

Bærekraftig omsorg?

Familien, velferdsstaten og aldringen
av befolkningen

SVEIN OLAV DAATLAND & MARIJKE VEENSTRA (RED.)

RAPPORT

NR 2/12

Bærekraftig omsorg?

Familien, velferdsstaten og aldringen
av befolkningen

SVEIN OLAV DAATLAND
MARIJKE VEENSTRA
(RED.)

Med bidrag fra

JULIE KJELVIK
BERIT OTNES
HELENE AKSØY

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 2/2012

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 velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

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

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

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,
velferd og aldring (NOVA) 2012
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN (trykt utgave): 978-82-7894-410-3
ISBN (elektronisk utgave): 978-82-7894-411-0
ISSN 0808-5013

Illustrasjonsfoto: © colourbox
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

Denne rapporten avrunder prosjektet «Aldringen av befolkningen og ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten» (Population ageing and long-term care: the family–welfare state balance revisited). Prosjektet tok utgangspunkt i at aldringen av befolkningen endrer balansen mellom generasjonene og påvirker fordelingen av omsorgsansvar mellom familien, velferdsstaten og andre aktører. Sosial endring og nye familiemønstre bidrar ytterligere til å endre forutsetningene for en bærekraftig eldreomsorg.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 2009–2011, og ble finansiert av Norges forskningsråd under program for Helse- og omsorgstjenester (prosjekt nr. 189498). Flere datakilder og metoder er brukt, dels surveydata fra de to store livsløpsstudiene ved NOVA: NorLAG og LOGG, dernest registerdata fra Statistisk sentralbyrås databaser for kommunene (KOSTRA) og brukerne av omsorgstjenester (IPLoS), supplert med kvalitative intervjuer og data med et mindre antall pårørende til personer med omsorgsbehov. Takk til alle disse.

Prosjektet har resultert i en rekke publikasjoner som har vært publisert underveis, en del av disse på engelsk for et vitenskapelig publikum. Denne rapporten retter seg mot en bredere leserkrets, dels med helt nytt stoff, men dels også med innslag fra tidligere publikasjoner.

Prosjektleder har vært Svein Olav Daatland, med Marijke Veenstra som assisterende prosjektleder, begge fra NOVA. Medarbeidere har vært Berit Otnes og Julie Kjelvik fra Statistisk sentralbyrå og Helene Aksøy fra NOVA.

Takk til kolleger i seksjonen for aldring og livsløp på NOVA, ved forskningsleder Britt Slagsvold. En særskilt takk også til Trude Nergård, Niklas Jakobsson og Per Erik Solem, som har lest deler av rapporten og hjulpet oss å rette opp de verste svakhetene. De skal ikke lastes for det som måtte gjenstå av feil eller mangler.

Oslo, februar 2012

Svein Olav Daatland

Marijke Veenstra

Innhold

Sammendrag	7
DEL I: INTRODUKSJON	15
Kapittel 1 Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – hensikten og problemstillingene. <i>Svein Olav Daatland</i>	17
DEL II: STORE LINJER	25
Kapittel 2 Lengre liv – bedre helse? <i>Marijke Veenstra</i>	27
Kapittel 3 Aldring og eldre i velferdsstaten – et økonomisk perspektiv <i>Julie Kjølvik</i>	41
Kapittel 4 Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene. <i>Berit Otnes</i>	57
Kapittel 5 Lokale variasjoner i eldreomsorgen <i>Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra</i>	79
DEL III: NÆRBILDER	109
Kapittel 6 Aldring, helse og hjelpebehov. <i>Marijke Veenstra & Svein Olav Daatland</i>	111
Kapittel 7 Generasjoner, hjelp og hjelpere. <i>Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra</i>	137
Kapittel 8 Inn i sykehjemmet. Trinn for trinn eller i store sprang? Pårørendes fortellinger om en eldre slektnings omsorgsforløp fram til tildeling av sykehjemsplass <i>Helene Aksøy</i>	147
Kapittel 9 Fra praksis til idealer: Hvem bør ha ansvar for hva? <i>Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra</i>	157
DEL IV: SAMMENHENGER	173
Kapittel 10 Komparative perspektiver på omsorgstjenestene – Norge i en internasjonal sammenheng. <i>Svein Olav Daatland</i>	175
Kapittel 11 Bærekraftig omsorg? En dynamisk balanse mellom familien og velferdsstaten. <i>Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra</i>	187
Summary	197
Referanser	201

Sammendrag

DEL I: INTRODUKSJON

Kapittel 1 (Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – hensikten og problemstillingene)

Rapporten avrunder prosjektet «Aldringen av befolkningen og ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten», som ble finansiert av Norges forskningsråd. Kapittel 1 beskriver hensikten med prosjektet og de viktigste problemstillingene. Hensikten var flersidig, herunder å kartlegge hvordan behov og familieressurser varierer over livsløpet, og hvordan omsorgen fordeles mellom familien, velferdsstaten og andre aktører. Prosjektet tar ikke bare for seg omsorgens praksis (hvordan tingene er), men også hvilke normer og idealer som ligger til grunn (hvordan tingene burde være). Del I introduserer prosjektet og rapporten. Del II tar for seg de store linjene via et makroperspektiv på omsorgen og omsorgstjenestene. Del III gir nærbilder fra omsorgens hverdag ved hjelp av data fra en landsdekkende intervjuundersøkelse. Del IV tar for seg sammenhenger mellom nivåer og aktører og diskuterer forutsetningene for en bærekraftig omsorg i et aldrende samfunn.

DEL II: STORE LINJER

Kapittel 2 (Lengre liv, bedre helse?)

Lever vi lengre med helsa i behold, eller får vi et lengre liv med dårlig helse? Svar på slike spørsmål vil ha stor betydning for framtidige behov for pleie- og omsorg. Dette kapitlet oppsummerer studier av helsetrender i den norske befolkningen. Så langt ser funnene ut til å gi støtte til hypotesen om dynamisk likevekt: forekomsten av varige sykdommer øker, men hjelpebehov oppstår senere i livet og varer noe kortere enn før. Sammenhengen mellom sykdom og hjelpebehov ser dermed ut til å ha endret seg over tid. Vi lever lengre med våre sykdommer. Spesielt sykdommer som preger eldre år antas å øke i årene framover i takt med økende levetid. Ulike sider av helseutviklingen kan ha ulike virkninger for ulike typer helse- og omsorgstjenester.

Historisk sett har alder aldri vært faktoren med størst betydning for samlede helseutgifter. Når vi lever lengre, skyver vi døden og utgiftene til omsorg og pleie foran oss, især til siste leveåret, og dermed til en forholdsvis kort periode med store behov og intensiv ressursbruk. Snarere enn å frykte de stigende behovene, bør endringen i behovsprofiler og tidsforløp stimulere til nytenkning omkring hvorvidt og hvordan pleie- og omsorgstjenestene kan tilpasses de framtidige mønstre av behov i en aldrende befolkning.

Kapittel 3 (Aldring og eldre i velferdsstaten – et økonomisk perspektiv)

Kapittel 3 beskriver Eldres plass innenfor den norske velferdsmodellen fra en økonomisk synsvinkel. Norge bruker mer enn de fleste europeiske land på sosiale formål, herunder pleie- og omsorgstjenester, der eldre er den største brukergruppen. De senere årenes integrering av brukere og tjenester har ført til at innslaget av yngre brukere er stort og stigende. «Eldreomsorg» er i dag en treffende betegnelse bare for institusjonsomsorgen, der 90 prosent av beboerne er over 67 år. Omtrent 40 prosent av kommunenes pleie- og omsorgsutgifter går i dag til brukere under 67 år. Spørsmålet er om utviklingen er bærekraftig med tanke på den framtidige demografiske fordelingen. Kapitlet oppsummerer noen av de norske analysene som er gjort for å beregne behovet for helse- og omsorgstjenester i framtiden. Det er for eksempel anslått at utgiftene til pleie og omsorg vil dobles framover mot år 2050 (som andel av BNP). Det samme er tilfellet for sysselsettingsbehovet.

Kapittel 4 (Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene)

For å forstå utfordringene framover, er det nødvendig å kjenne utviklingen til nå. Kapitlet skisserer først de lange linjene, og tar dernest for seg de siste årene og trekker opp dilemmaer vi står framfor. Pleie- og omsorgstjenestene har vokst fram fra en beskjeden start på 1960-tallet til å omfatte hjelp til om lag halvparten av befolkningen 80 år og eldre. Før 1960 var institusjonsomsorg det vanligste, men det har i alle år vært et mål å gi eldre hjelp i eget hjem så lenge som mulig. Utbyggingen av hjemmetjenester og omsorgsboliger har brakt oss nærmere dette målet, selv om det først og fremst er yngre med store hjelpebehov som får intensiv hjelp fra hjemmetjenesten og i omsorgsbolig. Eldre tjenestemottakere blir også i dag i stor utstrekning

tilbudt plass i institusjon når de har omfattende bistandsbehov, mens eldre med mer avgrensede behov får hjelp i eget hjem. Siden midten av 1990-tallet er det blitt færre eldre i sykehjem, og færre som får hjemmetjenester, men litt flere har fått tilgang til en omsorgsbolig. Samtidig har tendensen gått fra å gi litt hjelp til mange til å prioritere de som har størst behov. Sykehjem og hjemmesykepleie er blitt prioritert framfor praktisk hjelp, som i større grad er overlatt til de eldre selv og deres familier.

Kapittel 5 (Lokale variasjoner i eldreomsorgen)

At det er betydelig variasjon i eldreomsorgen fra kommune til kommune er velkjent. Spørsmålet er om variasjonen er unødig stor. Tilbudet skal være likeverdig, ikke nødvendigvis likt. I den grad behov og driftsbetingelser varierer, er det også rimelig at tilbudet gjør det. Dette kapitlet beskriver den lokale variasjonen og vurderer hvorvidt og hvor langt den lar seg forklare på saklig grunnlag. En analyse av utgifter og bruksrater viser at det er betydelig variasjon kommunene imellom. Forskjellene er langt på vei et svar på at behov og driftsbetingelser er forskjellige, men variasjonen synes større enn nødvendig. Det er primært kommunens økonomi som bestemmer nivået på eldreomsorgen, men kommunene prioriterer også forskjellig. Små kommuner har ofte et stort volum av tjenester, spesielt av institusjoner, og især der folk bor spredt og avstandene er lange. De fleste kommuner har et middels tilbud; de største byene er blant disse. Like viktig som det samlede volumet er hvordan ressursene fordeles. Også her er det betydelig variasjon, idet enkelte kommuner prioriterer sykehjem, mens andre satser på omsorgsboliger og hjemmetjenester, i noen tilfeller i kombinasjon med korttidsplasser i sykehjem. Dermed når de ut til langt flere. Hvilken modell som er den gunstigste lar seg ikke vurdere ut fra denne typen data alene.

DEL III: NÆRBILDER

Kapittel 6 (Aldring, helse og hjelpebehov)

Hvordan varierer helse og hjelpebehov med alder og familierelasjoner? Spørsmålet belyses med data fra LOGG-undersøkelsen. Vi legger til grunn at behov hos nære andre kan ha like store konsekvenser som egne behov. Derfor analyseres ikke bare de intervjuedes egne behov, men også hvordan de

er lokalisert i familienettverk, og hvordan behov og hjelp er fordelt blant deres nærmeste andre – barn, partnere og (eldre) foreldre. Nær halvparten av informantene over 60 år har et varig helseproblem. Hjelpenebehovene (IADL) stiger gradvis fra 15 prosent blant sekstiåringene til 35 prosent blant åttiåringene. Kvinner melder om flere og tidligere helseproblemer enn menn, og sammenlignet med høyt utdannede, oppstår hjelpebehov tidligere blant dem med lav utdanning. 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. Det store flertallet av den voksne befolkningen har barn (80–90 prosent), og ca. ti prosent har barn med et varig helseproblem

Foreldre er først og fremst en kilde til hjelp, men med økende alder stiger risikoen for helsesvikt. 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. Nær ti prosent har foreldre med et pleiebehov når de selv er midt i 60-årene. Flertallet av pleietrengende eldre blir tatt omsorg for i sykehjem eller omsorgsbolig.

Hvor mange er i klemme mellom familie og arbeid? Midt i livet er 75–80 prosent av befolkningen i en mellomgenerasjon. Det store flertallet av dem er samtidig i arbeid, men prosentvis få (8–9 prosent i aldersgruppen 35–45 år) har både barn og foreldre med hjelpebehov. Tre prosent gir regelmessig hjelp til eldre foreldre samtidig som de har mindreårige eller syke barn og er yrkesaktive. De er få i prosent, men mange i antall.

Nær 15 prosent i alderen 75–85 år er uten familie, og er dermed i en sårbar posisjon. Cirka 40 prosent av dem har et hjelpebehov og er særlig avhengige av offentlige omsorgstjenester.

Kapittel 7 (Generasjoner, hjelp og hjelpere)

Kapitlet tar for seg hvem og hvor mange som får hjelp, og hvem denne hjelpen kommer fra – fra familien, fra omsorgstjenestene eller fra andre? *Partnere* hjelper i regelen hverandre, med noe støtte fra familie og tjenester. *Barna* er først og fremst foreldrenes ansvar, med noe støtte fra den øvrige familien. Ansvar for hjelpetrengende *foreldre* ser ut til å være nokså likelig

fordelt mellom familien og tjenestene, men med stigende alder og behov blir tjenestene den viktigste kilden til hjelp. To av tre pleietrengende eldre er i institusjon, nær en av tre pleies hjemme. Familien og velferdsstaten utfyller hverandre. Sykehjem og andre omsorgstjenester har overtatt mye av den daglige omsorgen for de mest hjelpetrengende, mens familien er sosial og praktisk støtte og griper inn i akutte situasjoner. Det er vanskelig å gi noe entydig bilde av hvordan oppgaver og ansvar deles mellom familien, velferdsstaten og andre, men tjenestene står sterkest når det gjelder den rent instrumentelle hjelp og pleie (hands-on care) til de mest hjelpetrengende. Familie, naboer og venner trår til med alt det andre som er nødvendig for at hjelp skal bli til omsorg.

Kapittel 8 (Inn i sykehjemmet: trinn for trinn eller i store sprang?)

I dette kapitlet beskrives eldre pleietrengendes vei inn i sykehjem ved hjelp av fortellinger fra deres pårørende. Hva er mønstre i tjenestebehov og tjenestebruk hos eldre som nylig har fått sykehjems plass, og hva er pårørendes erfaringer fra denne prosessen? Kapitlet baseres på en kvalitativ intervjuundersøkelse, der pårørende til 12 nyinnlagte sykehjemsbeboere fortalte historien om veien inn i sykehjemmet. En stilisert modell av en kommunal omsorgstrapp brukes for å gi en grafisk beskrivelse av tre typer forløp: trinn for trinn, akutt og svingdørsforløp. Eksemplene illustrerer den store variasjonen av omsorgsforløp forut for sykehjemsinnleggelse. Ingen av forløpene kan betegnes som trinnvise langs nivåene i omsorgstrappen. Pårørende ga til dels ganske omfattende hjelp, spesielt når de følte seg trygge på at det var hjelp og støtte å få fra tjenestene. Felles for forløpene var sykehusopphold nokså umiddelbart før innleggelse i sykehjem. Sykehuset har dermed en sentral rolle i forløpet.

Kapittel 9 (Fra praksis til idealer: hvem bør ha ansvar for hva?)

Hvordan mener folk flest at ansvaret for barn og eldre bør fordeles mellom familien og velferdsstaten? Kapittel 9 presenterer familiens og velferdsstatens ansvar slik folkemeningen synes det skal være. Norske holdninger sammenliknes med holdninger i et utvalg europeiske land. Resultatene viser at nordmenn – ikke uventet – skiller seg ut ved å legge større ansvar på

samfunnet (velferdsstaten) enn øvrige land. Ansvar for barn blir i alle landene i all hovedsak tillagt familien. Omsorgen for eldre ses som et samfunnsansvar i Norge med familien i en supplerende rolle. Lenger sør og øst i Europa er eldreomsorgen primært et familieansvar, med et større eller mindre supplement fra samfunnet. For Norges del foretrekker folk flest – og især eldre selv – hjelp fra omsorgstjenester framfor familieomsorg.

DEL IV: SAMMENHENGER

Kapittel 10 (Komparative perspektiver på omsorgstjenestene – Norge i en internasjonal sammenheng)

Dette kapitlet plasserer den norske og nordiske omsorgsmodellen i en større sammenheng, som del av velferdsstaten og i sammenligning med andre «omsorgsregimer». Skandinaviske land skiller seg ut med et stort og direkte statlig ansvar i velferdspolitikken. Sammenliknet med andre land har Norge (og Norden) et stort tilbud av offentlige tjenester, andre land legger fortsatt hovedansvaret på familien, med mer eller mindre støtte fra velferdsstaten, ofte i form av kontantytelser som skal støtte opp om familieomsorgen. Den nordiske modellen er kostbar og forutsetter sterk folkelig oppslutning om velferdsstaten og skattene som skal til for å finansiere den. Den familiebaserte modellen lenger sør og øst i Europa er vanskelig å forene med et moderne familieliv og like muligheter for kvinner og menn.

Kapittel 11 (Bærekraftig omsorg? En dynamisk balanse mellom familien og velferdsstaten)

Velferdsstaten er sårbar dersom ressursene er knappe og den politiske legitimiteten liten. Familien er sårbar om den påtvinges oppgaver i strid med hva folk kan og vil. Fordi dette er de to primære aktørene i eldreomsorgen er det mot disse at oppmerksomheten rettes for å finne bærekraftige løsninger. Kapitlet oppsummerer utfordringer og dilemmaer for en bærekraftig omsorgsmodell og konkluderer at dersom noe land skulle mestre utfordringene fra en aldrende befolkning, er det vanskelig å finne land som ligger bedre til for det enn Norge. Våre sosiale utgifter er riktignok blant de høyeste i verden, men til gjengjeld har vi et solid grunnlag og står framfor en moderat behovsvekst sammenliknet med de fleste OECD-land. Familien kan

vanskelig påta seg større ansvar når det blir relativt færre yngre og flere eldre og kvinner skal gis samme muligheter som menn. Den demografiske utviklingen krever større investeringer i velferdsstaten, men hva er viktigere? Der er nok grenser for hvor mye av verdiskapningen i et samfunn som kan brukes til «sosiale formål», men vi er neppe der ennå. Ressursene kan nok brukes klokere, men bærekraften av modellen er ikke primært et ressurs-spørsmål, men et spørsmål om å ville.

DEL I: INTRODUKSJON

Kapittel 1

Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – hensikten og problemstillingene

Svein Olav Daatland

BAKTEPPET

De nærmeste årene vil de store fødselskullene fra fredsårene etter andre verdenskrig ta for seg av sine pensjoner og etter ytterligere noen år banke på døra til omsorgsboliger og sykehjem. Freden brakte med seg optimisme og store barnekull. Det var politisk enighet om at å investere i velferd var å investere i fred og vekst. I dag er det andre toner. Det er riktignok blitt velferd og velstand, men utsiktene framover tegnes mørkere, og velferd har i det offentlige ordskiftet blitt en kostnad snarere enn en investering. Sentralt i dette står den såkalte eldrebølgen. Den startet som en befolkningsbølge av barn og unge i etterkrigsårene, som i dag er middelaldrende, men bærer alderdommen i og med seg. De startet livet med å sprengte kapasiteten på fødeavdelinger og skoler, før de toget inn i høyskoler og universiteter, gjerne som første generasjon av sin familie. Innimellom forsynte de seg av den nye tid som den første rockegenerasjonen, de la seg til langt hår, sang om fred og kjærlighet og solidariserte seg med den fattige verden. Nå står de altså på terskelen til pensjonistliv og eldre år, ja noen har alt tatt sin pensjon i førtid og har smakt på gledene ved den tredje alderen, kanskje også på noe av den beske smaken av å bli betraktet som en byrde snarere enn som en ressurs, som den truende eldrebølgen.

For Norges del regner man med at eldrebefolkningen (65 år+) mer enn doubles før år 2050 og at det blir to til tre ganger flere over 80 år. De aller eldste (90 år+) vil bli mer enn tre ganger flere, fra ca 30 000 i dag til ca. 110 000 i år 2050, i følge framskrivninger fra Statistisk sentralbyrå. Det kan bli flere eller færre alt etter hvordan de faktiske døds- og fødselstallene utvikler seg. Migrasjonen vil også ha en viss innflytelse på befolkningens sammensetning. Det er derfor betydelig usikkerhet ved denne typen

framskrivninger; mer om dette i neste kapittel. Det har til nå blitt flere eldre enn man har spådd. Livene har blitt lengre, de gamle har blitt flere. Det skulle i bunn og grunn være en god ting. I stedet er det gjerne skyggebildene som males, ja manes, fram.

At forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen vil få store virkninger for både individ og samfunn er det liten tvil om, men det er betydelig uenighet om hva og hvordan. Massemediene spår problemer og dårligere tider, illustrert med at behovene for pensjoner og omsorg vil øke, mens det blir færre yngre til å betale regningen og bedrive omsorgen. Derav uttrykk som eldrebølge, ja eldre-tsunami, der den eldre befolkningen framstår som en trussel mot den yngre. Andre, men spakere, stemmer antyder at det også kan ligge muligheter i den demografiske overgangen: At liv og helse blir mer likelig fordelt i befolkningen. At det kanskje også kan ligge politiske fordeler i en eldre – og sindigere – befolkning. Vi har nok av kriger og konflikter bak oss, skapt av yngre og hissigere befolkninger? Vanligere er likevel å spå at en eldre befolkning ikke bare vil bli mer kostbar, men også gjøre oss dårligere rustet for nye tider og oppgaver. Den gamle damen Europa vil leve opp til sitt navn og risikere å bli utkonkurrert av den nye verden, med yngre og mer vitale befolkninger.

Å skulle betrakte en del av livet (alderdommen) og en del av befolkningen (eldre mennesker) som en trussel er høyst problematisk, fordi det innebærer at eldre år og mennesker tillegges mindre verdi enn andre. Men vi er alle på vei igjennom livet, noen foran, andre etter. Aldringen av befolkningen er et resultat av at livet har blitt lettere å leve. Dødeligheten er redusert og levealderen har blitt lengre, i seg selv en suksesshistorie. Mer problematisk er det når og hvis befolkningens sammensetning ikke balanseres av høye nok fødselstall eller stor nok immigrasjon. Da risikerer man at folketallet faller, og at befolkningen kan bli eldre enn godt er. Hva som så er den gunstigste aldersfordelingen, er et annet og større spørsmål.

Aldring er naturligvis like gammelt som livet selv. Aldringen av befolkningen er heller ingen ny historie. Vi står riktignok framfor en sterk økning av eldrebefolkningen i årene som kommer, men vi har også en betydelig økning bak oss. Det dreier seg i realiteten om en langvarig omformingsprosess – en demografisk overgang fra et førmoderne samfunn

der høy fertilitet og høy dødelighet så å si balanserte ut hverandre til et nokså stabilt folketall. Den demografiske overgangen ble så innledet av en periode med fallende dødelighet, og fordi fruktbarheten fortsatt var høy, ble resultatet en sterk økning av folketallet, slik vi fortsatt ser det i mange utviklingsland. Etter hvert kom også en reduksjon av fertiliteten, som sammen med lavere dødelighet i eldre år ledet fram mot en ny befolkningsbalanse, med en aldrende befolkning og en jevnere fordeling mellom aldersgruppene.

Felles for land med både unge og gamle befolkninger er at dersom politikken står i konflikt med befolkningens sammensetning, så er det politikken – ikke befolkningen – det er noe i veien med. Det tar godt og vel 60 år å fø fram en pensjonist, og 80–90 år eller mer å føre fram en pleiepasient. Ca. 25 år tar det å få fram en ny og velutdannet omsorgsarbeider, som vi så kan ha glede av i 40, kanskje 45, år. Det burde dermed ikke være noen overraskelse at store fødselskull resulterer i et stort antall pensjonister når det har gått tilstrekkelig mange år, og at det enda lengre fram blir flere pleiepasienter, som trenger flere ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Å planlegge for alt dette har sin tidsrytme. Slik har det vært, og slik må det være.

