	22,9	22,5	16,6	28,5	38,8

Tabell F27: Prosentandel med mor i live og mor med hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Mor i live	97,6	93,3	78,7	49,5	17,2	1
Mor med hjelpebehov	4,9	7,3	13,2	17,8	9,6	--

Tabell F28: Prosentandel med far i live og far med hjelpebehov etter alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Far i live	94,9	84	57,4	23,6	3,6	0,1
Far med hjelpebehov	1,8	4,6	7,1	6,4	2,2	--

Tabell F29: Av alle med mor i live: andel mødre med hjelpebehov, med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter (barnets) alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Mor med hjelpebehov	5	7,8	16,8	36	55,6	--
Med tjenester	0,9	1,7	7	24,5	46,3	--
Med familiehjelp	4,1	6,3	11,8	18,1	16,9	--

Tabell F30: Av mødre med hjelpebehov: andel med profesjonell hjelp (tjenester) og med hjelp fra familien etter (barnets) alder

	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Med tjenester	17,3	22,1	41,5	68,1	83,2	--
Med familiehjelp	82	80,6	70,3	50,3	30,5	--