Skulle Norge ha vanskelig for å absorbere en befolkning med 25 prosent over 65 år i 2040–2050, hva så med de 30–35 prosentene i land som Tyskland, Italia og Japan (United Nations, 2010)? Aldringen av befolkningen har sjølsagt store utfordringer i seg, men demografien er det lite å gjøre med, i det minste på kort sikt. Andre faktorer er like viktige og mer påvirkbare, som helsa til morgendagens gamle, som ressursene til morgendagens familier, som mulighetene (og kostnadene) innenfra, fra utviklingen innenfor medisin og andre fag. Viktig er også det politiske klimaet – hvorvidt det er vilje blant politikere og folk flest til å prioritere velferd, og hvor langt en så vil prioritere velferden og velferdsstaten. Vi bør nok husholde med ressursene, men hva skal vi ellers bruke fellesskapets midler til, som er viktigere enn å gi nødvendig hjelp til dem som trenger det?

Dette var noe av bakteppet for prosjektet «Aldringen av befolkningen og ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten» (Population ageing and long-term care – the family–welfare state balance revisited). Prosjektet

ble finansiert av Norges forskningsråd under programmet for helse- og omsorgstjenester for perioden 2009–2011, og avrundes i og med denne rapporten.

HENSIKTEN

Hensikten med prosjektet var flersidig: (1) å kartlegge hvordan behov og familieressurser varierer med alder, kjønn, sted og sosial posisjon, (2) å beskrive hvordan ansvaret for omsorg – primært eldreomsorg – fordeles mellom familien, velferdsstaten (velferdskommunen) og andre aktører, (3) å dokumentere hvordan dagens omsorgsregime(r) varierer mellom kommuner, (4) å analysere hvor bærekraftige dagens omsorgssystem(er) er for en aldrende befolkning, og (5) å vurdere risikoen for framveksten av nye sosiale ulikheter. Innenfor hvert av disse temaene tar vi så for oss en rekke problemstillinger. Mer om disse etter hvert.

Den demografiske overgangen, og endringer av familien via økte skilsmisserater, flere enslige (med og uten barn), og færre generasjonshushold, rører ved selve fundamentet for familien som en omsorgsinstitusjon. Pleie og omsorg er i alle moderne samfunn et delt ansvar mellom familien og velferdsstaten, med supplement også fra andre parter så som venner, naboer, det sivile samfunn (frivillige organisasjoner) og i de seinere år også private omsorgsbedrifter. Familien og velferdsstaten er de to store aktørene. Men der familien opprinnelig var den primært ansvarlige, er det i det moderne Norge og Norden, og i enkelte andre land så som England og Nederland, velferdsstaten som i det minste juridisk, om ikke like klart i praksis, er den ansvarlige part. Voksne generasjoner har ikke lenger noe lovregulert ansvar for hverandre i disse landene. Storparten av Europa for øvrig har fortsatt et lovfestet ansvar mellom voksne familiegenerasjoner, i noe ulik form og grad. Noen land forplikter bare vertikalt mellom generasjonene – mellom foreldre, barn og besteforeldre. Andre land har også horisontale forpliktelser og inkluderer søsken, søskenbarn, ja fjernere slekt (Lynch, 2001). Den norske og nordiske modellen holder velferdsstaten som den primært ansvarlige. Sosialpolitikken bygger på *individets* behov og rettigheter, ikke på *familiens*, slik tilfellet er i såkalt familistiske velferdsstater.

Der er en lang tradisjon for å «trekke ut» et mindre antall velferdsregimer fra den store massen av velferdsstater. Blant de mest kjente er Esping-Andersens (1990, 1999) skille mellom sosialdemokratiske, liberale og konservative regimer etter hvor langt velferdsstatens sikkerhetsnett gjør borgerne uavhengige av markedskreftene for sin økonomiske trygghet (dekommodifisering). En slik inndeling fanger ikke opp hvor avhengig eller uavhengig man er av familien (de-familisering). Dette er mer avhengig av hvordan sosiale tjenester, ikke minst omsorgstjenester, er organisert. Anttonen & Sipilä (1996) skiller på dette grunnlaget mellom en Skandinavisk offentlige-tjenester-modell, en sør-europeisk familieomsorgsmodell og mellomliggende modeller. Den skandinaviske modellen hviler på de-familisme, det vil si uavhengighet av familien. Den sørlige modellen er forankret i familisme, mens de mellomliggende modeller er familistiske i sin praksis, om ikke i prinsipp – det som Leitner (2003) kaller implisitt familisme eller «familism by default» – familisme ved unnlatelse.

Forskjellene trenger ikke være like store i praksis som i teori, for familien tar også et ansvar i Norge og det øvrige Norden, ja omsorgstjenestene kan mer eller mindre eksplisitt forutsette at familien *bør* hjelpe til. Slik er det altså ikke etter loven, og eldre mennesker er selv tilbakeholdne med å vente, enn si kreve, hjelp fra familien (Daatland, 1990; Daatland & Herlofson, 2004). De uformelle normene som regulerer familien og omsorgen, og som fortsatt gjør det også i det individualistiske Norden, kan bidra til at forskjellene i praksis blir mindre enn lovgivningen legger opp til.

Samspillet mellom familien og velferdsstaten har blitt studert mange ganger og i mange sammenhenger, men de observerte mønstre har begrenset levetid, og kunnskaper må fornyes når befolkningen, levekårene og politikken endrer seg. Å oppdatere kunnskaper er i så måte en god nok grunn til å kartlegge situasjonen på nytt. Vi står foran en sterk økning av de eldste i befolkningen, samtidig som middelaldrende og yngre aldersgrupper blir 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. Det er også andre grunner til å oppdatere beskrivelsene akkurat nå, som tilgangen til data som ikke tidligere har vært tilgjengelige. Det dreier seg for denne

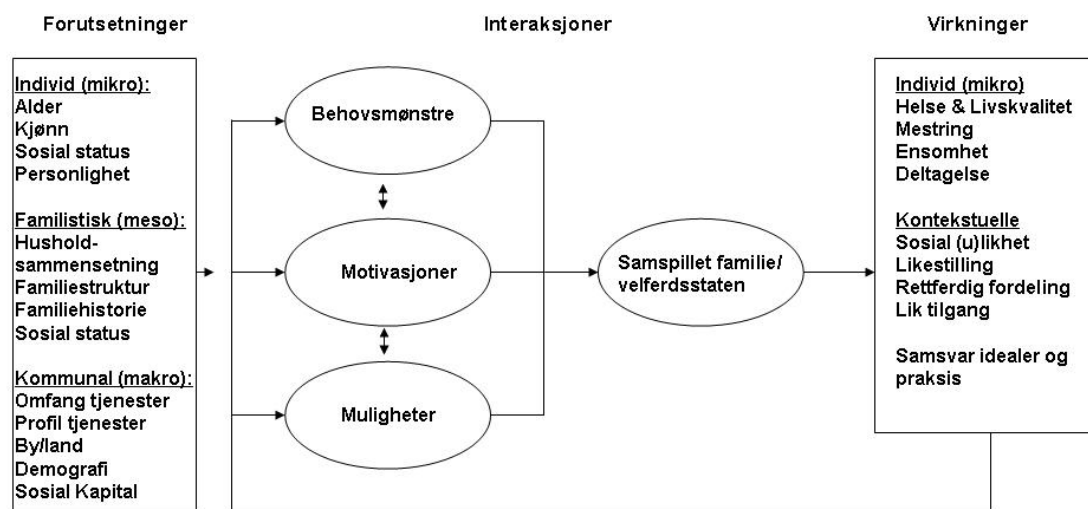
undersøkelsens vedkommende både om registerdata om kommuner og tjenestebrukere fra Statistisk sentralbyrå, og om survey-data fra en større befolkningsundersøkelse ved NOVA (NorLAG og LOGG, se Lappegård & Slagsvold, 2007).

Til tross for at hjelp og omsorg har vært tema for mange tidligere studier, er det i følge Szebehely (2005) fortsatt store kunnskapshull om behov, om hjelp og om hjelpere. Noe av årsaken til kunnskapshullene ligger i at tidligere studier ofte har hatt informasjon om deler og ikke om helheten. Noen studier har tatt for seg familieomsorgen, andre har sett på tilgangen til tjenester. Man har sjeldnere sett de to i sammenheng, og når *det* har vært tilfellet, har det ofte dreiet seg om små og lokale undersøkelser med liten generaliseringsverdi. Fordi de mest hjelpetrengende ofte verken kan eller vil delta i intervjuundersøkelser, blir de observerte mønstrene fra denne typen studier gjerne lite representative. Institusjonsbeboerne blir for eksempel oftest utelatt. Disse blir til gjengjeld inkludert i registerbaserte studier om bruk av tjenester, som imidlertid ikke fanger opp familiens rolle.

PROBLEMSTILLINGENE

Prosjektet og rapporten er organisert langs en analytisk modell som lar oss bryte ned problemstillingene i tre trinn, med årsaker til og konsekvenser av ulike omsorgsmodeller som en akse (figur 1). I sentrum for interessen står samspillet mellom familien og velferdsstaten slik det lar seg belyse via behovsmønstre, motivasjoner og muligheter (eller hindringer) for dette samspillet. Det første trinn er å kartlegge mønsteret (variasjonen) av behov og potensial for familieomsorg, det vil si hvordan folk er lokalisert innenfor familienettverk av behov og ressurser, og hvordan dette varierer med alder, kjønn og sosial status. Vi legger til grunn at behov hos nære andre kan ha like store konsekvenser som egne behov. Både behov og ressurser er i så måte relasjonelle størrelser. Vi spør derfor den intervjuede (informanten) ikke bare om hans og hennes egen situasjon, men også om nære andre (barn, partner, eldre foreldre). På den måten får vi også informasjon, om enn indirekte, om de eldste og mest hjelpetrengende, som ofte faller bort i tradisjonelle intervjuundersøkelser nettopp fordi de er syke eller skrøpelige.

Like viktig er å studere motivene bak samspillet – hvilke normer, preferanser og holdninger som er med og styrer relasjonene. Vi er dermed ikke bare interessert i hva folk gjør eller ikke gjør, men hva de synes er rett og riktig, og hva de skulle ønske å gjøre, gitt muligheter for det. Idealer og preferanser i befolkningen er viktige av flere grunner, fordi de er retningsgivende for atferd (gitt muligheter), og fordi de er standarder som velferds politikken og tjenestene i siste instans må vurderes i forhold til i et demokrati.



Figur 1 Analytisk modell for samspillet mellom familien og velferdsstaten i eldreomsorgen.

Behov blant nære andre kan motivere, ja tvinge, til å hjelpe, eller gi dårlig samvittighet dersom man ikke gjør det. Blant sentrale problemstillinger er dermed hvordan befolkningen er forankret innvevd i familie- og behovsmønstre over livsløpet. Hvor vanlig er det å ha barn, partner og/eller eldre foreldre med behov for hjelp i ulike faser av livsløpet? Hvordan varierer dette for kvinner og menn? Hvem er de viktigste hjelperne for ulike relasjoner og aldersgrupper? Hvordan er variasjonen i disse mønstrene, hvem og hvor mange har få eller ingen familieressurser?

Tidligere forskning har vist at de viktigste drivkrefter for å hjelpe er å finne i familienormer (plikt), i gjensidighet og i personlig nærhet – egeninteresse kan også spille inn (Bengtson & Roberts, 1991; Kohli & Künemund, 2003). Vi vet mindre om retningen og styrken av disse

motivene, for eksempel hvor sterke forpliktelsene oppover (overfor foreldre) og nedover generasjonslinja (overfor barn) er. Hva som mer konkret ligger i familienormer kan også endre seg over tid og være preget av ambivalens, det vil si av blandede følelser og konflikterende hensyn (Connidis & McMullin, 2002; Luscher & Pillemer, 1998). Hvordan varierer disse typer av motiver med kjønn, alder, familierelasjoner og sosiale kontekst for øvrig?

Muligheter (og hindringer) viser til ressurser og barrierer som stimulerer eller begrenser utveksling av hjelp og omsorg. En triviell, men viktig, faktor er geografisk avstand. Andre faktorer kan være alternative forpliktelser i familien og i arbeidet. Hvor (u)vanlig er det med rollekonflikter, og hva er virkningen av slike «klemmer»?

I sentrum for interessen står samspillet mellom familien og velferdsstaten (velferdskommunen): Utfyller familien og velferdsstaten hverandre i omsorgen, eller står de snarere i konflikt?

De nevnte problemstillingene tar for seg hvordan personer og familier forholder seg og hva deres idealer og praksis er. Vi bygger i denne sammenhengen primært på data fra en bred, landsdekkende intervjuundersøkelse blant et landsrepresentativt utvalg av befolkningen i alderen 18–84 år (LOGG: Livsløp, aldring og generasjon). Resultatene av disse analysene presenteres i Del III. Før vi kommer så langt, skal vi i Del II ta et makroperspektiv på forutsetningene for denne omsorgen, først ved å diskutere hva aldringen av befolkningen innebærer i stort, på befolkningsplan: Visst lever vi lengre, men med bedre eller med dårligere helse? (kapittel 2). Kapittel 3 tar for seg de økonomiske forutsetningene for eldrepolitikken generelt og for pleie- og omsorgstjenestene spesielt, før vi i to påfølgende kapitler trekker opp utviklingslinjene i omsorgstjenestene på nasjonalt nivå (kapittel 4) og variasjonen kommunene imellom (kapittel 5): Hvordan har utviklingen av tjenestene vært over tid? Hva kjennetegner den lokale variasjonen i eldreomsorgen?

Rapporten inneholder dels resultater som har vært publisert tidligere under prosjektets gang, noe av det bare på engelsk, dels nye resultater. Ved å samle funnene i én rapport håper vi å kunne bidra til å identifisere nye og bedre forskningsspørsmål og til å skille kanelen fra støyen og støvet som omgir de.

DEL II: STORE LINJER

Kapittel 2

Lengre liv – bedre helse?

Marijke Veenstra

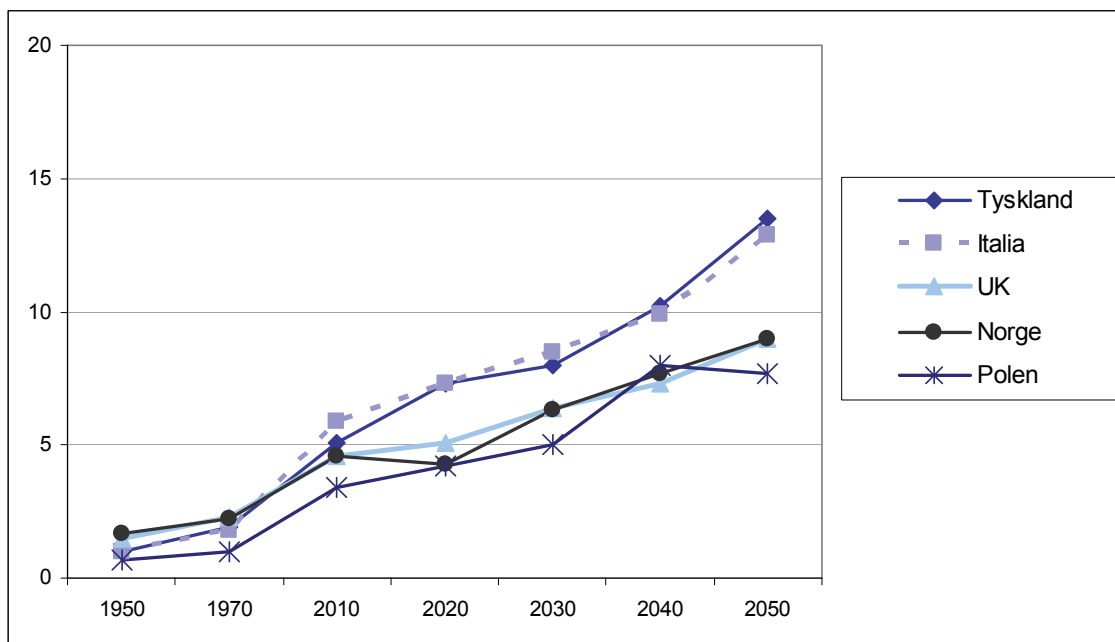
Framtidige behov for pleie- og omsorgstjenester bestemmes ikke bare av hvor mange som blir (hvor) gamle, men også av hvordan helse og funksjonsevne utvikler seg i den aldrende befolkningen. I følge Botten, Hagen & Waaler (2000) vil veksten i den eldre befolkningen føre til at de offentlige utgiftene til eldreomsorgen i Norge øker fra nesten tre prosent av bruttonasjonalproduktet i 1998 til fire prosent i 2030 dersom helsa var den samme. Ved bedre helse vil utviklingen være gunstigere. Hva er den mest sannsynlige utviklingen? Hvilke dilemmaer står vi overfor ved studier av helsetrender? Dette kapitlet oppsummer forskning om utviklingen i levealder og helse på befolkningsnivå. I kapittel tre går vi nærmere inn på individuell helse og familiens helse over livsløpet.

ET ALDRENDE NORGE

At eldrebefolkningen kommer til å øke framover er velkjent og gjelder nesten uansett hvilke forutsetninger som legges til grunn (Andreassen, 2011). Særlig etter 1970-årene har levetiden for den eldre delen av befolkningen økt betraktelig (Folkehelseinstituttet, 2010), og i dag får de fleste oppleve å bli 70 år og mer. I 2011 er cirka 15 prosent av den norske befolkningen 65 år eller eldre. I 2040 vil andelen være nærmere 22 prosent. Andel personer 65 år eller eldre regnes imidlertid ikke som en sterk indikator for framtidige utgifter til pleie- og omsorgstjenester, etter som helseplager og hjelpebehov gjerne oppstår senere, etter fylt 80 år. Økningen av antall personer over 80 år forventes å bli liten opp til 2020 og holder seg rundt 220 000 personer (4,3 prosent), for deretter å øke til 447 000 personer (7,7 prosent) i 2040.

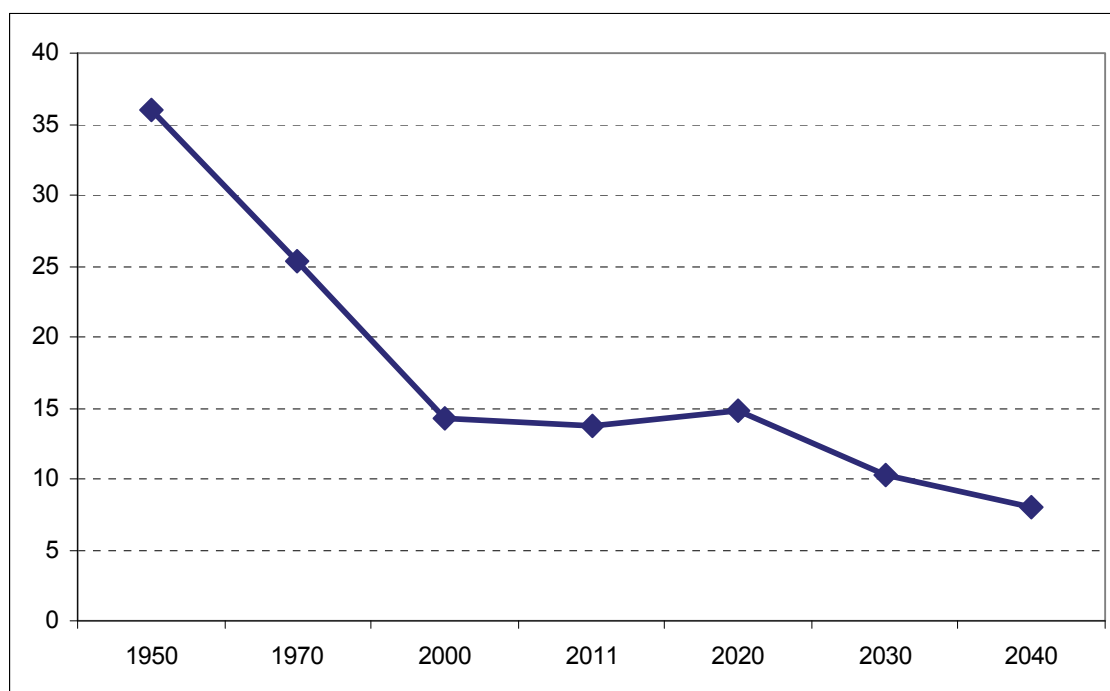
Selv om Norges befolkning blir klart eldre, er det andre land hvor befolkningen allerede i dag er betydelig eldre og hvor aldringen framover skjer fortere. Norge og Norden var tidlig ute i den såkalte demografiske

overgangen, og aldringen av befolkningen ligger på et lavere nivå sammenlignet med land lenger sør i Europa. For eksempel vil Tyskland og Italia ha cirka 10 prosent av befolkningen over 80 år i 2040 (Figur 2.1), som tilsvarer henholdsvis 7,8 og 5,9 millioner mennesker. I Japan, der allerede seks prosent av befolkningen er 80 år og over, vil andelen være hele 13,5 prosent i 2040, nærmere 15 millioner mennesker (United Nations, 2010).



Figur 2.1 Andel (%) 80+ i ulike Europeiske land, medium variant (Kilde: World Population Prospects, the 2010 Revision).

Av vesentlig interesse for finansiering av framtidige pleie- og omsorgstjenester er forholdet mellom den yrkesaktive befolkningen (20–66 år) og den eldre delen av befolkningen (80 år og eldre), også kalt «aldersbæreevne». Figur 2.2 viser reduksjonen over tid i antall personer i yrkesaktiv alder bak hver person som er 80 år eller eldre. På grunn av den reduserte dødeligheten i eldre år på 1970-tallet, har denne aldersbæreevnen falt kraftig i perioden 1950–2000. Deretter holder den seg stabil til 2020 med cirka 14 personer i yrkesaktiv alder bak hver person som er 80 år eller eldre. Figuren viser at ytterligere nedgang i aldersbæreevne forventes først etter 2020.



Figur 2.2 Aldersbæreevne: forholdet mellom antall personer mellom 20–66 år og den eldre delen av befolkningen (80+). Framskrivninger baseres på MMMM alternativet. (Kilde: World Population Prospects, the 2010 Revision).

Levealderen er høyere for kvinner enn for menn, og kjønnsforskjellene gjør at det er en betydelig overvekt av kvinner i de eldste aldersgruppene. Forskjellene i levealder har imidlertid blitt mindre de senere årene (fra 6,9 år i 1986 til 4,3 år i 2010), noe som skyldes redusert dødelighet blant menn (Otnes, 2011). I tillegg blir det færre enslige (aldri-gifte) kvinner sammenlignet med eldre kohorter. Framtidige scenarier antyder derfor at en økende andel eldre vil bo med en ektefelle eller samboer, i det minste til cirka 2030 (Keilman & Christiansen, 2010). Levealderen varierer også etter utdanningsnivå, med høyere forventet levealder blant personer med høyere utdanning (Tabell 2.1). Alt i alt har dødeligheten de siste årene blitt mest redusert blant de høyt utdannede, og dette har bidratt til økte sosiale forskjeller i dødelighet (Strand, et al., 2010).

Tabell 2.1 Forventet levealder etter utdanningsnivå i 2005.

	Menn	Kvinner
Grunnskole	74,5	80,6
Videregående	78,4	83,6
Høgskole/universitet	81,8	85,8

Kilde: SSB

Bruk av helse- og omsorgstjenester øker kraftig med alder, og det framtidige antall eldre i befolkningen betraktes derfor som en av de viktigste drivkrefter bak økte utgifter. Befolkningsframskrivninger tar høyde for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting (mobilitet) og innvandring. Dersom vi forutsetter samme bruksrater etter alder og kjønn som i dag, får vi et forenklet bilde av hvordan aldringen av befolkningen innvirker på framtidige utgifter. En slik framskrivning vil gi en betydelig økning i utgiftene til pleie- og omsorgssektoren i årene framover. I Norge vil dette særlig være tilfellet fra og med 2020. Slike framskrivninger presenteres naturligvis med en stor grad av usikkerhet (Brunborg, 2004). Usikkerheten ligger for det første i faktorer som påvirker framskrivninger av antall eldre som dagens beregninger ikke tar, eller kan ta, høyde for. Det er mange slike faktorer, noen mer forutsigbare enn andre. Blant de mer forutsigbare faktorene er utdanningsnivået særlig relevant. Etter som morgendagens eldre vil ha vesentlig høyere utdanningsnivå enn dagens eldre, og høy utdanning henger sammen med høyere levealder, kan dagens befolkningsframskrivninger gi for lave estimater for antall eldre (Batljan & Thorslund, 2009).

For det andre ligger det usikkerhet i antagelsen om at alder (og antall gamle) er den viktigste drivkraften for utgiftene til framtidige pleie- og omsorgstjenester (Murphy & Martikainen, 2011), og at sammenhengen mellom den aldrende befolkningen og økt ressursbruk er den samme over tid. Potensielt viktige drivkrefter for ressursbruken er knyttet til endringer både i samfunnet, i familiemønstrene og i individuelle forutsetninger. Slike faktorer er i stadig endring og vil kunne resulterer i ujevne, og til dels motstridende, utviklingstendenser i befolkningen i ulike perioder og ulike kohorter (Lingsom, 1989). Tidligere erfaringer har vist at viktige reformer og politiske føringer (som HPVU-reformen), har bidratt til at forbruk og tilbud av tjenester ikke har vært konstant innenfor aldersgruppene. I løpet av de siste årene har det vært en betydelig økning av yngre brukere i pleie- og omsorgssektoren, og det har vært økt fokus på hjemmebasert omsorg. Dette utdypes nærmere i kapittel 3 og 4. Eksempler på andre viktige drivkrefter er medisinsk og teknologisk utvikling, økte forventninger til tjenesten, generell velstandsvekst, flere som bor i parforhold i eldre år, og bedre helse i den aldrende befolkningen. Hvis økt levealder går hånd i hånd med bedre helse,

vil det ha betydelige konsekvenser for framskrivninger av ressursbruk i pleie- og omsorgssektoren (Colombo, Llana-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011; Nielsen, 2008). Derfor har forskning de senere årene viet stor oppmerksomhet til trender i eldres helse: Lever vi lengre med helse i behold, eller overlever vi nærmest uansett helsestatus? Med andre ord: kan vi leve med god helse fram til livets slutt? Dette skal vi se nærmere på i resten av kapitlet.

HELSETRENDER I EN ALDRENDE BEFOLKNING

Allerede så tidlig som i 1980-årene ble det formulert ulike perspektiver på helsetrender i en aldrende befolkning. Hypotesen om *utvidet sykkelighet* (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980) er i tråd med det tradisjonelle bildet av en aldrende befolkning som medfører en drastisk økning av behov for helse- og omsorgstjenester ved at flere skrøpelige eldre lever lengre. Det kan bli tilfelle dersom medisinske framskritt bidrar til å forlenge livet til personer med langvarig sykdom eller hjelpebehov. I land med lav dødelighet, som i Norge, fører en slik utvikling til økte utgifter til helsetjenester, blant annet grunnet i jevnlig oppfølging, bruk av forebyggende medikamenter, ofte gjentatte behandlinger og intervensjoner og forekomst av flere sykdommer samtidig (Bonneux, Barendregt, Nusselder, & der Maas, 1998).

Hypotesen om *sammentrykking og utsatt sykkelighet* (compression of morbidity) (Fries, 2003; Fries, Green, & Levine, 1989) antyder at vi lever flere år med helsa i behold. Gjennomsnittsalderen ved tap av funksjonsevne har økt over tid og raskere enn den forventede levealderen. Resultatet er en forkorting av antall år og andel av livet som en er avhengig av omsorg (*utsatt sykkelighet*) (Lingsom, 1989). I så fall vil de relative utgiftene til helse og omsorgstjenester øke langt mindre enn det som ville være tilfelle ved utvidet sykkelighet. Nielsen antydet for eksempel at utsatt sykkelighet ville bidra til at andelen tjenestemottakere blant kvinner i alderen 80 til 84 år faller fra 34 prosent i 2004 til 23 prosent i 2060 (Nielsen, 2008). Utsatt sykkelighet vil kunne oppnås først og fremst ved reduksjon av ikke-dødelige sykdommer, som for eksempel slitasjegikt, men også gjennom rehabilitering.

Hypotesen om *dynamisk likevekt* (Manton, 1982) kombinerer de foregående hypotesene og tilsier at andelen av livet som blir tilbrakt med alvorlig sykdom og nedsatt funksjonsevne vil være stabil eller reduseres, samtidig som

tiden tilbrakt med moderate helsebegrensninger forlenges. For eksempel har diagnosesetting på et tidligere tidspunkt medført lengre perioder med sykkelighet, men med bedre funksjonsevne. I internasjonal litteratur på feltet diskuteres det hvorvidt en slik situasjon innebærer økende behov for helse-tjenester eller om den kan betegnes som status quo.

Helsetrender i Norge

Forskning på spørsmålet om befolkningen ikke bare har blitt eldre, men også har fått bedre helse, kompliseres av minst tre faktorer: (1) Helse er et flerdimensjonalt fenomen og kan defineres og måles innenfor ulike domener. Ulike helsemål referer til ulike faser av sykdomsforløpet og ulik grad av nedsatt funksjonsevne (Verbrugge & Jette, 1994). Dermed er det grunnlag for å finne flere, tildels motstridende, helsetrender. Forskningen er inkonsistent i bruken av ulike indikatorer på sykkelighet, funksjon og hjelpebehov. Det er særlig hjelpebehov definert som evne til å utføre daglige aktiviteter som antas å være den viktigste indikator for behov for pleie- og omsorgstjenester. (2) Forskning på helsetrender stiller strenge krav til sammenlignbare data over en lang (> 15 år) periode. Endringer i design, svarprosenter, formulering av spørsmål eller svar i spørreundersøkelser har til dels store konsekvenser for sammenlignbarhet over tid (Lillegård & Ramm, 2010). (3) Undersøkelsene inkluderer vanligvis hjemmeboende, etter som de som bor på institusjon (med størst hjelpebehov), er vanskeligE å inkludere i helseundersøkelser (Christensen, Doblhammer, Rau, & Vaupel, 2009).

Slike begrensninger gjelder også for Levekårsundersøkelsene ved Statistisk sentralbyrå, som er den vanligste datakilde for å studere helsetrender i Norge. Levekårsundersøkelsene gir tilstrekkelig, men ikke perfekt, sammenlignbare og representative data fra 1973 til 2008. Fra og med 2003 er disse data del av European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) og inngår i den Europeiske statistikken ved EUROSTAT. Helse spørsmålene i EU-SILC (Minimum European Health Module) anses som dekkende for tre helsedomener: Egenvurdert generell helse, Kroniske helseproblemer, og Helsebegrensninger (General Activity Limitation Indicator). Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) vil også snart ha tilstrekkelig varighet og antall målepunkter for å analysere slike

helsetrender. Sykelighet kan også måles ved å studere utviklingen i forekomst og nye tilfeller av konkrete sykdommer i den eldre delen av befolkningen. Med unntak for Kreftregistret og Norsk pasientregister, er det i følge Waaler overraskende lite aldersspesifikke morbiditetstall for Norge (Waaler, 1999). Å få oppdaterte og optimale tall på forekomsten av varige sykdommer som diabetes, kronisk obstruktiv lungesykdom og demens, er en utfordring. Mange studier av prevalens og insidens av sykdommer som er særlig relevante i eldre år er fra 1990-tallet. Framskrivninger for demens baseres for eksempel stort sett på Rotterdam-studien (Eurodem 1995) og en studie av Engedal fra omkring samme tid (Engedal & Haugen, 1993). Med disse betraktninger i bakhodet ser vi i fortsettelsen nærmere på norske studier av trender i sykelighet, funksjon og hjelpebehov.

Utvidet sykelighet?

I dag er hjerte-karsykdommer, diabetes, kreft, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), muskel- og skjelettsykdommer og psykisk helse (demens og depresjon) de mest vanlige sykdommer som bidrar til sterkest reduksjon i antall friske leveår blant eldre nordmenn (WHO, 2002). I tillegg til disse kroniske sykdommene er nedsatt syn og hørsel viktige årsaker til svekket funksjonsevne i eldre år. Forekomsten av disse sykdommene og tilstandene har økt over tid i takt med den aldrende befolkningen. I Scenario 2030 antydte Waaler (Waaler, 1999) en vekst varierende fra 40 til 60 prosent blant personer 65 år og eldre av en rekke sykdommer og tilstander med spesiell relevans for eldre år (for eks. insidens av demens, slag, kreft, og lårhalsbrudd, og prevalens av diabetes, leddgikt og hjertesvikt). En slik økning i sykelighet reflekteres også i andre studier.

Samlet sett forekommer muskel- og skjelettsykdommer sjeldnere blant eldre i 2008 enn i 2002 (Otnes, 2011). Imidlertid ligger Norge sammen med andre Skandinaviske land på verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd, med anslagsvis 9 000 nye hoftebrudd per år. De fleste brudd skjer blant personer over 70 år og har ofte alvorlige konsekvenser for påfølgende funksjonsevne og hjelpebehov (Osnes, et al., 2004). Mange eldre lever med én eller flere typer hjerte-kar sykdommer, inklusive høyt blodtrykk. Blant befolkningen på 67 år og over, rapporterer 43 prosent at de har slike sykdommer (Otnes, 2011).

Forekomsten har økt fra 1970 til 2007 i tråd med redusert dødelighet (Folkehelseinstituttet, 2010). Cirka 70 000 nordmenn antas å leve med Alzheimer eller andre former av demens. Med økende levealder og redusert dødelighet i forbindelse med hjerte-karsykdommer, vil omfanget øke over tid til cirka 100 000 i 2030 og 160 000 i 2050 (Helsedirektoratet, 2007; Selbaek, Kirkevold, & Engedal, 2007; Ukraintseva, Sloan, Arbee, & Yashin, 2006).

Forekomst av luftveissykdommer, for eksempel KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) har økt; det samme gjelder øye- og øresykdommer (Otnes, 2011). Også antall nye krefttilfeller kommer til å øke i takt med lengre levetid, tidligere og bedre diagnostikk. Ved utgangen av 2009 var nær 200 000 nordmenn i live etter å ha fått minst én kreftdiagnose. Forekomsten av kreft antas å øke med 30 prosent til 2020 (Cancer Registry of Norway, 2011). Over halvparten av tilfellene inntreffer etter fylte 70 år. I noen tilfeller, som for eksempel ved økt forekomst av prostatakraft, handler det mer om økt diagnostikk (PSA screening) enn økt forekomst (Kvale, et al., 2007). Alt i alt antyder tall fra Levekårsundersøkelsene at andel eldre (67+) som lever med en varig sykdom, har holdt seg tilnærmet stabil i perioden 1998–2008 (Otnes, 2011).

Oppsummert kan dette tyde på at vi lever lengre med våre sykdommer: altså utvidet sykkelighet. Men forekomst og antall nye tilfeller av ulike sykdommer sier i seg selv ikke så mye om behov for pleie- og omsorg fra det offentlige. En kan ha en alvorlig sykdom og likevel klare seg godt i dagliglivet (Parker & Thorslund, 2007). Derfor ser vi i fortsettelsen av kapitlet på trender i nettopp funksjon og hjelpebehov.

Sammentrykking eller dynamisk likevekt?

Norske studier som har tatt for seg trender i eldres helse baseres oftest på Levekårsundersøkelsene. Lingsom (1989) konkluderte i en tidlig studie med at førligheten til personer mellom 67 og 79 år bedret seg fra 1973 til 1987, mens andel med varig sykdom så ut til å øke i denne perioden. I de senere års forskning er *forventet antall leveår i god helse* (Healthy Life Years: HLY) en ofte brukt indikator for befolkningens helse. HLY angir hvor mange av de forventede leveårene vi kan regne med å tilbringe i god helse og uten nedsatt funksjonsevne (Boks 1). Det finnes like mange mål på HLY som det er ulike

definisjoner på helse. Fordi mål på HLY kombinerer dødelighet og sykkelighet, er de særlig relevante og lett forståelige mål på både nivå og endring av den eldre befolkningens helse (Centers for Disease Control and Prevention, 2003).

Waaler & Grødvedt (2003) fant at levealderen i perioden 1985–1998 økte med 2,7 år for menn og 1,8 år for kvinner. Antall friske leveår (basert på egenvurdert helse) økte noe mer, med 4,5 år for menn og 2,6 år for kvinner. Trenden ser ut til å fortsette i den påfølgende perioden, etter som det i årene fra 1998 til 2008 har blitt flere eldre (67+) som vurderer sin egen helse som god eller meget god (Otnes, 2011).

En nylig norsk studie (Moe & Hagen, 2011) antyder at andel eldre med nedsatt funksjonsevne og hjelpebehov¹ har gått ned de siste 20–30 årene. Deres studie konkluderte med at forventet levealder ved 67 år økte med 2,8 år for menn og 2,0 år for kvinner i perioden fra 1986 til 2008. Tilsvarende økte antall år uten hjelpebehov med 3 år for menn og 2,7 år for kvinner, altså en sterkere økning enn antall leveår. I 2008 estimeres menn ved 67 år å ha 11,8 leveår igjen eller 74 prosent av deres gjenstående levetid (16 år) med funksjonsevne i behold. Tilsvarende tall for kvinner er 10,2 år eller 53 prosent av deres gjenstående levetid (19,1 år). Kjønnsforskjeller i antall friske leveår ved 67 års alder er ikke bare mindre sammenlignet med forventet levealder, men til og med omvendt, det vil si at 67-årige menn har flere gjenstående friske leveår enn kvinner på samme alder. Forskjellene gjenspeiler at kvinner tilbringer en større del av livet med svekket funksjonsevne.

Funnene er i tråd med internasjonale, komparative studier som viser en positiv sammenheng mellom forventet levealder og forventet antall friske leveår (Robine, Saito, & Jagger, 2009). Land med høy forventet levealder, har et høyt forventet antall friske leveår. Videre ser de norske data så langt ut til å gi støtte til hypotesen om dynamisk likevekt: forekomsten av varige sykdommer øker, men hjelpebehov oppstår senere i livet og varer noe kortere enn før. Lignende trender har blitt funnet i USA (Freedman, 2003) og Finland (Sulander, 2005), men resultatene varierer ellers sterkt på tvers av

¹ Bevegelighet og hjelpebehov fra General Activity Limitation Indicator instrumentet. Denne studien tar hensyn til endringer i bruk av filter og spørsmålsformulering.

land (Christensen, et al., 2009; Jagger, et al., 2007; Lafortune & Balestat, 2007; Parker, Ahacic, & Thorslund, 2005).

De sprikende helsetrender kan skyldes flere forhold: ulike helsemål, ulike aldersgrupper, varierende antall målinger over tid, ulik kontekst og at ulike land er i ulike demografiske faser (Christensen, et al., 2009; Robine, et al., 2009). Forskjellene mellom land kan skyldes ulik bruk av helsemål. På samme måte kan små avvik i spørsmålsstilling over tid ha gitt utslag i den norske helsetrenden. Samtidig kan bruk av bare én type helsemål fra én og samme datakilde også bidra til en tilsynelatende konsistent trend. Fra land med flere datakilder vet vi at ulike studier viser forskjellige trender (Robine, et al., 2009). Det kan være klokt å basere studier og framskrivninger på mer enn ett helsemål og mer enn én datakilde.

Både norske og internasjonale studier inkluderer data fra ulike aldersgrupper. Noen studier tar for seg påfølgende kohorter av eldre mens andre inkluderer hele det voksne aldersspennet. Slike forskjeller i datagrunnlaget kan gi sprikende resultater. Videre er det først i dag at mange studier har pågått over tilstrekkelig lang tid for å studere trender. Fortsatt refererer mange internasjonale studier til resultater fra bare to eller tre måletidspunkter². Et annet viktig spørsmål er hvorvidt det er mulig å sammenligne helsetrender fra land som er i ulike demografiske faser. Land som ligger foran i den demografiske utviklingen – altså land med mange eldre som gjerne lever til over 100 år (for eksempel Japan) – har en tendens til å vise utvidet sykkelighet snarere enn en sammentrykking av sykkelighet. Med andre ord, i noen perioder vil vi kunne oppleve en sammentrykking av sykkelighet, i andre perioder det motsatte. Sprikende resultater kan også skyldes ulike sosiale kontekster mellom land og over tid. Mål på hjelpebehov (disability) er i utgangspunktet sosialt definert ved at de refererer til evnen til å utføre forventede sosiale roller i en bestemt omgivelse (Freedman, Agree, Martin, & Cornman, 2006; Verbrugge, Lepkowski, & Imanaka, 1989). Nivået på slike helsemål kan dermed gjenspeile både individers funksjonsevne og utfordringer i omgivelsene (Crimmins, Hayward, Hagedorn, Saito, & Brouard, 2009). Det er et empirisk spørsmål hvorvidt bestemte sykdommer

² EUROHEX: <http://www.eurohex.eu/>

fører til hjelpebehov, noe som vil kunne påvirkes av en rekke ikke-medisinske forhold ved Eldres livssituasjon (Lingsom, 1989; Verbrugge, et al., 1989).

Boks 1. Healthy Life Years (HLY)

HLY-indikatoren bruker dødelighetsdata i tillegg til helsedata fra intervjuundersøkelser. Data forutsetter aldersspesifikk prevalens av befolkningen i frisk og ikke-frisk forfatning, samt aldersspesifikke dødelighetsrater (Sullivan, 1971). En viktig forutsetning for å vise utviklingen i HLY er at helsemål er sammenlignbare over en lang periode, det vil si at både spørsmålsstilling, svarkategorier, bruk av kriterier og filtre holdes likt. Små forskjeller kan gi betydelige utslag på helsetrender. Ikke mange nasjonale eller internasjonale data oppfyller disse krav om sammenlignbarhet, og i Norge er det kun Levekårsundersøkelsene ved Statistisk Sentralbyrå som har data med tilstrekkelig (men ikke perfekt) sammenlignbare og representative data over en lang periode (fra cirka 1973 til 2008). Ulike helsespørsmål, cut-off points og filtre bidrar til ulike HLY estimater over tid og mellom land (Lillegård & Ramm, 2010). Det finnes like mange forskjellige mål på friske leveår (HLY) som det er definisjoner av helse (funksjonsevne, varig sykdom, hjelpebehov, egenvurdert helse). Levekårsundersøkelsene ved Statistisk Sentralbyrå inngår i EU-SILC, som EU anbefaler som primærkilde for HLY. Helsemål hentes fra Minimum European Health Module og inkluderer Egenvurdert generell helse, Kroniske helse problemer, General Activity Limitation Indicator (GALI). Internasjonalt er særlig hjelpebehov mye brukt som indikator på HLY, på grunn av relevansen for behov for tjenester. Ingen enkeltmål kan imidlertid inneholde alle dimensjoner av helse og dødelighet og det anbefales å bruke flere ulike helsemål (Centers for Disease Control and Prevention, 2003).

Boks 2. Disability adjusted life years (DALY)

Disability adjusted life years (DALY) gjenspeiler hvor stor sykdomsbyrde en spesifikk tilstand eller sykdom forårsaker i befolkningen. Blant annet Verdens Helseorganisasjon bruker DALY som et relevant mål på befolkningens helse eller på sykdomsbyrde (global burden of disease). Enhver tilstand er gitt et tall mellom null og en, hvor null tilsvarer perfekt helse og en tilsvarer død. Mye av kontroversen omkring dette målet består i vektingen for å gjenspeile størrelsen på byrden (hjelpebehov) og ved å legge større vekt på arbeidsproduktive år enn årene etter pensjonering (Arnesen & Nord, 1999) Dermed kan den være noe mindre egnet til å si noe om helse og sykdomsbyrde i eldre år.

HELSE OG DØDEN

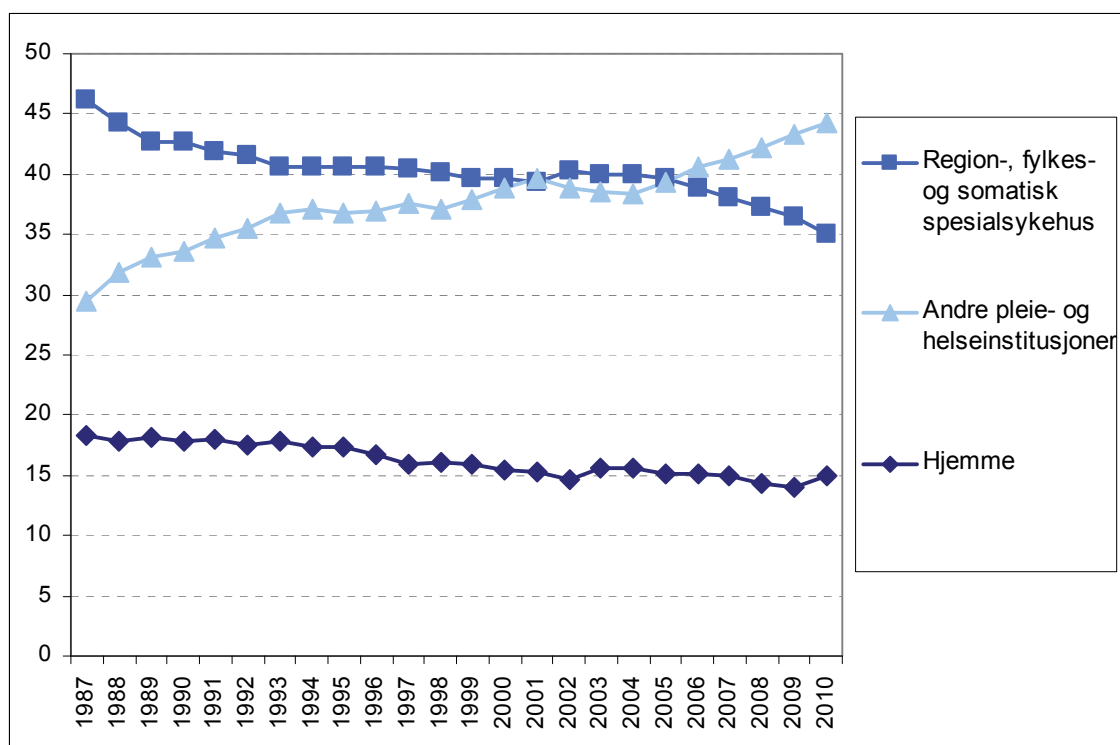
Vi kan utvide spørsmålet om lengre liv – bedre helse, til også å inkludere døden. Hvis vi får leve med god helse fram til livets slutt, er kanskje ikke alder eller sykdom de viktigste kostnadsdrivere, men snarere nærheten til døden (Nord & Hjort, 1988). Brorparten av helsepengene brukes på det siste leveåret. I følge Fuchs er i så fall den viktigste grunnen til at disse utgiftene øker med alder at andel mennesker som er nær døden øker (Fuchs, 1984). «Aldringen av befolkningen» betegnes derfor ofte som en «red herring» (rød

sild), det vil si, noe som tar bort oppmerksomheten fra andre, og viktigere, drivkrefter for ressursbruk.

Det foreligger lite informasjon om helse i det siste leveåret, mest fordi spørreundersøkelsene ikke klarer å fange opp dette. Romøren påpekte i sin Larvik-undersøkelse at 30 prosent av pasientene 80 år og over var «ganske spreke» det siste leveåret, det vil si at de døde uten forutgående, vesentlige behov for omsorg (Romøren, 2001). Hvert år dør nærmere 42 000 mennesker i Norge, men hittil finnes lite norsk forskning på kostnader knyttet til det siste leveåret. Internasjonale studier (Breyer, Costa-Font, & Felder, 2010; Karlsson & Klohn, 2011; Raitano, 2006) fokuserer stort sett på spesialisthelsetjenester (sykehus) og bare få på pleie- og omsorgssektoren (Karlsson & Klohn, 2011). Slike studier konkluderer stort sett med at:

- Helsekostnadene relatert til døden er høyere blant yngre enn eldre.
- Blant yngre er kostnader i siste leveår relatert til spesialisthelsetjenester mens de blant eldre relateres til pleie- og omsorgstjenester.
- Lengre levetid medfører økt etterspørsel etter livsforlengende medisinsk behandling.

I lyset av en aldrende befolkning er et viktig spørsmål: *Hvis mennesker dør senere, endres da også kostnader knyttet til siste år(ene) før døden?* (Payne, Laporte, Deber, & Coyte, 2007). Spørsmålet bør bli gjenstand for videre forskning, men flere utviklingstrekk tyder på at det blir slik. Så langt ser eldre pasienter ut til å få mindre kostbare medisinske og kirurgiske inngrep enn yngre pasienter med samme sykdom (Raitano, 2006). Med økende levealder og økning i antall friske leveår er det sannsynlig at en betydelig del av behovet for pleie- og omsorgstjenester blant eldre forskyver seg til siste året før døden, og kan dermed bli ressurskrevende for pleie- og omsorgssektoren, men antagelig på et kort og senere tidspunkt av livet. Figur 2.3 antyder at kostnadene knyttet til siste leveår kan ha endret seg over tid. De siste årene har det vært relativt færre eldre som dør på sykehus, og flere som dør på sykehjem.



Figur 2.3. Dødssted (andel i %) i perioden 1987–2010. Kilde: Dødsårsaksregistret SSB 2011

KONKLUSJON

Framskrivninger av framtidige behov for pleie- og omsorgstjenester legger enten til grunn at forekomsten av hjelpebehov forblir den samme innenfor aldersgruppene eller at den reduseres i tråd med bedre helse blant kommende kohorter av eldre. Hva som er den mest sannsynlige utviklingen i årene framover, er fortsatt et kontroversielt spørsmål. Framskrivninger av alder, helse, sykkelighet og død gir ikke noe entydig bilde for framtidige utgifter til pleie og omsorg (Payne, et al., 2007).

Så langt antyder norske studier støtte for hypotesen om dynamisk likevekt. Helsen har blitt bedre ved at dagens eldre har færre hjelpebehov, og hjelpebehovene utsettes til et senere tidspunkt i livet. Samtidig har det ikke blitt færre med varige sykdommer. Sammenhengen mellom sykdom og hjelpebehov ser dermed ut til å ha endret seg over tid. Vi lever lengre med våre sykdommer og spesielt sykdommer som kjennetegner eldre år antas å øke i årene framover i tråd med økende levetid. Slike trender understreker at ulike sider ved helseutviklingen kan følge ulike scenarier med for eksempel større behov

for spesialisttjenester og mindre behov for pleie- og omsorg eller omvendt, avhengig av hvilket helsemål en fokuserer på (Parker & Thorslund, 2007).

At vi lever lengre med en varig sykdom uten at den medfører betydelige hjelpebehov, kan være resultatet av mer effektiv behandling og økt bruk av (teknologiske) hjelpemidler. I så fall kan dette være en *konsekvens* av økt ressursbruk i primær- og spesialisthelsetjenester eller økt medikamentbruk på et tidligere tidspunkt i livet. Teknologisk utvikling og medisinske framsteg som påvirker diagnose, behandling og forløp av ulike sykdommer bør dermed bli et viktigere tema for debatt. I den grad moderne medisin har forlenget døden, i det minste gjort det mulig å forlenge den, er også de etiske dilemmaene omkring livets slutt blitt mer aktuelle.

Historisk sett har alder aldri vært den faktor som har størst betydning for de samlede helseutgifter, men den kan nok vise seg viktigere for ressursbruk i eldreomsorg i årene framover. Når vi lever lengre, skyver vi døden og utgiftene til pleie og omsorg foran oss. Hjelpe- og pleiebehovene forskyves til siste leveåret og vil da ofte gjelde en forholdsvis kort periode med intensiv ressursbruk. Dette vil gjelde et økende antall eldre i årene framover. Snarere enn frykten for økt ressursbruk, bør slike endringer i behovsprofil stimulere til nytenkning omkring i hvilken grad og på hvilken måte eldreomsorgen skal tilpasses de framtidige mønstre av helse og hjelpebehov i en aldrende befolkning.

Kapittel 3

Aldring og eldre i velferdsstaten

– et økonomisk perspektiv

Julie Kjelvik

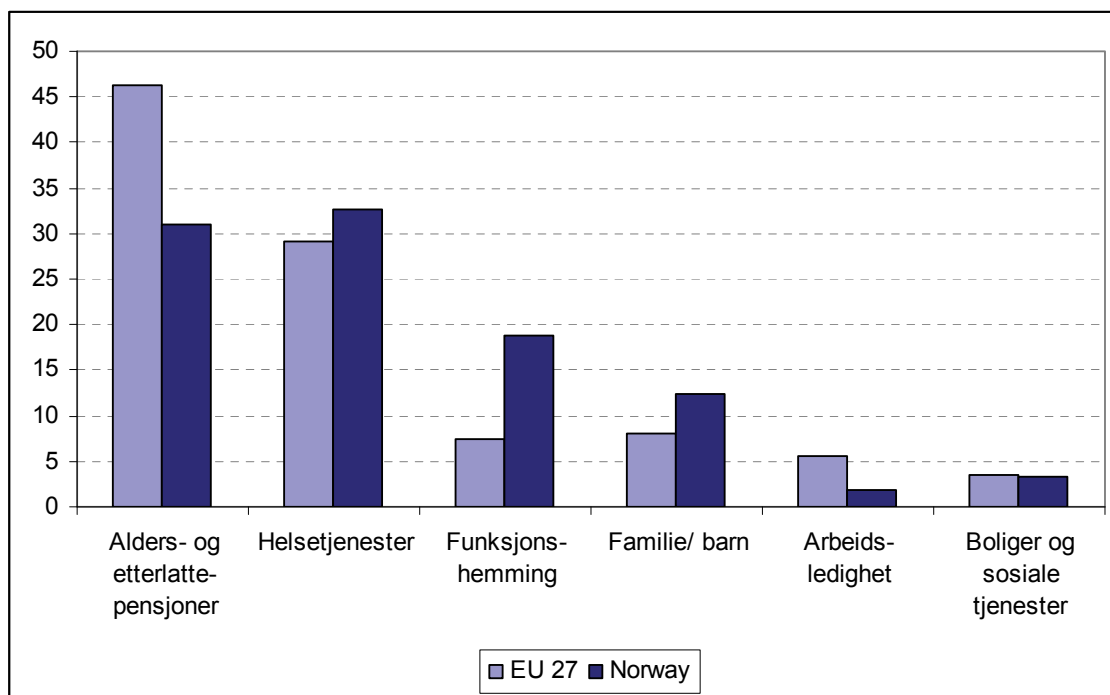
Velferdsstaten bygger på tanken om at markedskreftene ikke kan ivareta velferden til alle borgere. Personer som mangler egen arbeidsinntekt, og dermed står uten muligheter for å kjøpe seg tjenester, er typiske eksempler på personer som trenger et kollektivt sikkerhetsnett. Eldre mennesker er en slik gruppe, eller sagt på en annen måte – i eldre år kommer vi i en slik stilling. Pensjonen erstatter arbeidsinntekten etter pensjonsalderen, og med stigende alder øker risikoen for sykdom og avhengighet av hjelp. Norge hører til den såkalte skandinaviske modellen, som i utstrakt grad satser på offentlige velferdstjenester (Esping-Andersen, 1990). Er denne velferdsmodellen truet av den demografiske utviklingen, slik vi kan få inntrykk av i medieopplagene om den såkalte «eldrebølgen»?

I dette kapitlet skal vi ganske kort beskrive den norske velferdsmodellen og eldres plass innenfor denne, med særlig vekt på pleie- og omsorgstjenestene. Her holder vi oss til mer makroorientert informasjon, især om pleie- og omsorgstjenestenes økonomi. I påfølgende kapitler går vi nærmere inn på utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene på nasjonalt (kapittel 4) og lokalt (kapittel 5) nivå.

MØNSTRE I RESSURSBRUK: NORGE OG EUROPA

Velferdsstaten omfordeler ressurser over livsløpet og mellom aldersgrupper. Sagt enkelt så skattelegges yrkesaktive og næringsdrivende for å kunne gi barn og ungdom utdanning, gi foreldregenerasjonen beskyttelse ved sykdom, og yte pensjoner og omsorgstjenester til eldre mennesker. Et mål på alt dette, og dermed på velferdsstatens omfang, gis gjerne gjennom utgiftene til såkalte

«sosiale formål», det vil si til sykdom og helse, funksjonshemming, aldring, familie og barn, arbeidsledighet, boliger m.v. De samlede sosiale utgiftene utgjør for Norges del ca. 23 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP). Omtrent hver tredje «sosiale krone» blir i Norge brukt på helse, og nær like mye på pensjoner (alders- og etterlattepensjon) (jf. figur 3.1). Dermed går en betydelig del til tjenester og ytelser for eldre.

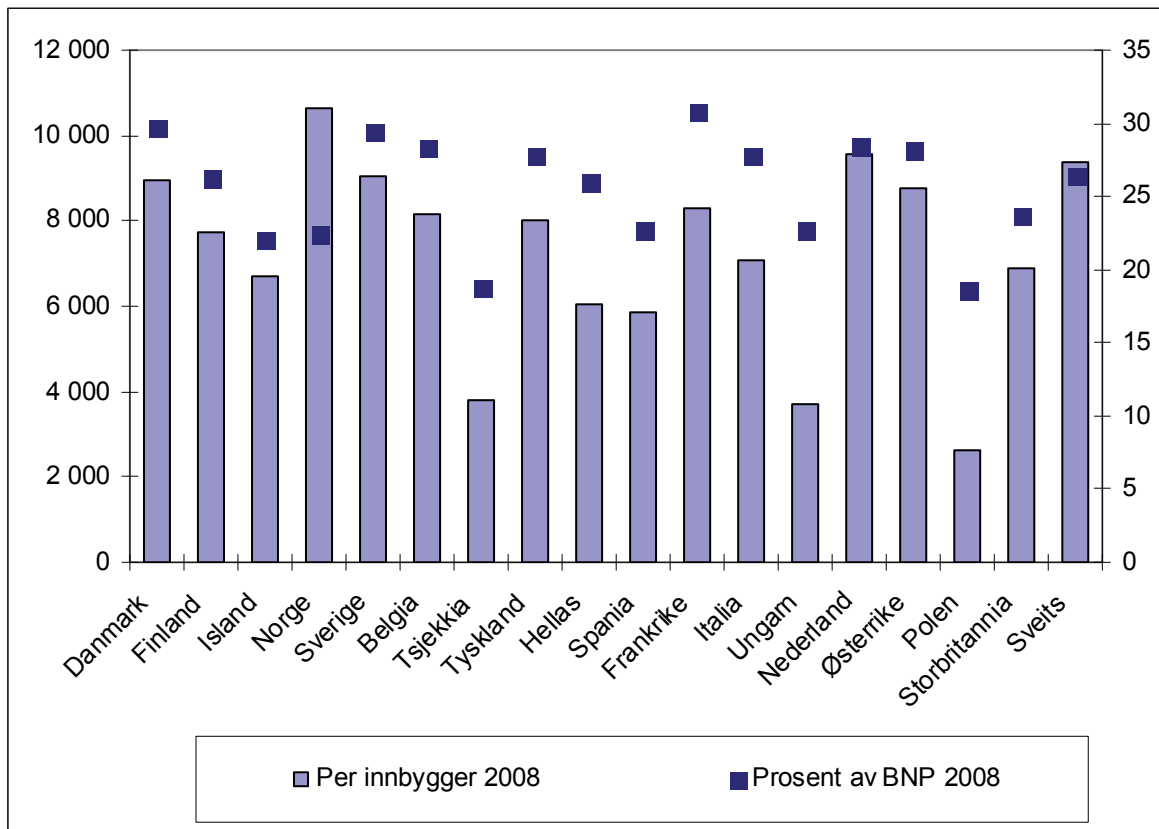


Figur 3.1. Sosiale utgifter etter område. Norge og EU i prosent av BNP. Kilde: Eurostat

Den nordiske velferdsstaten betegnes som inkluderende ved å ha gunstige ordninger både for barn og eldre (Lynch, 2001). Norge er blant velferdsstatene som bruker mest på tjenester (helse, omsorg) og forholdsvis mindre på økonomiske overføringer (pensjoner, kontantytelser) sammenlignet med andre europeiske land (Eurostat, 2009). Land som Hellas, Italia, Japan og USA – med et lavere offentlig tilbud generelt sett – er tilbøyelige til å prioritere eldre, i en grad som gjør at de omtales som eldreorienterte velferdsstater.

Når sosiale utgifter sammenliknes, varierer nivået betydelig mellom europeiske land. Ved å regne om utgiftene til sammenlignbare størrelser, i figur 3.2 målt ved kjøpekraftsparitetsstandarder, finner vi at Norge – sammen med Luxembourg – bruker mer enn andre europeiske land på sosiale formål. Når velferdsstaten måles på denne måten, kan den nordiske

velferdsmodellen især for Norge, Sverige og Danmarks del karakteriseres som særlig kostnadskrevende velferdsstater (Normann, 2009).

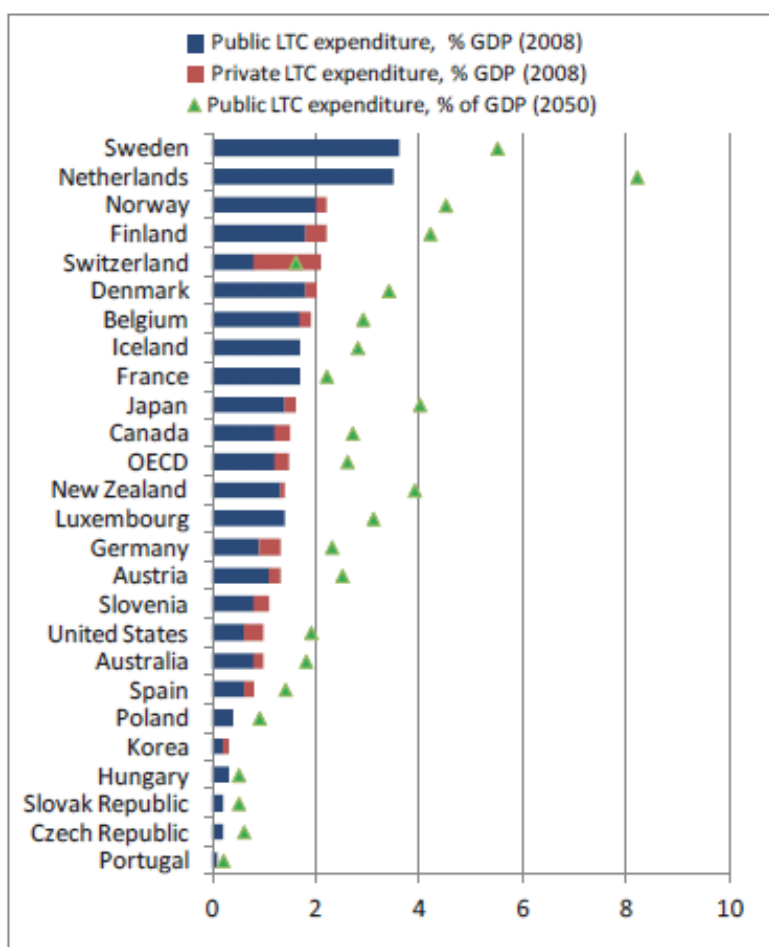


Figur 3.2. Sosiale utgifter i kjøpekraftsparitetsstandarder (KPS) per innbygger og som andel av brutto nasjonal-produkt (BNP) i europeiske land, 2008. Kilde: Normann m.fl. (2009)¹

Nivået på de sosiale utgiftene kan også uttrykkes i prosenter av BNP. Slik målt ligger Norge i en midlere posisjon, noe som kan forklares ved at BNP er svært høyt i Norge (figur 3.2). For «long-term care» ligger Norge høyt, men noe lavere enn Sverige og Nederland (figur 3.3). Det europeiske mønsteret er like fullt det samme, uavhengig av hvilket mål som nyttes: Landene sør og øst i Europa har generelt lavere nivå på sosiale utgifter enn vestlige og nordlige land.

¹ Kjøpekraftsparitetsstandarder (KPS) er en enhet som fjerner effekten av nasjonale prisforskjeller og dermed gjør det mulig å sammenligne utgifter på tvers av land. Norge har høye kostnader, målt i KPS, men som andel av bruttonasjonaprodukt (BNP) er disse utgiftene relativt lave. Dette skyldes at BNP i Norge er svært høyt.

Utfordringen som ligger i en aldrende befolkning er økt press på de sosiale tjenestene. Pleie- og omsorgstjenestene vil få en framtreddende plass i framtidens velferdstat, og aldring vil resultere i økende etterspørsel etter tjenester til personer med langvarige behov. Ikke overraskende bruker Norge mer enn gjennomsnittlig på det som internasjonalt betegnes som «long-term care», sammenlignet med andre land. OECD-land brukte i snitt 1,5 prosent av bruttonasjonalproduktet (BNP) til pleie og omsorg i 2008, for Norge lå andelen på 2,2 prosent (figur 3.3).



Figur 3.3. Ofterlige og private utgifter til pleie og omsorg (long-term care) i OECD, prosent av BNP. 2008. Kilde: OECD

Definisjonen av «long-term care» er ikke helt dekkende for hva vi i Norge kaller pleie og omsorg. For noen land, deriblant Norge, inkluderer tallene bare de helsesrelaterte utgiftene av pleie- og omsorgstjenestene – altså er utgifter til sykehjem og hjemmesykepleie inkludert, mens utgifter til

hjemmehjelp og annen praktisk bistand ikke er med. Dersom vi legger *hele* den kommunale pleie- og omsorgssektoren til grunn, er andelen i overkant av tre prosent av BNP.

Det ligger også andre vesentlige forskjeller mellom landene bak tallene. Det er for eksempel forskjeller i hvor mye av omsorgen som ytes av familien. De nordiske land har i etterkrigstiden bygd opp en sterk offentlig velferdsmodell, mens det i det sørlige Europa er mer vanlig at familien tar omsorgen for sine eldste (Huber, Rodrigues, Hoffman, Gasior, & Marin, 2009). Det er også forskjeller på hvilke aldersgrupper som omfattes av «long-term care». I Danmark er 89 prosent av tjenestemottakerne over 67 år; i Norge er 69 prosent av mottakerne i den aldersgruppen. Polen har enda flere yngre mottakere enn Norge – drøye halvparten av mottakerne er over 67 år (OECD 2011). I tillegg kommer de ulike organisatoriske løsninger landene imellom, samt at lovgrunnlaget og praksis for tildeling av tjenester vil variere. Alt dette gjør at man skal tolke den internasjonalt komparative statistikken med forsiktighet. I fortsettelsen skal vi konsentrere oss om helse- og omsorgstjenestene i Norge.

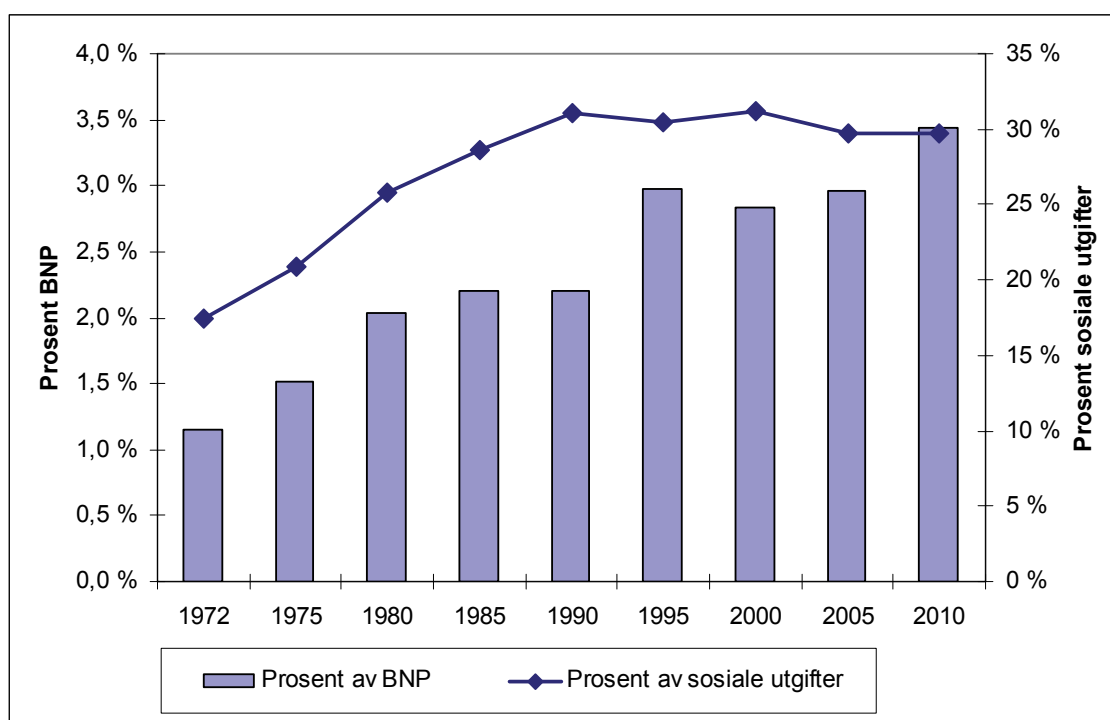
UTGIFTER TIL HELSE OG OMSORG I NORGE

Norge er blant landene som bruker mest per innbygger på helse. Foreløpige tall for 2009 viser at det dreier seg om ca ti prosent av bruttonasjonalproduktet, omtrent en fordobling siden 1970-tallet, og enda lengre tilbake utgjorde helseutgiftene en enda mindre del av nasjonalproduktet (Kjelvik, 2007)². Det var først etter andre verdenskrig, med utviklingen av den moderne velferdsstaten, at veksten skjøt fart, med primære og spesialiserte helsetjenester for befolkningen, hovedsakelig i offentlig regi.

En enda mer rivende utvikling har pleie- og omsorgssektoren hatt. I 1972 var det offentliges brutto utgifter til drift av pleie- og omsorgstjenester

² Historisk sett har pleie- og omsorgsutgiftene ikke vært inkludert i helseutgiftene, og i helseutgiftene før 1997 vil disse utgiftene ikke være inkludert. Pleie- og omsorgstjenester, eksempelvis sykehjem og omsorgsboliger, er et område som er i en gråson mellom helsetjenester og sosialtjenester. I nasjonalregnskapets helseregnskap blir pleie- og omsorgsutgifter fordelt mellom helse- og sosial etter internasjonale retningslinjer, og en andel av utgiftene vil dermed være inkludert i dagens helseutgifter.

på 1,3 milliarder kroner, som tilsvarer 1,1 prosent av BNP. I dag er andelen tredoblet og er i overkant av 3 prosent. Dette henger sammen med den vekst og utvikling som har preget tjenestene fra 1965 til i dag, og som blir nærmere beskrevet i neste kapittel. Hvor stor andel av de sosiale utgiftene som brukes på pleie og omsorg, har imidlertid holdt seg stabilt siden 1980-tallet (figur 3.4). I 1972 gikk 17 prosent av de sosiale utgiftene til pleie- og omsorgssektoren, og andelen økte årlig på 1970-tallet, mens i løpet av 1980-tallet nådde andelen 30 prosent og har siden da holdt seg relativt uendret.



Figur 3.4. Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg i prosent av BNP og sosiale utgifter. 1972–2010. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og Borgan (2012)

Sammensetningen av driftsutgiftene har endret seg gjennom årene, noe som avspeiler reformer og strukturelle endringer i sektoren. På 1970-tallet lå hovedvekten på institusjonstjenester. Hjemmetjenestene utgjorde bare 16 prosent av driftsutgiftene til pleie og omsorg i 1972 (Borgan, 2012)³. I dag er utgiftene for institusjoner og hjemmetjenester tilnærmet like store, men balansen mellom institusjoner og hjemmetjenester er svært forskjellig for yngre og eldre

³ I Borgan (2012) er totale driftsutgifter til pleie og omsorg dokumentert for perioden 1972–2010. Sykehjemsreformen i 1988 og HVPU-reformen i 1991 kan ha ført til for lavt registrerte tall i årene 1988–1990.

(67 år+) brukere. Mens nær tre firedeler av utgiftene i «eldreomsorgen» går til institusjonene, går storparten av ressursene i «yngreomsorgen» til hjemmebasert omsorg (82 prosent), inklusive boliger for pleie- og omsorgsformål.

Sammensetningen av hjemmetjenestene har altså vært i endring. I løpet av de siste ti-åra har nye brukere og tjenester blitt inkludert i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene: brukerstyrt personlig assistent, støttekontakt, trygghetsalarm, omsorgslønn, matombringing med mer. Mens hjemmeboende omsorgstrengende tidligere ble pleid av familien, især av hjemmewærende kvinner, har de i større utstrekning blitt et offentlig ansvar, men i samspill og med støtte fra familien. Lover og forskrifter som har styrket brukernes rettigheter har plassert ansvaret i kommunene, og har bidratt til å forankre tanken også blant folk flest om at dette er et offentlig ansvar.

Med framtidige demografiske endringer som lengre levealder og flere eldre, er det et spørsmål om hvor bærekraftig velferdsstaten er for årene som kommer. Hvor mye vil de demografiske endringene påvirke etterspørselen etter velferdstjenester generelt og helse- og omsorgstjenester spesielt? Kunnskaper om betydningen av demografi og andre faktorer vil ha betydning for å kunne planlegge en velferdsstat som er tilpasset framtiden.

Ser vi historisk på veksten i kostnadene til helse og omsorg, kan man finne flere forklaringsfaktorer. En av faktorene er høyere krav og forventninger til standard og kvalitet i tjenestene, f.eks. krav om enerom i sykehjem. Utviklingen av medisinsk teknologi kan også være kostnadsdrivende ved å gi muligheter for behandling av tilstander det ikke tidligere var behandling for. Også innen omsorgssektoren finnes nyvinninger som kan effektivisere, men også drive fram høyere kostnader. Endringer i familiens ansvar og rolle kan også ha betydning; at det ikke lenger er mulig og ønskelig at kvinner yter ulønnet omsorg, slik de tradisjonelt har gjort, men at nye omsorgsløsninger drives fram. Offentlige reformer for ymse formål kan også bidra til at kostnadene øker, selv i tilfeller der hensikten var å redusere utgiftene.

At andre forhold enn demografien kan være kostnadsdrivende, bekreftes av Getzen (1992) som sammenligner helsekostnadene i 20 OECD-land over en periode på 30 år. Landene har hatt ulik demografisk utvikling, men i følge Getzen var det på dette tidspunkt ikke belegg for at land med sterkere grad av aldring har hatt større vekst i helsekostnader enn andre land. Alder påvirker *fordelingen* av ressursene mellom aldersgrupper, men ikke det sam-

lede *nivået* av kostnader til helse. Veksten forklares av generell økonomisk vekst, observert blant annet ved økt BNP, og at økte offentlige budsjett-rammer gjør at også helse og omsorg kan prioriteres høyere.

Inntektsveksten i kommunene bidrar sterkt til veksten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene for perioden 1986–2010 i følge Hagen et al. (Hagen, Amayu, Godager, Iversen, & Øien, 2011). De finner at veksten i årsverk og utgifter i hovedsak forklares av tre faktorer: kommunal inntektsvekst, økt andel eldre og konsekvenser av sosiale reformer. Økte budsjett-rammer betyr at kommunene er i stand til å prioritere også helse og omsorg høyere. Andelen av kommunenes driftsutgifter som brukes på pleie og omsorg har økt med ti prosentpoeng i perioden 1986–2009, mens andelen som går til helse har vært konstant. Videre finner Hagen m.fl. at reformer kan være kostnadsdrivende – et interessant funn siden reformer ofte er motivert av effektivitetshensyn. De finner at sykehjemsreformen i 1988, opptrappingsplanen for psykisk helsevern i perioden 1999–2008 og fastlege-reformen i 2001, har gitt signifikante bidrag til veksten i kommunenes driftsutgifter til helse og omsorg i den aktuelle perioden.

I tabell 3.1 vises nivået på utvalgte helse- og omsorgsutgifter i Norge i 2008. I tillegg har vi estimert hvor stor andel av de utvalgte utgiftene som brukes på den eldre delen av befolkningen, her definert ved personer som er over 67 eller 70 år, avhengig av hvilke data som har vært tilgjengelige.

Tabell 3.1 Utgifter til helse og omsorg, etter alder 2008 (i millioner kroner). Kilde: SSB, se tekstboks for datakilder

	2008			Aldersgr.
	Utgifter i alt	Herav til eldre	Andel til eldre	
Pleie- og omsorgstjenester	70 594	43 735	62.0	67 år +
Somatisk spesialisthelsetjeneste	63 565	25 432	40.0	67 år +
Lege-, fysioterapi- og tannlegetjenester	28 038	5 355	19.1	70 år +
Medisiner mv.	25 338	6 993	27.6	70 år +
Sum	187 535	81 516	43.5	
Alderspensjoner	122 256	122 256		
Sum	309 791	203 772		

De utvalgte utgiftene (se boks) utgjorde til sammen 188 milliarder kroner i 2008, hvorav mer enn 40 prosent er estimert å gå til eldre. I prosent av BNP

utgjorde «eldredelen» av helseutgiftene 3,3 prosent i 2008. Regner vi med alderspensjoner, ble mer enn 200 milliarder fordelt på eldre i 2008, og andelen av BNP stiger da til 8,1 prosent.

De utvalgte helse- og omsorgsutgiftene utgjør henholdsvis 25 300 kroner og 132 200 kroner per innbygger for yngre og eldre. Vi bruker med andre ord fem ganger mer per innbygger på helsetjenester til eldre sammenliknet med yngre. Oversikten er noe skjev ved at enkelte helseutgifter, som især rettes mot yngre, ikke er medregnet (helsestasjoner, skolehelsetjeneste m.fl.). Hvorvidt det er mye eller lite, for mye eller for lite, kan ikke utledes av slike tall, da må det vurderinger til om hva som anses som et rimelig velferdsnivå, og hvordan det bør fordeles mellom grupper og formål.

Datagrunnlag for helse- og omsorgsutgifter etter alder

Pleie- og omsorgstjenester:

Hentet fra kommuneregnskapstall i KOSTRA. Fordelt på alder med tall fra IPLOS. For hjemmetjenester er tall for tildelte timer i uken benyttet, mens for institusjonstjenester er tall for beboere benyttet.

Somatisk spesialisthelsetjeneste:

Hentet fra SSB spesialisthelsetjenestestatistikk over offentlige helseforetak og private institusjoner. Fordelt med andel korrigerede DRG-poeng 67 år og over fra Norsk Pasientregister.

Lege-, fysioterapi og tannlegetjenester:

Fra helseregnskapet i nasjonalregnskapet, HC.1.3.1 og 1.3.2 som inkluderer lege- fysio-terapi- og tannlegetjenester. Fordelt med andel fastlegekonsultasjoner 70 år og over (2006) fra HELFO. Utgifter til fysioterapi- og tannlegetjenester har vi ikke informasjon om til å fordele mellom eldre og yngre, noe som gjør aldersanslaget usikkert.

Medisiner mv.:

Fra helseregnskapet, HC.5. Fordelt med tall for omsetning av reseptbelagte legemidler fra FHIs reseptregister. For ikke-reseptbelagte medisiner, medisinsk utstyr og hjelpemidler kjenner vi ikke fordelingen.

I denne forbindelse er det også nyttig å minne om at store helseressurser er knyttet til siste leveår (Nord & Hjort, 1988). Fordi levealderen stiger og flere overlever til eldre år, forskyves disse utgiftene utover i livet og oppover i aldersgruppene, og blir så å si «billigere», for helsekostnadene i siste leveår synker med alderen (Lubitz & Riley, 1993). Dødsfall blant yngre mennesker skyldes ofte behandlingskrevende lidelser med tilsvarende høye kostnader. Dødsfall blant de eldste, 80 år og over, skjer hovedsakelig i sykehjem, til dels

i sykehus (tabell 3.2). Nær seks av ti dødsfall skjer nå i alderen 80 år og over, flertallet av disse (57 prosent) i sykehjem. Dødssted for yngre aldersgrupper er oftere utenfor helseinstitusjon eller i sykehus.

Tabell 3.2. Antall dødsfall, etter alder og dødssted. 2009.

	Alle aldre	0–19	20–39	40–59	60–79	80+
Alle dødssteder	41 342	418	839	3 399	12 563	24 123
Utlandet	845	15	50	133	300	347
Somatiske sykehus	15 052	249	244	1 447	5 891	7 221
Psykiatriske sykehus	17	-	2	6	4	5
Pleie- og omsorgsinstitusjoner	17 661	3	30	355	3 457	13 816
Annen helseinstitusjon	237	6	6	33	100	92
Annet sted utenfor helseinstitusjon	6 920	133	454	1 295	2 627	2 411
Uoppgitt	610	12	53	130	184	231

Kilde: Dødsårsaksstatistikk, SSB

Kommunale pleie- og omsorgstjenester er aldersnøytrale og reguleres av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven, som gir kommunene pålegg om å sørge for nødvendig helsehjelp og å yte sosiale tjenester til alle som måtte trenge det, uansett alder.

Pleie- og omsorgstjenester er viktige også for mange yngre brukere, og hjemmehjelpsmottakere under 67 år har økt sin andel av brukerne og utgiftene de siste årene, se neste kapittel for nærmere detaljer. Vi beregner hvor stor del av ressursene som går til eldre via Eldres andel av brukerne og de tildelte timene. I tabell 3.3 er forholdet mellom pleie- og omsorgsutgifter per innbygger til aldersgruppene over og under 67 år kalt *aldersraten*.

Tabell 3.3. Brutto driftsutgifter til pleie og omsorg, per innbygger etter alder. 1998, 2007–2010. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og (Brathaug, Brunborg, Lunde, Nørgaard, & Vigran, 2001)

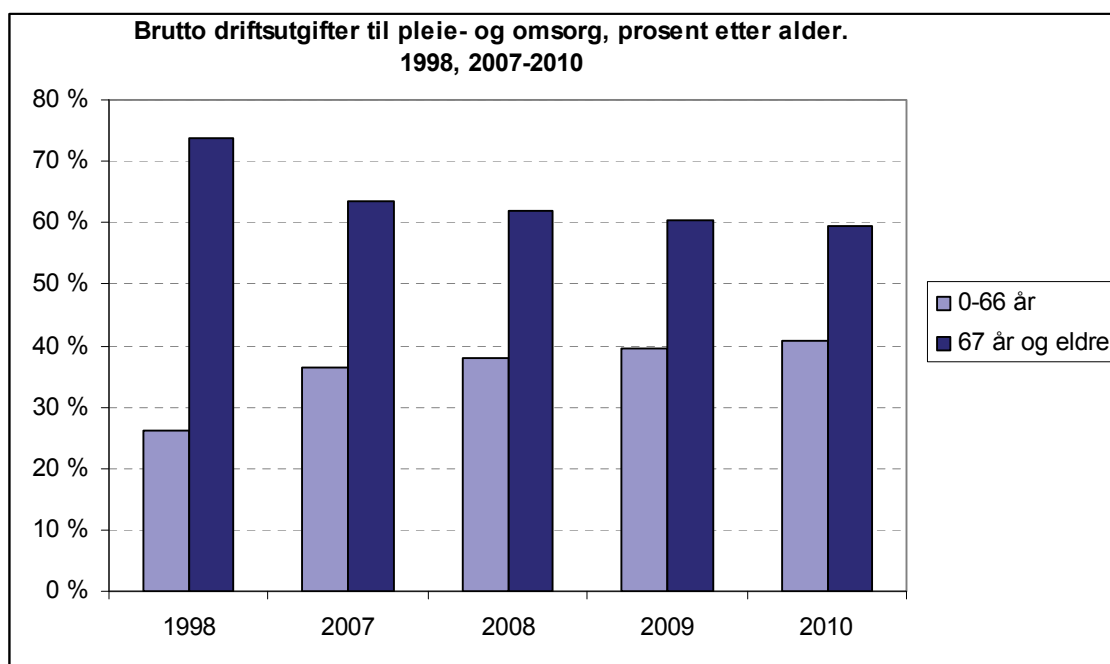
Brutto driftsutgifter	1998	2007	2008	2009	2010
a. Pleie- og omsorg, totalt, millioner kroner	35 456	62 957	70 613	74 798	78 578
b. Pleie- og omsorg, per innbygger 0–66 år	2 427	5 575	6 423	7 000	7 454
c. Pleie- og omsorg, per innbygger 67 år og over	42 231	65 123	70 951	72 250	73 230
<i>Aldersraten (c/b)</i>	17.4	11.7	11.0	10.3	9.8

For nærmere detaljer, se tabell i vedlegg til kapitlet.

I 2010 var pleie- og omsorgsutgiftene per innbygger nesten ti ganger høyere for eldre enn for yngre, men forholdstallet har gått noe ned de siste årene og indikerer at relativt større ressurser fordeles til yngre brukere.

Som nevnt, er «eldreomsorgen» i økonomisk forstand langt på vei en institusjonsomsorg (72 prosent av utgiftene), «yngreomsorgen» er i all hovedsak en hjemmebasert omsorg, heri inkludert omsorg i «boliger for pleie- og omsorgsformål». Bruker vi opplysninger om tildelte timer per uke fra IPLOS, registeret for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, til å fordele utgiftene etter alder, kan vi anslå at om lag 70 prosent av kommunenes driftsutgifter til hjemmebaserte tjenester relateres til brukere under 67 år.

Yngre brukeres andel av utgiftene til pleie og omsorg har økt de siste årene, langt på vei som svar på at også yngre brukerne er blitt integrert under det kommunale ansvaret (Kjelvik, 2011). I 2010 brukte kommunene til sammen 79 milliarder kroner på pleie og omsorg. Av dette gikk i overkant av 40 prosent til yngre mottakere (figur 3.5).



Figur 3.5 Driftsutgifter til pleie og omsorg, etter alder. Prosent. 1998, 2007–2010. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og (Brathaug, et al., 2001)

FRAMTIDEN OG UTFORDRINGENE

Aldringen av befolkningen er beskrevet som en stor utfordring for helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer. Dersom eldre skal bruke sykehustjenester i samme grad som i dag, vil somatiske sykehus måtte øke sengekapasiteten med 40 prosent fram mot 2030 for å opprettholde dagens nivå, og økningen tilsvarer 6–7 store sykehus (Petersen, 2011). Og på lengre sikt, mot 2060, er sysselsettingsbehovet beregnet til å kunne være 60 prosent høyere enn i dag (Holmøy & Nielsen, 2008) (Tabell 3.4). Men likevel er behovet for tjenester anslått til å bli lavere for sykehusene enn for pleie- og omsorgssektoren.

Tabell 3.4. Framtidige sykehustjenester i Norge. 2010, 2030, 2060

	2010	2030	2060
Andel eldre, MMMM	13 % (625 000)	17 % (1 mill)	22 % (1,5 mill)
Sysselsetting	65 677 årsverk (somatiske institusjoner, SSB)	+ 30 % (Holmøy & Nielsen 2008)	+ 60 % (Holmøy & Nielsen 2008)
Døgnopphold Sengeplasser (Petersen, 2011)	810 323 11 500	1 100 000 (+ 35 %) 16 200 (+ 40 %)	--
Sykdomstilfeller og tilstander (utvalgte ⁴), 65 år+	--	+ 40-60 % (Waalder, 1999)	--
Kostnader til spesialisthelsetjenesten (Huseby, 2011)	--	+ 35 % (faste 2010-priser)	--

Aldringen av befolkningen vil øke behovet innenfor flere tjenesteytende sektorer, og trolig aller mest innenfor pleie og omsorg. Mens pleie og omsorgsutgiftene utgjorde en sjettedel av de offentlige utgiftene i 2004 kan andelen øke til om lag en fjerdedel i 2060 (Holmøy & Nielsen, 2008). Denne utfordringen er ikke et særnorsk fenomen, tvert imot vil flere land oppleve en langt sterkere aldring av befolkningen enn Norge. OECD har estimert de enkelte lands framtidige utgifter til pleie og omsorg, og for Norge innebærer anslaget en dobling eller mer av utgiftene til «*long-term care*» målt som andel av BNP fram mot 2050. Botten m.fl. (2000) analyserte allerede i

⁴ Demens, blodtrykk, slag, hjertesvikt, diabetes, kreft, lårhalsbrudd og hofteproteser.

2000 den framtidige norske eldreomsorgen, definert som andelen av offentlige pleie- og omsorgstjenester som går til eldre over 67 år. Med tre ulike scenarioer i utviklingen av Eldres funksjonsevne, beregnet de utgifter til eldreomsorg i prosent av BNP for 2010 og 2030. For 2010 kan det se ut til at middelalternativet traff best, og med dette anslaget beregnes utgiftene til eldreomsorg i 2030 til å være 2,8 prosent av BNP (Tabell 3.5).

I samme rapport ble også utviklingen av antall institusjonsplasser beregnet for de over 67 år. I 2010 var det nær 39 000 beboere over 67 år i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, noe som plasserer det faktiske antallet mellom middel- og høyalternativet fra Botten's beregninger for 2010. Dersom den framtidige utviklingen kommer til å følge høy-alternativet, vil det i 2030 være behov for 60 prosent flere institusjonsplasser i 2030 enn i 2010.

Også anslag for hvor mange sysselsatte som trengs i pleie- og omsorgstjenestene, varierer naturlig nok med hvilke forutsetninger beregningene bygger på. Gitt middelalternativet for befolkningsfremskrivning (MMMM) og konstante faktorer for øvrig, vil sysselsettingsbehovet innenfor pleie og omsorgssektoren i 2060 være dobbelt så høyt som i dag (Holmøy & Nielsen, 2008) (tabell 3.5). Denne typen fremskrivninger er naturligvis høyst usikre.

Tabell 3.5. Framtidig pleie og omsorg i Norge. 2010, 2030, 2060

	2010	2030	2060
Andel eldre, MMMM	13 % (625 000)	17 % (1 mill)	22 % (1,5 mill)
Sysselsetting	126 227 årsverk (SSB)	165 000 (Holmøy & Nielsen 2008)	260 000 (Holmøy & Nielsen 2008)
Institusjonsplasser, 67 år +	38 928 ⁵ (SSB)	38 000 - 62 000 (Botten m.fl 2000)	--
Utgifter i prosent av BNP			
Eldreomsorg m ulik funksjonsevne (Botten m.fl 2000)	2,3-2,6 %	2,8-4,0 %	--
Long-term care (public) (OECD, 2011)	NO: 2,2 % OECD-EU: 1,3 % (2007)	--	NO: 4,1-5,3 % OECD-EU: 2,2-2,9 % (2050)
Long-term care (public) (EC 2008)	NO: 2,2 % EU 27: 1,2 % (2007)	NO: 3,4 % EU 27: 1,8 %	NO: 4,9 % EU 27: 2,3 %

⁵ Beboere 67 år og over i institusjoner for eldre og funksjonshemmede

En felles utfordring for både helse- og omsorgssektoren er hvordan behovet for flere sysselsatte skal dekkes. I dag er ledigheten lav i Norge. Vil det bli nødvendig – og mulig – å rekruttere fra andre sektorer? Kan man se for seg økt arbeidsinnvandring? I dag har 18 prosent av dem som jobber i spesialisthelsetjenesten annen bakgrunn enn norsk, de fleste fra Europa, men også mange fra Asia. I pleie- og omsorgssektoren har hver tiende sysselsatte utenlandsk bakgrunn, langt høyere i Oslo. I tillegg er helsesektoren, og spesielt pleie og omsorg, en arbeidsintensiv og kvinnedominert sektor. Vil det være mulig å gjøre omsorgsyrkene mer attraktive for menn?

En annen utfordring er hvordan forbruket av velferdstjenester skal finansieres. Skal det offentlige fortsatt betale det meste, eller kan man se for seg høyere egenbetaling? I sykehusene kommer lite eller ingenting fra brukerne selv, mens i pleie og omsorg er innslaget av egenbetaling størst i institusjon. En tredje tverrgående utfordring vil være behovet for prioriteringer. Dersom det ikke kan ytes like mye tjenester per bruker som i dag, skal flere få mindre eller noen ikke få?

Samhandlingsreformen – som startet opp i 2012 – har blant annet til hensikt å moderere utgiftene, især for sykehusbehandling, ved å styrke forebyggende og rehabiliterende helsearbeid i kommunene. Bare framtida vil kunne vise om denne og andre reformer bidrar til bærekraftige offentlige velferdstjenester også i årene som kommer.

VEDLEGG 1

Driftsutgifter til pleie og omsorg, etter alder. Millioner kroner. 1998, 2007–2010

Brutto driftsutgifter	1998 ^a	2007	2008	2009	2010	Endring 2007- 2010
Pleie- og omsorg, totalt, millioner kroner	35 456	62 957	70 613	74 798	78 578	24,8
Herav til gruppen 0–66 år, millioner kroner	9 285	22 990	26 864	29 632	31 928	38,9
Herav til gruppen 67 år og eldre, millioner kroner	26 171	39 968	43 749	45 166	46 650	16,7
Hjemmeboende 0–66 år, millioner kroner	8 610	17 051	20 268	22 490	24 393	43,1
Hjemmeboende 67 år og eldre, millioner kroner	9 118	11 460	12 194	12 299	12 575	9,7
Institusjonsboere 0–66 år, millioner kroner	675	3 014	3 351	3 680	3 889	29,0
Institusjonsboere 67 år og eldre, millioner kroner	17 053	27 992	30 982	32 256	33 431	19,4
Aktivisering 0–66 år, millioner kroner	..	2 925	3 245	3 462	3 647	24,7
Aktivisering 67 år og eldre, millioner kroner	..	516	573	611	644	24,7
Antall innbyggere 0–66 år (per 31.12.)	3 825 619	4 123 443	4 182 638	4 233 056	4 283 268	3,9
Antall innbyggere 67 år og eldre (per 31.12.)	619 710	613 728	616 614	625 143	637 037	3,8

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB og ^a(Brathaug, et al., 2001)

Kapittel 4

Utviklingslinjer i pleie- og omsorgstjenestene

Berit Otnes

Pleie- og omsorgstjenestene er en viktig del av velferdsstaten, eller *velferds-kommunen*. Nesten 266 000 brukere får nå hjelp, og det utføres mer enn 126 000 årsverk. Det dreier seg om den største arbeidsplassen i kommunene, med 33 prosent av årsverkene og 27 prosent av brutto driftsutgifter. Utviklingen av velferdsstaten, særlig utbyggingen av barnehager og tjenester for eldre, har gitt lønnet arbeid for kvinner og redusert avhengigheten av familien. Eldreomsorgen har blitt et offentlig ansvar, i samspill med familien.

I dag forventer både hjelpetrequende og pårørende at pleie- og omsorgstjenesten trår til når en ikke lenger er selvhjulpent. For å forstå utfordringene framover, kan det være nyttig å kjenne dagens mønster og utviklingen fram til nå. I dette kapitlet skal vi derfor først se på de lange linjene i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene, og dernest i større detalj ta for oss de siste årene, før vi til slutt går nærmere inn på dagens situasjon og hvilke dilemmaer vi står framfor.

FASER¹

Historiske oversikter skiller ofte mellom fire epoker i utviklingen av pleie- og omsorgstjenestene i nyere tid:

- Før 1965 : Fattigforsorg og sosialhjelpsstat
- 1965–1980 : Velferdsstaten: den offentlige revolusjonen
- 1980–1995 : Konsolidering og reorganisering
- 1995– : Fornyelse og revurdering

¹ Deler av historikken i dette avsnittet er hentet fra Jens Kristian Borgans framstilling i SSB-rapporten Statistikk over pleie- og omsorgstjenesten 1962–2010 (Borgan, 2012).

Fattigforsorg og sosialhjelpsstat, før 1965

Den første perioden finnes det lite tallmessig informasjon om. Før 1850 hadde familien hovedansvaret for syke og eldre som trengte hjelp. For hjelpetrengende uten familie var legd eller kommunale fattighus løsningen. Gamle- og pleiehjem kom til etter 1850, senere kalt alders- og sykehjem. Aldershjemmene var kommunale, mens mange sykehjem kom i stand på privat initiativ. Staten hadde en beskjeden rolle, men etableringen av en alderstrygd i 1937 frigjorde midler som kommunene hadde brukt på fattigforsorg, og som nå kunne brukes blant annet i eldreomsorgen. I denne perioden ble det også innført statstilskudd til drift av hjemmesykepleie (1959, se ramme).

Velferdsstaten: Den offentlige revolusjonen, 1965–1980

Det offentlige tok gjennom lov om sosial omsorg av 1964 et hovedansvar for å yte omsorg til voksne hjelpetrengende. Sammen med folketrygdloven av 1967 og sykehusloven av 1970, var det dermed lagt et lovmessig grunnlag for en omfattende utbygging og vekst i omsorgssektoren. Sykehusloven ga fylkeskommunene ansvar for å bygge ut og drive sykehjemmene. Kommunene beholdt ansvaret for aldershjemmene gjennom lov om sosial omsorg.

Før 1960 dreiet den offentlige (i betydningen offentlig finansierte) pleie- og omsorgstjenesten seg for det meste om drift av aldershjem, men også et innslag av pleiehjem, som bedre kan sammenliknes med de senere sykehjemmene. I tillegg var det et visst omfang av boligtilbud – trygdeboliger og liknende.

Statlige virkemidler i pleie- og omsorgstjenesten, utvalgte reformer og utredninger

Alderspensjon

- 1937 Statlig alderstrygd, 70 år
- 1959 Universell alderstrygd (opphevet behovsprøving)
- 1967 Folketrygdloven
- 1969 Sært tillegg
- 1973 Nedsatt pensjonsalder fra 70 til 67 med fleksibilitet og ventetillegg 67–70
- 1988 AFP (avtalefestet førtidspensjon)

Tilskudd til kommunale tjenester

- 1948 Statstilskudd til husmorvikartjenesten
- 1959 Statstilskudd til hjemmesykepleie
- 1969 Statstilskudd til hjemmehjelp

Boligøkonomiske tiltak

- 1970 Gunstige utbedringslån for modernisering av boliger for eldre og uføre
- 1973 Husbankens bostøtte
- 1977 Sosialdepartementets bostøtte for pensjonister
- 1994 Tilskudd til omsorgsboliger og sykehjem

Sosial- og helselovgivning

- 1965 Lov om sosial omsorg (bl a opphevet ansvar mellom voksne generasjoner, individuelle rettigheter)
- 1970 Sykehusloven (sykehjem inkludert og ansvaret overført til fylket)
- 1982 Kommunehelseloven
- 1984–86 Nytt inntektssystem for kommunene (Overgang til rammefinansiering)
- 1988 Sykehjem tilbake til kommunene
- 1993 Lov om sosiale tjenester
- 1999 Lov om pasienters rettigheter
- 1997 Kvalitetsforskriften

Viktige offentlige utredninger

- Sosialdepartementet 1955: Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle (Strøm-komiteen)
- Sosialdepartementet 1969: Innstilling om institusjoner for eldre. Innstilling II fra komiteen for eldreomsorgen
- St.meld. nr 22 (1974–75) De eldre i samfunnet
- NOU 1992:1 Trygghet, verdighet, omsorg (Gjærevollutvalget)
- St meld. nr 50 (1996–97) Handlingsplanen for eldreomsorgen, Trygghet, respekt, kvalitet
- St meld. nr 28 (1999–2000) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt (Wisløff-utvalget)
- St meld. nr 47 (2008–09) Samhandlingsreformen
- FoU 2011:11 Innovasjon i omsorg (Hagen-utvalget)
- FoU 2011:17 Når sant skal sies, om pårørendeomsorg, Fra usynlig til verdsatt og inkludert (Kaasa-utvalget)

Handlingsplaner

- 1998–2004 Handlingsplanen for eldreomsorgen
- 1991–1995 HVPU reformen
- 1999–2008 Opptappingsplan for psykisk helse

Styringsdata og statistikkssystemer

- 2001: KOSTRA Kommune-stat-rapportering
- 2007: IPLOS Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

På midten av 1960-tallet var det om lag 25 000 plasser i institusjoner for eldre og funksjonshemmede, langt de fleste beboerne var eldre. Tallet økte jevnt og trutt de påfølgende årene og omfattet vel 40 000 plasser i 1980.

I den nye sykehusloven av 1970 ble fylkeskommunene gitt ansvaret for driften av sykehjemmene. Flere av de tidligere pleiehjemmene ble omdannet til kombinerte alders- og sykehjem med egen sykehjemsavdeling. Etter hvert kom flere rene sykehjem til. I løpet av 1970-årene økte plasser i sykehjem og sykehjemsavdelinger til det dobbelte, fra 13 400 til 26 700 plasser. Samtidig ble antall plasser i aldershjem og aldershjemsavdelinger redusert fra 18 000 til 14 000 plasser.

Det har vært et beskjedent tilbud av hjemmesykepleie helt fra 1870-årene, gjerne i regi av menigheter og diakonissebevegelsen. Også hjemmehjelp ble først etablert av frivillige organisasjoner, som presset på for at kommunene skulle ta et ansvar også for disse tjenestene. Mot slutten av 1950-årene vokste den hjemmebasert omsorgen fram som et offentlig ansvar. Strøm-komiteen, som var den første offentlige utredningen for eldreomsorgen og avga sin innstilling i 1955, argumenterte for at kommunale hjemmetjenester kunne spare staten for utgifter til aldershjem (Sosialdepartementet, 1955). Etter hvert kom også ny forskning fra gerontologi og geriatri, som fant sin formulering i en serie innstillinger fra eldreomsorgskomiteen i løpet av 1960-årene (Sosialdepartementet, 1969).

Fra begynnelsen av 1960-tallet ble det gradvis innført kommunale pleie- og omsorgstjenester for hjemmeboende, først i form av hjemmesykepleie og husmorvikarvirksomhet. Senere kom hjemmehjelp og annen praktisk bistand til. I perioden fra 1965 til 1980 ble antall mottakere av hjemmesykepleie (i løpet av året) mer enn tredoblet fra 24 000 til 75 000 mottakere. Mottakere av hjemmehjelp økte enda mer, fra vel 13 000 i 1965 til vel 98 000 femten år senere.

Det var i utgangspunktet frivillig for kommunene å tilby hjemmetjenester, men statlige bidrag kom til og ble en stimulans for kommunene. Statstilskuddet til hjemmesykepleie kom i 1959, og statstilskudd til hjemmehjelp kom ti år senere, i 1969. Det tok tid å få hjemmesykepleien på plass. Midt på 1960-tallet hadde kommuner med tre firedeler av folkemengden innført hjemmesykepleie. I 1971 var fortsatt 18,5 prosent av befolkningen bosatt i kommuner uten dette tjenestetilbudet. Hjemmesykepleie ble først

obligatorisk ved lov om helsetjenesten i kommunene i 1984. Hjemmehjelpstjenesten startet opp noe senere, midt på 1960-tallet. Den ble raskt utbygd, og allerede fem år senere kunne de fleste kommuner, med mer enn 99 prosent av befolkningen, tilby hjemmehjelpstjenester.

Den sterke utbyggingen i perioden krevde også mer arbeidsinnsats. På midten av 1960-tallet ble det utført 3 000 årsverk i hjemmetjenestene. For institusjonene finnes ikke årsverkstall før 1971. Da ble det utført 15 000 årsverk i denne tjenesten. For alle tjenestene under ett økte personellinnsatsen² fra 23 600 årsverk i 1971 til 40 200 årsverk i 1980, ni år senere.

Ved deflatering med nasjonalregnskapets prisindeks for sosial- og omsorgstjenester, hvor pleie- og omsorg utgjør en vesentlig del, er det regnet ut kostnader fra 1972 med faste 2000-priser. I perioden fra 1972 til 1980 steg brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenestene (eksklusive omsorgsboliger) med nær 130 prosent. Utgiftene til hjemmetjenestene økte relativt mest med 180 prosent, mens utgiftene til institusjonstjenesten steg med nær 120 prosent. I kronebeløp økte imidlertid utgiftene til institusjonene mest. Økningen i brutto driftsutgifter var vel åtte milliarder 2000-kroner for institusjonene og vel to milliarder for hjemmetjenestene.

Det er lett å slutte seg til konklusjonen i Stortingsmelding nr. 25 (St.meld. nr. 25, 2005–2006), at den offentlige pleie- og omsorgstjenesten hadde en formidabel vekst fra slutten av 1960-tallet og gjennom 1970-årene.

Konsolidering og reorganisering, 1980–1995

Den kraftige veksten på 1970-tallet gikk over i en ny fase på 1980-tallet, der ordninger og tjenestetilbud ble konsolidert. Samtidig foregikk det en omfattende reorganisering av helse- og omsorgstjenestene for å sikre bedre prioritering og ressursutnyttelse. Reorganiseringen var i perioden 1980–1995 først og fremst preget av desentralisering og samordning. Tjenestene ble desentralisert til lavest mulige forvaltningsnivå, for pleie- og omsorgstjenestenes del til kommunene. Inntektssystemet for kommunene ble lagt om, fra øremerkede tilskudd til rammeoverføringer. Staten skulle fra nå av styre i stort, og kommunene prioritere innenfor disse rammene.

² Årsverk utført av husmorvikarer er inkludert i tallene for personellinnsats i hele perioden. Etter 1989 ble denne tjenesten lagt til tjenesten hjemmehjelp og praktisk bistand.

Det ble gjennomført tre store reformer der samordning av ansvar på lokalt nivå var et sentralt siktemål: kommunehelsereformen, sykehjemsreformen og reformen for psykisk utviklingshemmede. Dette ga kommunene et lang større – og samlet – ansvar for pleie- og omsorgstjenestene.

På 1980-tallet fortsatte økningen av det samlede tilbudet av institusjonsplasser til en topp på nær 50 000 i 1988. Deretter falt tallet til 44 000 i 1995. Det var plasser i aldershjemsavdelinger som gikk ned. I 1996 var det 34 800 plasser i sykehjem og sykehjemsavdelinger og bare 8 000 plasser igjen i aldershjemmene. I tillegg kom et antall boliger med omsorgs- eller service-tilbud, som i løpet av 1990-årene skulle få en formidabel vekst, og da under betegnelsen «omsorgsboliger».

Tallet på omsorgsboliger ble mer enn doblet fra 22 000 i 1990 til 46 000 ti år senere. Med utgangspunkt i Gjærevollutvalgets utredning (NOU, 1992) og den påfølgende Handlingsplanen for eldreomsorgen (St.meld.nr. 50, 1996–97), kom en storstilt satsning på «boliger til pleie- og omsorgsformål» for å kunne redusere eller utsette behovet for sykehjems plass. Hjelpen skulle så langt det var mulig gis i «eget hjem», det være seg i vanlige boliger eller i tilrettelagte boformer, kalt omsorgsboliger. Denne satsningen falt sammen med HVPU-reformen, der nedbyggingen av sentralinstitusjoner utløste et stort behov for omsorgsboliger i hjemkommunene. Statistikken gir ikke noe klart svar på hvor stor andel av de nye boligene som skyldes denne reformen.

Tallet på mottakere av hjemmesykepleie og hjemmehjelp fortsatte å vokse på 1980-tallet, til dels for å betjene den voksende omsorgsboligsektoren, men veksttaket var lavere enn det foregående tiåret.

Etter 1989 ble registreringen endret fra å telle tjenestemottakere i løpet av et år til tjenestemottakere ved årsskiftet, som bør tas hensyn til ved sammenlikninger over tid. Totalt antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten økte fra knapt 48 000 til knapt 70 000 i femtenårsperioden fra 1980 til 1995 når årsverkene i helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU) inkluderes i tallene for 1980. Det var i 1980-årene om lag samme økning i årsverkene innenfor og utenfor institusjon, til forskjell fra 1970-tallet, da økningen var sterkest i institusjonsomsorgen.

Brutto driftsutgifter målt i faste priser økte også på 1980-tallet, men i langt svakere takt enn på 1970-tallet. Økningen totalt var på godt og vel 20

prosent, mot 120 prosent for 1970-årene. Hjemmetjenestene økte med vel 50 prosent, mens det bare var 11 prosent utgiftsøkning i institusjonsomsorgen.

Denne perioden er preget av de store reformene der tjenester og brukere ble integrert og kommunene fikk et større, og mer samlet, ansvar for helse- og omsorgstjenestene. Det ble satset mindre på institusjoner, mens det var en stor ekspansjon i hjemmetjenestene; det ble flere boliger til pleie- og omsorgsformål, og det ble et stort og stigende innslag av yngre brukere.

De siste årene: Fornyelse og revurdering, 1995–2010

Reorganiseringen som startet i 1980-årene pågår fortsatt for å tilpasse tjenester til behov og tilby bedre og mer effektive tjenester. Årene 1995–2010 kjennetegnes av vekst og fornyelse, effektivisering og kvalitetsarbeid i omsorgssektoren.

Fra 1995 til 2005 ble antall plasser i institusjoner redusert med om lag 3000. Til gjengjeld ble det flere boliger for pleie- og omsorgsformål, og kvaliteten i institusjonsomsorgen ble hevet ved at nær 97 prosent av rommene var enerom i 2010. Tjue år tidligere var mer enn 20 prosent av rommene beregnet for flere enn én person. Dette betyr at mens om lag seks prosent av institusjonsplassene var på rom for mer enn én person i 2010, var andelen mer enn 40 prosent på begynnelsen av 1990-tallet.

Antall årsverk i pleie- og omsorgstjenesten økte fra 70 000 til knapt 94 000 fra 1995 til 2002. Kilden for datainnsamling ble endret fra spørreskjema til register fra 2002 til 2003. Tallene i disse to årene er derfor ikke helt sammenliknbare. Fra 2003 til 2010 økte årsverksinnsatsen fra 106 000 til 126 000 årsverk. Dessverre finnes ikke data der årsverkene er splittet på institusjoner og hjemmetjenester etter 1993.

Både på 1990-tallet (etter at ansvaret for psykisk utviklingshemmede var overtatt av kommunene) og på 2000-tallet økte brutto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester med vel tretti prosent i faste priser for hvert tiår. Dette er en sterkere økning enn på 1980-tallet, men langt svakere (prosentvis) økning enn på 1970-tallet. 2000-tallet var også det første tiåret med en større økning i brutto driftsutgifter målt i faste 2000-kroner enn på 1970-tallet.

Institusjonene krevde lenge langt flere økonomiske ressurser enn hjemmetjenestene. Økningen har imidlertid helt siden 1960-tallet vært sterkest for hjemmetjenestene, og 2007 var første året hvor utgiftene til

hjemmetjenestene (inklusive tjenester i omsorgsboliger) var større enn i institusjonsomsorgen. Som vist i kapitel 3 er fordelingen svært forskjellig for «yngreomsorg» og «eldreomsorg». Institusjonene tar nær tre fjerdedeler av utgiftene i eldreomsorgen (brukere 67 år+), mot bare 18 prosent for yngre brukere.

Hjemmetjenestene har blitt ble mer selektive og har konsentrert seg sterkere om brukere med særlig store behov. Fra 1992 til 2010 har andelen som mottar bare praktisk hjelp sunket fra nær halvparten til en fjerdedel av tjenestemottakerne. Hjemmetjenestene blir i stigende utstrekning gitt som hjemmesykepleie.

NÆRMERE OM TRENDER ETTER 1990

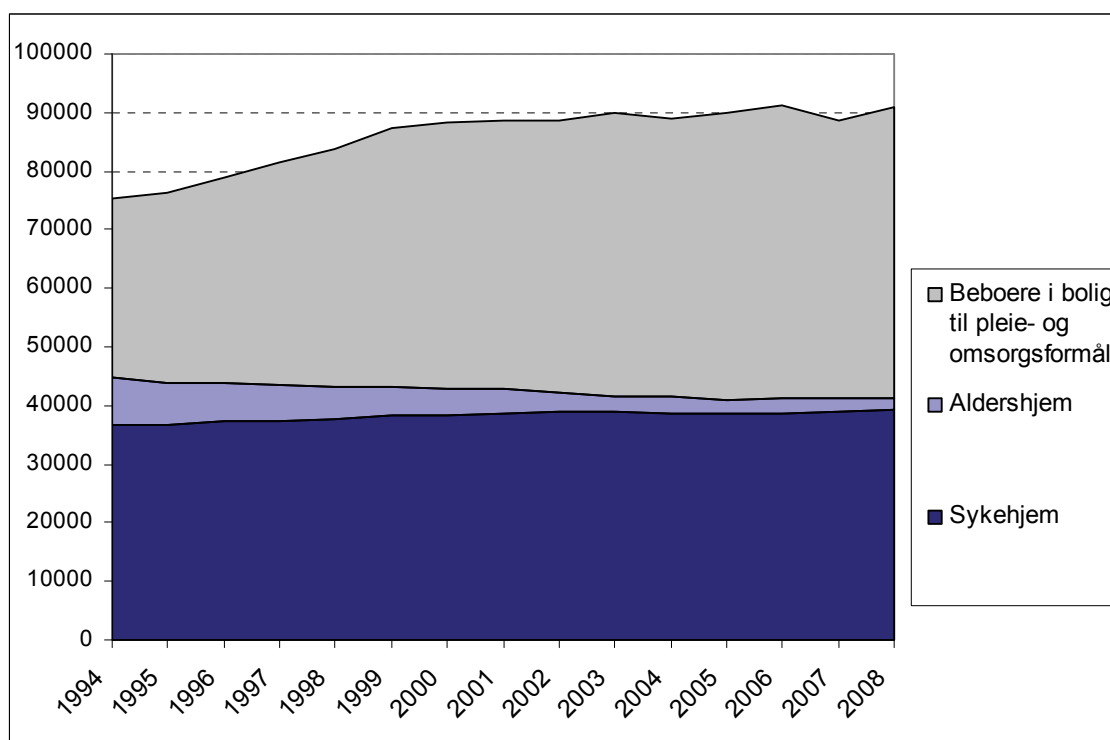
Fra 1989 ble eldreomsorgen helt ut et kommunalt ansvar ved at sykehjemmene ble tilbakeført til kommunene (fra fylket). Tjenester som tidligere var delt mellom helsesektoren (sykehjem og hjemmesykepleie) og sosialtjenesten (praktisk hjelp, hjemmehjelp), er blitt integrert i én pleie- og omsorgstjeneste. Tjenestene fikk samtidig utvidet sitt ansvarsområde ved å inkludere nye og yngre brukergrupper – personer med psykisk utviklingshemming, psykisk syke og personer med rusproblemer. Dette innebar en ytterligere integrering, og en utfordring for å finne den riktige balansen mellom gamle og nye brukergrupper, mellom «eldreomsorg» og «yngreomsorg».

Målet om å *hjemliggjøre* tjenestene har blitt styrket. Dette er søkt oppnådd gjennom sterkere utbygging av boliger (med bemanning) enn institusjoner, og ved oppgradering av den hjemlige kvaliteten innenfor sykehjemmene. Noe av motivasjonen bak disse endringene har også vært å økonomisere, ut fra tanken om at hjemmetjenester er antatt å være billigere enn institusjonsomsorg. Private leverandører har i tiltakende grad kommet inn i sektoren ved at især store kommuner har kontraktert ut tjenester til private (konkurransetsetting). Tanken er at driften dermed skal bli mer kostnadseffektiv, og at brukerne skal gis valgmuligheter. Fortsatt er imidlertid den overveiende del av tjenestene drevet i regi av kommunene. Det har i alle år vært et visst innslag av privat drift via frivillige organisasjoner, så som Røde Kors eller Kirkens bymisjon. Private firmaer har først de siste årene gått inn i den norske pleie- og omsorgstjenesten, og altså foreløpig i beskjedent – men stigende – omfang.

De siste årenes utvikling kjennetegnes av følgende trender: (1) færre i institusjon, flere i boliger, (2) mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp, (3) mer ressurser til «yngreomsorgen»:

Færre i institusjon, flere i boliger

Figur 4.1. viser at 60 prosent flere bor i «omsorgsbolig» (bolig til pleie- og omsorgsformål) i 2008 enn i 1994. Det totale tilbudet av institusjonsplasser er gått ned med åtte prosent i samme periode. Det har vært en svak økning i tallet på plasser i sykehjem; det er aldershjems plasser som har blitt lagt ned eller gjort om til sykehjem. Det totale botilbudet (institusjoner og omsorgsboliger under ett) har økt med vel 20 prosent i disse årene.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

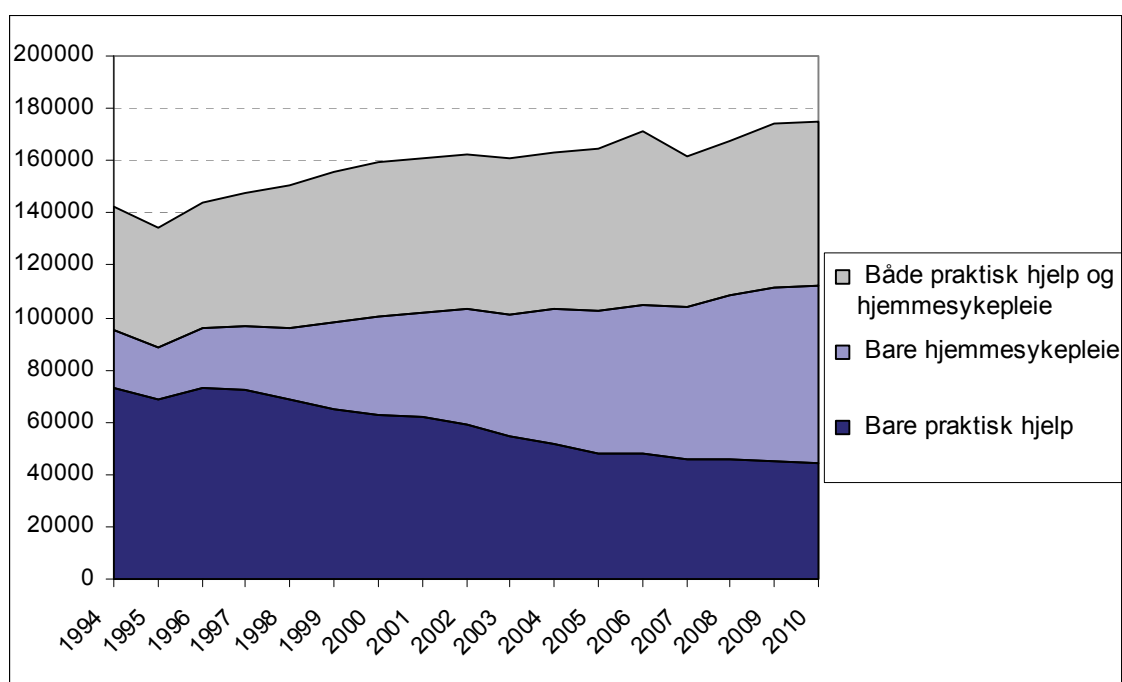
Figur 4.1. Antall beboere i institusjoner og boliger til pleie- og omsorgsformål. 1994–2008

«Boliger til pleie- og omsorgsformål» er en samlekategori som inkluderer en stor variasjon fra bofellesskap som ligger nær opp til sykehjem til vanlige boliger uten bemanning. Først fra og med 2010 finnes det tall som lar oss skille mellom boliger med heldøgns bemanning, boliger med bemanning deler av døgnet og boliger uten bemanning. Vel en tredjedel av eldre beboere (67 år+) bodde i boliger med heldøgns bemanning, vel halvparten bodde i

boliger uten bemanning og de øvrige, ca. 13 prosent, bodde i boliger med bemanning deler av døgnet.³ Bare et mindretall av boligene gir dermed et tilbud som er tilsvarende det som gis i institusjon, i den forstand at man har bemanning hele døgnet. Heldøgns bemanning er vanligere for yngre beboere (52 prosent), som det er allmenn enighet om skal ha et tilbud *utenfor* institusjon. Institusjonene er i dag på det nærmeste forbeholdt eldre; ni av ti beboere er over 67 år (Gabrielsen, Otnes, Sundby, Kalcic, & Strand, 2011).

Mer hjemmesykepleie, mindre praktisk hjelp

I hjemmetjenestene har det vært sterk økning i brukere som mottar hjemmesykepleie, alene eller i kombinasjon med praktisk hjelp. Nesten dobbelt så mange (88 prosent) får hjemmesykepleie i 2010 som i 1994. Færre får utelukkende praktisk hjelp – en nedgang på 40 prosent fra 1994 til i dag (figur 4.2). Alt i alt er det nå 23 prosent flere som får hjemmetjenester i form av hjemmesykepleie eller praktisk bistand sammenliknet med 1994.



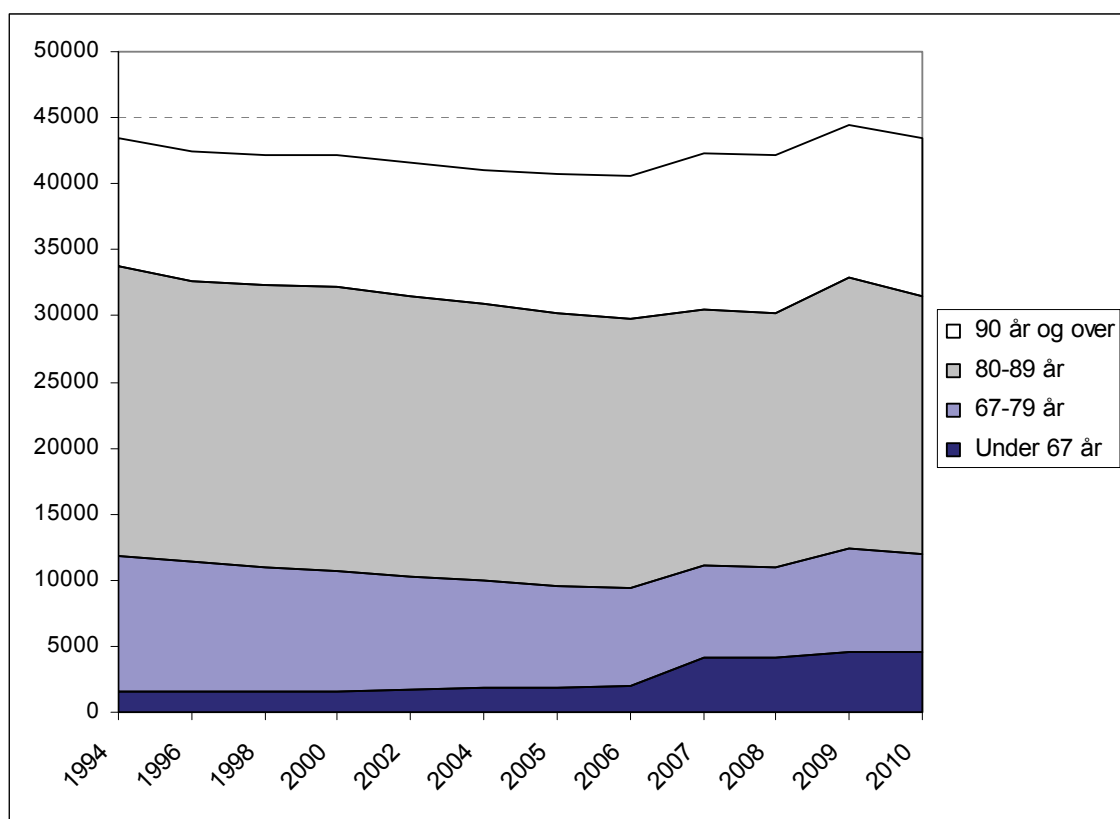
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.2 Brukere av hjemmetjenester. 1994–2010

³ Etter omlegging av IPLOS i 2009 blir beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål registrert individuelt. Resultatet ble at tallet på beboere totalt ble redusert, fordi en har eliminert en del boliger som kommunen benyttet til annet enn pleie- og omsorgsformål. Totaltallet på beboere sank fra om lag 50 000 i 2008 til omkring 43 000 i 2010.

Eldreomsorg og yngreomsorg

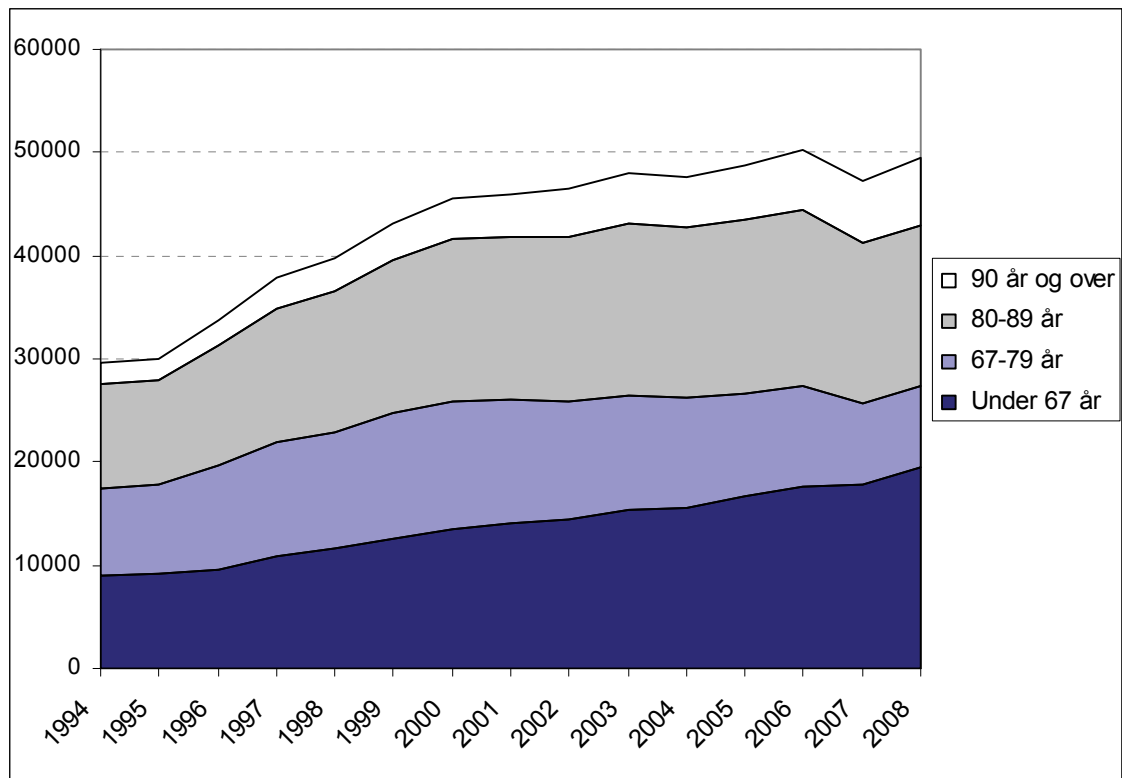
I løpet av perioden 1994–2010 er det blitt flere som får tilbud om omsorgsbolig, både blant brukere under 67 år og blant eldre. Men økningen har vært sterkest blant dem som er under 67 år. De yngre brukerne har også hatt den sterkeste økningen i antall som mottar hjemmetjenester. Det er en uttalt policy at yngre brukere ikke skal plasseres i sykehjem. I hele perioden har det vært svært få yngre som bor i institusjon. Dette innebærer at yngre brukere kan få svært mye hjelp fra hjemmetjenesten når hjelpebehovet er stort. En eldre bruker med samme hjelpebehov, vil sjelden gis tilsvarende hjelp hjemme, men oftest gis plass i sykehjem. Institusjonene er i dag praktisk talt bare for eldre brukere (90 prosent av beboerne). Fordeling av brukere etter alder er vist i figur 4.3, 4.4 og 4.5.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

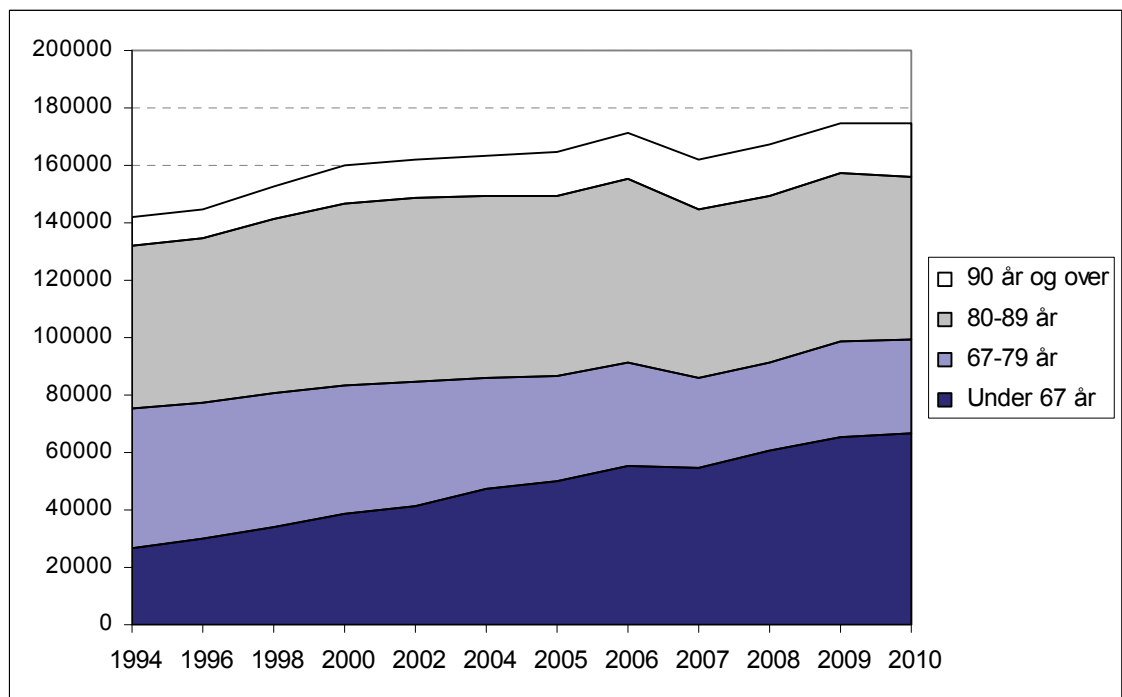
¹ Fra og med 2007 er også barneboliger og avlastningsboliger tatt med i statistikken.

Figur 4.3. Antall beboere i institusjoner etter alder, 1994–2010¹



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.4. Antall beboere i boliger til pleie- og omsorgsformål etter alder, 1994–2008



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.5. Antall brukere av hjemmetjenester etter alder, 1994–2010

Kort oppsummert for perioden 1994–2010:

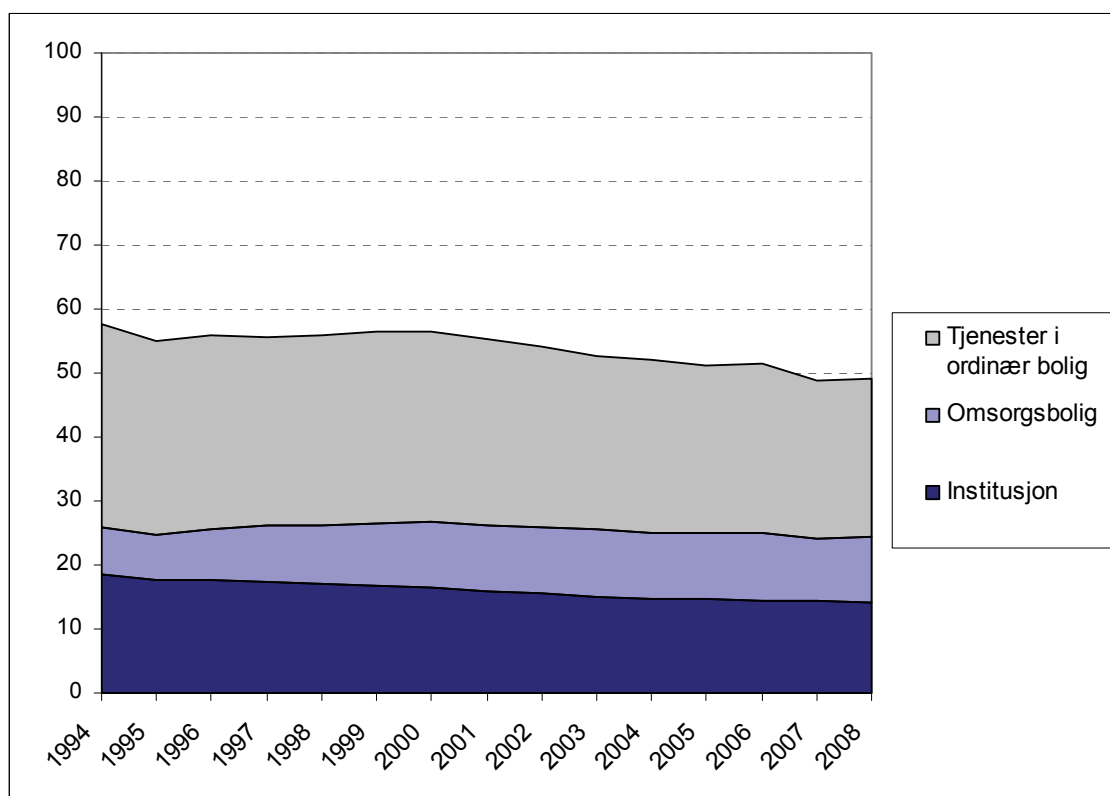
- Hjemmetjenestene har blitt viktigere, og utgjør nå den største delen av pleie- og omsorgstjenesten med 80 prosent av brukerne, og noe over halvparten av utgiftene (52 prosent).
- Institusjonsomsorgen dominerer eldreomsorgen i den forstand at 72 prosent av utgiftene for eldre går til institusjonsomsorgen (sykehjemmene). Relativt flere (eldre) har hjemmetjenester (74 prosent av eldre brukere), men oftest med bare få timer og dermed en mindre del av ressursene (28 prosent av utgiftene).
- Åpen omsorg – boliger og hjemmetjenester – dominerer yngreomsorgen, med 94 prosent av brukerne og 88 prosent av utgiftene.

Eldreomsorgen og behovene

Pleie- og omsorgstjenesten når fram til en lavere andel av befolkningen over 80 år i dag enn på midten av 1990-tallet; andelen som mottar en tjeneste (institusjon eller hjemmetjeneste) har gått ned fra 58 til 49 prosent. Dekningsgraden av boliger ser ut til å ha økt litt, men tallene er usikre fordi definisjonen av omsorgsbolig⁴ som alt nevnt er uklar. Institusjonsdekningen (andel 80 år + i institusjon) har også gått ned – fra 19 til 14 prosent, men den samlede andelen som har et omsorgsrelatert botilbud i institusjon eller i en bolig for omsorgsformål, har vært temmelig stabil over disse årene (figur 4.6). Dersom vi bare regner inn de heldøgnsbemannede boliger i det samlede tilbudet (sammen med institusjon), har dekningen blitt klart lavere. Andelen som har mottatt hjemmetjenester i den vanlig boligmassen har også gått ned, fra 32 til 25 prosent av befolkningen 80 år+.⁵

⁴ Med omsorgsbolig menes her det som i SSBs statistikk kalles bolig som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. Dette er en videre definisjon enn Husbankens definisjon, som setter visse krav til standard for å gi tilskudd til oppstart.

⁵ Slik figuren er dannet, har vi gått ut fra at de som bor i bolig til pleie- og omsorgsformål også har mottatt hjemmetjenester. Andelen med hjemmetjenester i alt har gått ned fra 39 til 35 prosent i perioden 1994-2008.



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.6 Prosentandel 80+ som bruker ulike typer tjeneste, 1994–2008

Hjemmetjenester fordeles nokså tynt til eldre brukere sammenliknet med yngre. Eldre mottakere får i gjennomsnitt 4–5 timer hjelp i uka, yngre brukere får til sammenlikning 15 timer per uke i snitt. Dette har sammenheng med at også de mest hjelpetrengende yngre fortrinnsvis skal gis et tilbud utenfor institusjon. Brukere i alderen 18–49 år som i følge IPLOS⁶ har «omfattende bistandsbehov», får for eksempel 60 timer per uke med hjemmetjenester, mens 80- og 90-åringene med tilsvarende bistandsbehov får 13–14 timer i uka.

Flertallet av beboerne i sykehjem har en lettere eller alvorligere grad av demens (Selbaek, et al., 2007). Er dette forklaringen til at institusjonsomsorg fortsatt ses som det optimale tilbudet i eldreomsorgen, eller er det en «arv» fra den tidligere så dominerende sykdomsmodellen?

⁶ IPLOS, Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, er et system for å registrere opplysninger om mottakerne av pleie- og omsorgstjenester i kommunene.

DAGENS MØNSTER

I dagligtalen blir gjerne begrepene *eldreomsorg* og *pleie- og omsorgstjenester* brukt om hverandre, men pleie- og omsorgstjenesten inkluderer både yngre og eldre brukere. De siste to tiårene har antallet mottakere av hjemmetjenester under 67 år blitt nesten tredoblet, mens det har vært en nedgang i antall eldre med hjemmetjenester på 10 prosent. Hovedforklaringen er som nevnt at pleie- og omsorgstjenesten har fått ansvar for nye brukergrupper: personer med psykisk utviklingshemming, personer med psykiske problemer og rusmisbrukere. Samtidig har det foregått en omprioritering i tjenesten, fra å gi litt hjelp til mange, til mer behovsprøving og mer hjelp til dem med størst behov. Boliger og hjemmebaserte tjenester har i stigende utstrekning overtatt for tradisjonelle institusjoner, men primært i «yngreomsorgen». Institusjonsomsorgen står fortsatt sterkt i «eldreomsorgen».

Tabell 4.1 oppsummerer dagens rater for eldreomsorgens del, nærmere bestemt hvor stor andel av de eldre aldersgruppene som er brukere av de forskjellige tjenestene.

Tabell 4.1 Bruksrater (dekningsgrad) etter tjenesteområde og alder. Prosent. 2008¹

	67 år +	80 år +	90 år +
1. I institusjon	6	14	36
2. I bolig for pleie- og omsorgsformål	5	11	22
3. Sum institusjon og bolig (1 + 2)	11	25	57
4. Med hjemmetjenester i vanlig bolig	12	24	33
5. Sum med tjeneste (3+4)	24	49	90

¹ Legger her til grunn at alle i boliger for pleie og omsorgsformål også har hjemmetjeneste.

Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Den samlede dekningen har gått noe ned de siste 15 årene, for de 80 år+ fra nær 60 prosent med (en eller annen tjeneste) midt på 1990-tallet til nær halvparten (49 prosent) i dag (figur 4.6). Det er under alle omstendigheter svært høye bruksrater i en internasjonal sammenheng; bare andre nordiske land, eventuelt også Nederland, har et tilsvarende nivå (se kapittel 10). En av fire av alle over 67 år har et tilbud, nær ni av ti over 90. For mange dreier det seg imidlertid om nokså beskjedent med hjelp, et besøk eller to av en hjemmesykepleier per dag eller litt praktisk hjelp (renhold) hver eller annenhver uke.

I disse tallene er ikke regnet inn «lavterskeltilbud» som trygghetsalarm, matombringing, dagsentre, tekniske hjelpemidler m.m. som kan være

avgjørende for enkelte (Sundström, et al., 2011). Korttidsplasser i sykehjem kan bidra til at relativt flere får hjelp. Slik kan korttidsplasser gi nødvendig fleksibilitet som svar på varierende behov. Dersom alle plasser til enhver tid er besatt av varig innlagte, kan det bli køer foran sykehjemmet uansett hvor mange plasser man rår over. Statistikken kan foreløpig ikke fange opp denne typen forhold, ei heller hvorvidt den lavere dekningsgraden i dag sammenliknet med for 10–15 år siden er et svar på at dagens eldre er sprekere, eller de snarere forteller om tiltakende knapphet og manglende behovsdekning.

Kvinner lever lenger enn menn, og kvinnene utgjør en dominerende del av brukere. Nær tre av fire eldre mottakere er kvinner. Det er flere grunner til at relativt flere kvinner blir tjenestemottakere. Kvinneovervekten i befolkningen øker med alderen, relativt flere kvinner enn menn har helseproblemer (Otnes, 2011) og relativt flere kvinner bor alene. Mens seks av ti menn i 80-årene (og fire av ti over 90) fortsatt er gift, er det samme tilfellet for bare to av ti 80-årige kvinner (og fem prosent av kvinner over 90). Blant kvinner 80 år og over bor mer enn 70 prosent alene, det samme gjelder bare en tredjedel av menn i denne aldersgruppen (Andreassen, 2011).

Flere ugifte får hjelp enn gifte. Av alle ugifte som er 67 år og eldre, er om lag 40 prosent mottakere av pleie- og omsorgstjenester, blant de gifte bare 13 prosent.

Stigende levealder bidrar til en vekst i antall med demens, som er den kanskje viktigste årsaken til institusjonsinnleggelse. Selbæk et. al. finner at nær 80 prosent av et utvalg på 1600 sykehjemspasienter har en lettere eller mer alvorlig grad av demens (Selbæk, et al., 2007).

Et forholdsvis nytt innslag i pleie- og omsorgstjenestene er innvandrerne. Det er fortsatt få eldre med innvandrerbakgrunn i Norge, fire prosent i 2011. Bare én prosent er innvandrere med bakgrunn fra land utenom EU/EØS, Nord-Amerika, Australia og New Zealand. Befolkningsframskrivninger for innvandrere er usikre, men det blir flere med innvandrerbakgrunn, også flere eldre, som vil kunne stille omsorgstjenestene overfor nye utfordringer. Det finnes ikke statistikk over brukere med innvandrerbakgrunn. En undersøkelse fra 2006 i de største byene viser også at det foreløpig er få med «ikke-vestlig» bakgrunn blant mottakerne av pleie- og omsorgstjenester. Det ser ut til å være et underforbruk av tjenester blant innvandrere (Nergård, 2009; Ingebretsen & Nergård, 2007), men vi vet foreløpig for lite om dette, også hvorvidt og hvor

langt personer med innvandrerbakgrunn etter hvert vil tilpasse seg et mer «norsk bruksmønster».

Tjenester og bistandsbehov

Blir så tjenestene i dag fordelt etter behov, slik de er ment? Innføringen av IPLOS-statistikken har gitt muligheter for å vurdere sammenhengen mellom behovsvurdering og tjenestetildeling (se ramme).

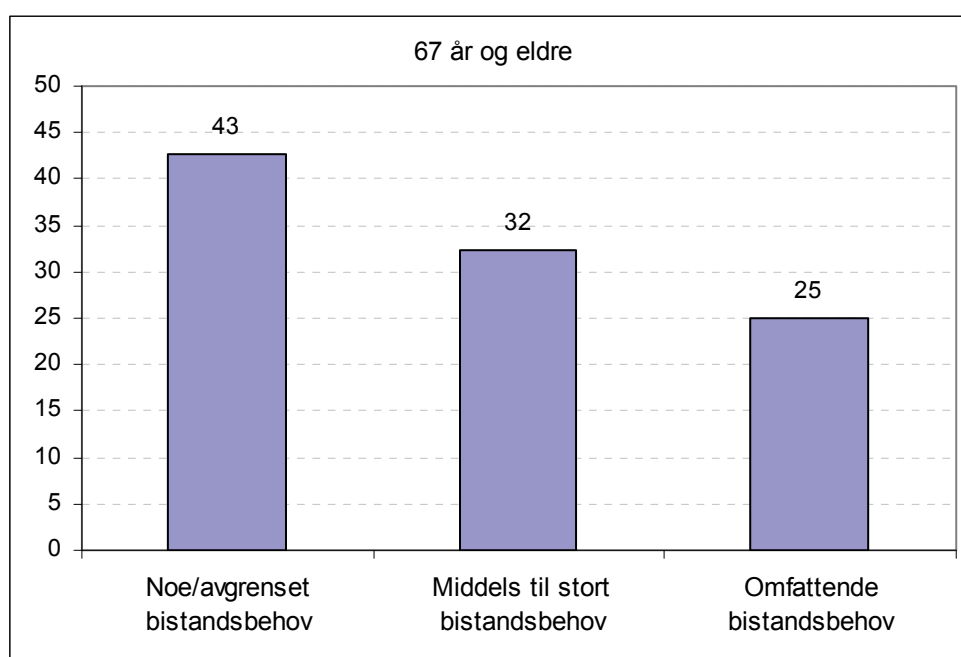
For statistikkformål blir *bistandsbehovet* bestemt som et veid gjennomsnitt av skårene på 15 aktivitetsområder, såkalte bistandsvariable, fra husarbeid og innkjøp til personlig hygiene og sosial deltakelse. Skårinndeling går fra 1 (ingen problem for tjenestemottaker) til 5 (behov for personbistand til alle deler av en aktivitet). Dette veies sammen til tre grupper:

Noe/avgrenset bistandsbehov: gjennomsnittsskår mindre eller lik 2 (ikke behov for personbistand)

Middels til stort bistandsbehov: gjennomsnittsskår større enn 2 og mindre eller lik 3 (behov for personbistand)

Omfattende bistandsbehov: gjennomsnittsskår større enn 3 (behov for personbistand)

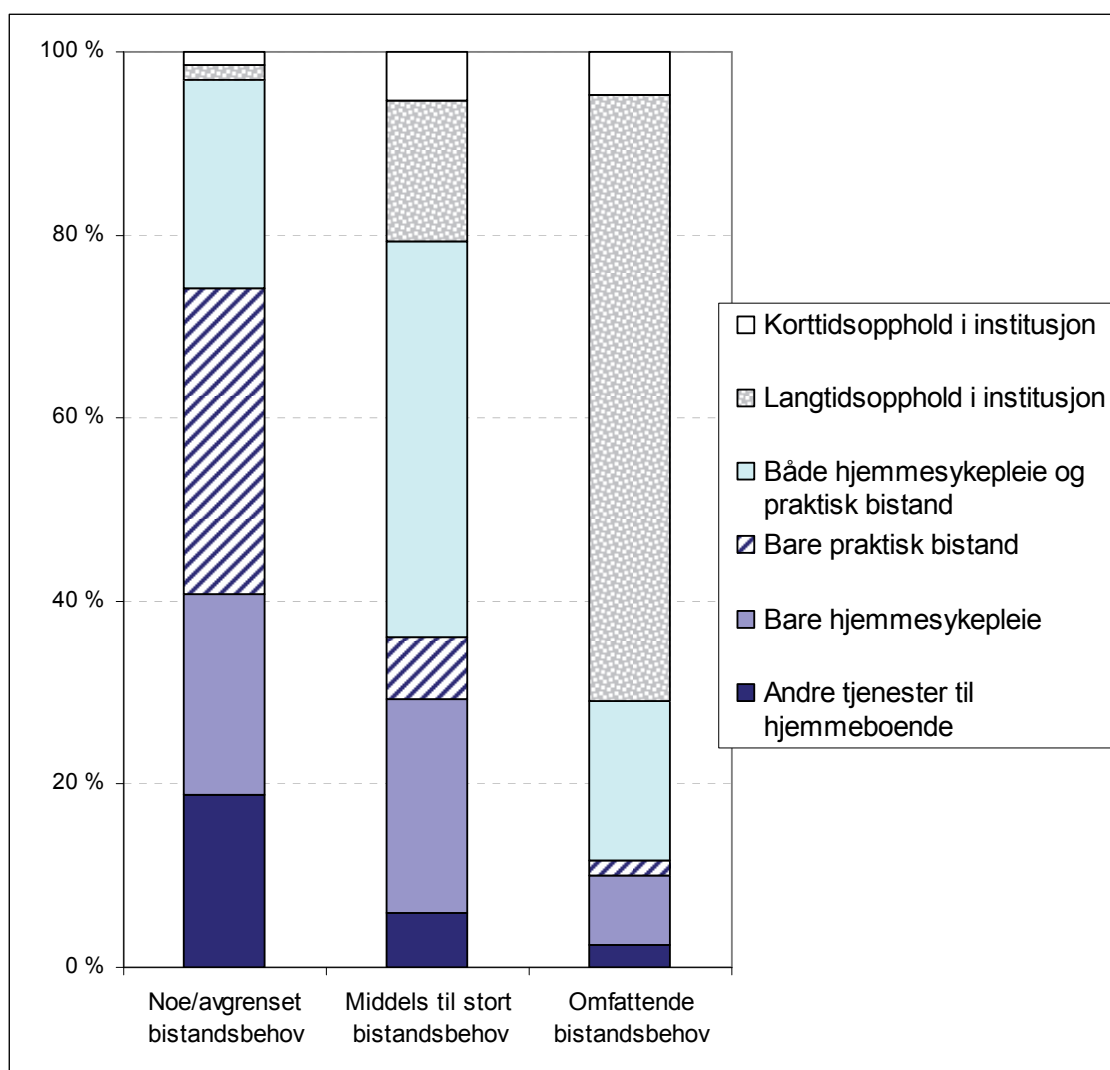
De fleste eldre som mottar tjenester har et «avgrenset bistandsbehov», nærmere bestemt 43 prosent av de eldre brukerne. Om lag en tredjedel av mottakerne har «middels til stort bistandsbehov», og en fjerdedel har «omfattende omsorgsbehov» (figur 4.7).



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.7. Eldre mottakere av pleie- og omsorgstjenester etter bistandsbehov. Prosent. 2010

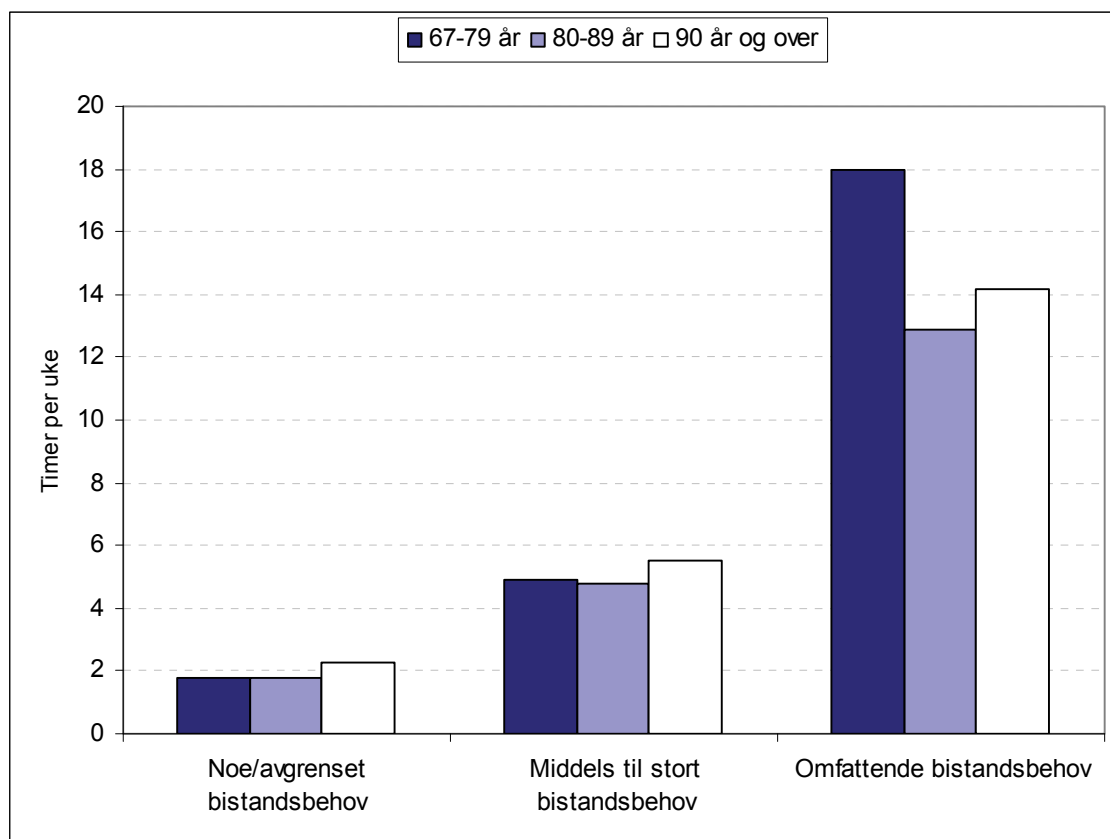
Eldre brukere med omfattende bistandsbehov blir i stor grad tildelt langtidsopphold i institusjon eller korttidsopphold for rehabilitering eller avlastning. Over 70 prosent av de eldre med omfattende bistandsbehov hadde institusjonsplass ved utgangen av 2008. Blant eldre mottakere med middels til stort bistandsbehov hadde knapt 20 prosent institusjonsplass, og blant eldre mottakere med avgrenset bistandsbehov hadde 3 prosent institusjonsplass (figur 4.8). Etter denne fordelingen å dømme blir tjenestene fordelt temmelig strengt etter behov, men det er også et overlapp av behovsnivå mellom brukere av ulike tjenester, som tyder på at behov og brukere i det minste et stykke på vei kan imøtekommes på ulike måter, for eksempel enten i sykehjem eller i omsorgsbolig (med bemanning).



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.8. Tjenester tildelt eldre brukere med ulike bistandsbehov. Prosent. 2008

Vi vet ikke ut fra IPLOS hvor mye hjelp den enkelte får i sykehjem. I gjennomsnitt går det med om lag ett årsverk per plass. I hjemmetjenesten registreres det derimot hvor mye tid som tildeles den enkelte. Det skal fattes et vedtak for hver bruker om hvor mange timer per uke hjelperne skal være til stede. Her begrenser vi oss til å se på timer per uke tildelt til brukere som får hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand (figur 4.9).



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, SSB.

Figur 4.9. Timer per uke med hjelp for eldre etter alder og bistandsbehov. 2010

Figuren viser en klar sammenheng mellom bistandsbehov og hjelpetimer. Alder ser ikke i seg selv ut til å være et kriterium for utmåling av hjelpetid ved lavere behovsnivåer, men ved omfattende bistandsbehov, gis yngre brukere flere timer per uke enn de eldste. Mens eldre brukere med omfattende bistandsbehov får tildelt 13–18 timer per uke med hjelp, får brukere med omfattende bistandsbehov i alderen 18–49 år i gjennomsnitt om lag 60 timer per uke, som er betydelig mer enn kostnadene for en institusjonsplass (ca 25–30 timer per uke). Hovedgrunnen til denne forskjellen er, som nevnt, at yngre brukere med tunge behov normalt skal gis et tilbud *utenfor* institusjon.

Gjennomstrømming

I tillegg til de om lag 170 000 eldre som var mottakere av pleie- og omsorgstjenester ved utgangen av 2008, var det om lag 40 000 som hadde vært innom i løpet av året, slik at til sammen 210 000 eldre mottok en eller flere tjenester i løpet av året. Av dem som forsvinner ut av tjenesten et gitt år, er det om lag to tredjedeler som dør, mens tjenesten avsluttes for den øvrige tredjedelen (Gabrielsen, et al., 2011).

Ser vi på bestanden ved utgangen av året i forhold til hvor mange som har vært innom tjenesten i løpet av året, får vi et inntrykk av gjennomstrømmingen. Den er på 1,24 for alle eldre tjenestemottakere under ett. Gjennomstrømmingen er lavest for dem som får praktisk bistand eller trygghetsalarm (1,2), gjennomstrømmingen i institusjoner er noe høyere (1,45). Størst gjennomstrømming er det for tidsbegrenset plass i institusjon (7,34). Andelen korttidsplasser i kommunen slår dermed sterkt ut for tilgangen til tjenester, som kan variere sterkt mellom kommuner selv om ressursinnsatsen alt i alt er den samme. Statistikken har foreløpig ikke gjort denne typen sammenlikninger mulige.

Omsorgslønn

Svært få eldre får hjelp i form av omsorgslønn; dette er et tilbud som foreløpig har vært reservert for barn. Om lag hver fjerde tjenestemottaker under 18 år har hjelp fra en pårørende med omsorgslønn fra kommunen. Hvorvidt og hvor langt en skal satse på kontantytelser for å stimulere pårørendeomsorgen, eller kompensere for den, er nylig utredet av Kaasa-utvalget (NOU, 2011b).

Privat hjelp som supplement

I følge IPLOS har om lag 40 prosent av eldre tjenestemottakerne også privat, ubetalt hjelp i tillegg. De som ikke har tilgang på privat hjelp, får relativt mer hjelp fra tjenestene, men bare hvis de har større (middels eller omfattende) bistandsbehov. Eldre med avgrenset bistandsbehov får om lag to timer hjemmetjenester per uke om de har privat hjelp eller ikke. Eldre med omfattende bistandsbehov får i gjennomsnitt 17 timer per uke dersom de ikke har privat hjelp og 9 timer dersom de har privat hjelp. Mer om ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten følger i Del III.

DILEMMAER FRAMOVER

Økningen av den eldre befolkningen vil bety økt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenestene i årene framover, særlig etter 2020–2030, når de store etterkrigskullene passerer 80 år. Kommunene vil trolig måtte prioritere enda strengere enn i dag, slik at mange eldre vil måtte klare seg uten kommunal hjelp. På den annen side er det mye som tyder på at de eldres helse blir bedre, og at behovet for hjelp derfor ikke vil øke like mye som økningen i eldrebefolkningen skulle tilsi.

Hvordan skal en få til en bærekraftig utvikling, og finne en balanse mellom behov og ressurser? Det kommer til å bli høye utgifter til kommunal eldreomsorg, og det vil trolig bli nødvendig med høyere skatter for å finansiere dem. Hvis byrden ikke blir helt urimelig, vil velferdsstaten beholde sin legitimitet, og solidariteten mellom generasjonene på samfunnsnivå vil bestå.

Kapittel 5

Lokale variasjoner i eldreomsorgen

Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra

At det er betydelig variasjon i eldreomsorgen fra kommune til kommune, er velkjent fra tidligere studier og fra oppslag i mediene. Hvorvidt denne variasjonen er urimelig stor – utover det som forskjeller i behov og driftsbetingelser skulle tilsi – er ikke like åpenbart og fortjener kontinuerlig oppmerksomhet. Det dreier seg om et av velferdskommunens kjerneområder, og om en av velferdsstatens grunnleggende verdier – at tilbudene skal være likeverdige over hele landet.

LIKT ELLER LIKEVERDIG

Tilbudet skal være likeverdig, ikke nødvendigvis likt. I den grad behovene varierer, er det også rimelig at tilbudene gjør det. Det samme gjelder om de driftsmessige forutsetningene er ulike. Kommuner med spredt bosetning og lange avstander, har andre utfordringer enn mer folkerike og tettbygde kommuner i sentrale strøk. Det kan også være forskjeller i preferanser, for eksempel at folkemeningen eller den faglige ledelsen er tiltrukket av institusjonsomsorg i noen kommuner, mens hjemmeomsorgen står relativt sterkere i andre. Hvorvidt og hvor langt det er rimelig at slike preferanser skal få slå ut i forskjeller i tilbud, er nok mer kontroversielt, men at kulturelle eller ideologiske faktorer kan bidra til lokal variasjon er høyst sannsynlig. Hvem som i så fall har størst innflytelse – folk flest (pårørende), fagfolk, lokalpolitikere eller rådmenn (og kvinner) – er mer uvisst. Det er nok av eksempler på at ildsjeler kan gjøre en forskjell, men også at gamle spor – for eksempel fra tidligere kommunegrenser – kan stå i veien for endring.

Der er dermed ingen fasit som forteller hva og hvor mye som er rett eller feil, godt eller dårlig. Da må det vurderinger til. Der er ingen nasjonale minstenormer for eldreomsorgen; det nærmeste er kanskje målsettingen om

et heldøgnsbasert tilbud om pleie eller omsorg for 25 prosent av befolkningen i alderen 80 år og over. Hvorvidt dette gis i sykehjem eller i (heldøgnsbemannet) bolig for pleie- og omsorgsformål, overlates til kommunene. Tjenestene er lovregulert i den lokale helse- og sosiallovgivningen, men formuleringene er temmelig runde («... rett til nødvendig helsehjelp ...»). Statlige kvalitetsforskrifter legger også føringer på kommunene, men det er like fullt et lokalt handlingsrom, og det er tilsiktet – dels for å stimulere lokaldemokratiet, men dels også ut fra prinsippet om at den vet best hvor skoen trykker, som har den på. Det ligger dessuten et dynamisk potensial i den lokale styringsretten. Innovasjoner kommer gjerne nedenfra; det er ofte lettere å endre kursen på en liten skute enn på en stor. Det er med andre ord ikke noe mål at tjenestetilbudet skal være likt fra kommune til kommune, men forskjellene skal kunne begrunnes i behov, i faglige vurderinger, eller i driftsmessige forutsetninger.

I dette kapitlet skal vi beskrive den kommunale variasjonen og vurdere hvorvidt og hvor langt den kan forklares på saklig grunnlag. Vi bryter dermed ned det nasjonale mønsteret som vi beskrev i kapittel 3 og 4 ovenfor, til de enheter som er praktisk ansvarlige for tjenestene, det vil si til kommunene, som langt på vei selv har utviklet og formet tjenestene innenfor de rammer som lovgivningen og økonomien setter. I dette kapitlet er det altså kommunen som er aktør og enhet. Først tar vi et kort tilbakeblikk for å sette spørsmålet om den lokale variasjonen i en historisk sammenheng og oppsummerer dernest ganske kort resultater fra noen nyere studier. Deretter gir vi en oppdatert beskrivelse med mest mulig aktuelle tall, som i dette tilfellet vil si tall for utgangen av 2009, og vurderer hva som ligger bak de observerte forskjellene. Hensikten er å bringe analysene av den kommunale variasjonen et lite skritt videre. Mer om dette etter hvert.

ET TILBAKEBLIKK

Allerede på 1950-tallet, da den første norske undersøkelsen av «alders- og pleiehjem» ble gjennomført (Marthinsen, 1956), kunne man konstatere at det var betydelig variasjon fra institusjon til institusjon både hva omfang og kvalitet angikk, men uten at den lokale variasjonen ble framhevet som særlig problematisk. Denne typen av forskjeller var på sett og vis naturlige i en tid

der det manglet en nasjonal politikk på området. Arven fra fattigforsorgen var lett å se. Hovedansvaret for eldreomsorgen lå i familiene, den kommunale innsatsen var beskjeden, og det var gjerne frivillige organisasjoner som gikk foran i kravet om flere og bedre tilbud (Daatland, 1994; Brevik & Daatland, 2007; Daatland & Solem, 2011). Kommunene hadde dårlig råd og hang etter. De hadde lenge slitt med store utgifter til fattigforsorgen, og mange av de fattige var nettopp eldre – noen av dem losjert i kommunale fattighus som var forløpere for aldershjemmene. Den statlige alderstrygda fra 1936 (behovsprøvet) og 1959 (universell, dvs. til alle) løftet mange gamle ut av fattigdommen. Kommunene ble samtidig fritatt for store utgifter, som kunne omdirigeres til andre formål og herunder til eldreomsorg (Furre, 1991; Seip, 1984).

Det var likevel først på 1960-tallet og framover at en moderne eldreomsorg fant sin form, slik vi har redegjort for i kapittel 4. Ansvar for tjenestene lå i kommunene, men staten gikk fra da av inn med øremerkede tilskudd – først til hjemmesykepleie (1959) og dernest til hjemmehjelp (1969) – for å sikre bedre og mer likeverdige tilbud. Aldershjem var tradisjonelt et kommunalt ansvar med røtter i fattigforsorgen, men mer moderne, og medisinsk orienterte, sykehjem kom til og overtok snart som den viktigste institusjonsformen. Sykehjemmene ble lagt inn under sykehusloven i 1970, og driftsansvaret ble da overført til fylket på lik linje med sykehusene. Aldershjemmene fortsatte som et kommunalt ansvar, uten statlige tilskudd. Sykehjemmene ble dermed løftet opp og fram av statlig finansiering. Hjemmetjenestene fikk også et løft med de øremerkede statstilskuddene i ryggen, og sterkest for hjemmesykepleien, som ble prioritert og fikk et større tilskudd (75 prosent) enn hjemmehjelpstjenesten (50 prosent). Disse reformene kom til å prege utviklingen i årene som fulgte, og kan spores fortsatt.

Det viktige i denne sammenhengen, det vil si for spørsmålet om den lokale variasjonen, er at etter som staten tok styring med utviklingen av eldreomsorgen, ble de lokale forskjellene også et nasjonalt anliggende. Ved inngangen til 1970-årene kom så eldreomsorgskomiteens innstillinger (Sosialdepartementet, 1964, 1969, 1970, 1974), som varslet ny og sterkere innsats i eldreomsorgen, og som ble fulgt opp i den første meldingen til Stortinget om «eldres stilling i samfunnet» i 1975 (St.meld. nr. 22, 1974–1975).

Det var likevel først i og med Randi Hammervolds og Norsk institutt for sykehusforsknings rapport fra 1988 (Hammervold, 1988), at vi fikk en dokumentasjon som dekket hele landet og var basert på den årlige innrapporteringen fra kommunene til Statistisk sentralbyrå. Hammervolds rapport tok for seg tilstanden i 1985–1986, som er interessante år ved at de faller sammen med innføringen av det nye inntektssystemet for kommunene, med desentralisering av ansvar og overgang fra øremerkede tilskudd til rammefinansiering. Staten skulle fra nå av styre i stort, og i større grad overlate prioriteringene til kommunene. Likhetsprinsippet skulle sikres ved at rammeoverføringene ble beregnet på grunnlag av objektive kriterier, herunder folketall, geografi (avstander) og andelen 80 år+ i befolkningen, som skulle bidra til at overføringene var tilpasset behovene. Tilsvarende kriterier ble utviklet på andre tjenestoområder, og var del av et større system for omfordeling av inntekter kommunene imellom. Da sykehjemmene i 1988 ble tilbakeført til kommunene, var hele eldreomsorgen igjen samlet på lokalt nivå. På 1990-tallet kom så en rekke reformer som integrerte enda flere tjenester og brukere i kommunene, som beskrevet i kapittel 4, og som blant annet bidro til at pleie- og omsorgstjenestene ikke lenger var ensbetydende med eldreomsorg, men dekket også unge med behov for omsorg, pleie eller tilsyn. Omkring 40 prosent av ressursene (driftsutgiftene) går i dag til yngre brukere (under 67 år) (Brevik, 2009), men i dette kapitlet holder vi oss altså til «eldreomsorg», og dermed til brukere i alderen 67 år og over.

Et viktig hensyn ved finansieringsreformene på 1980-tallet var å gi handlingsrom for lokale løsninger. Tanken var at lokale problemer krevde lokale løsninger. Reformene var også begrunnet i et ønske om å stimulere lokaldemokratiet, å kontrollere de samlede utgiftene i kommunesektoren og å forhindre uheldige vridningseffekter, som det at utgiftene kunne skyves over på andre forvaltningsnivåer (fylke, stat) dersom ansvaret ikke var samlet på ett nivå (kommunen).

Etter som staten lå bak som lovgiver og som bestyrer av økonomien i stort, var staten ansvarlig for at nasjonale likhetsidealer ble etterlevd. Regjering og departement pådro seg dermed kritikk dersom lokale forskjeller ble sett som urimelig store. Fra tid til annen har det blitt reist krav om nasjonale minstenormer og mer direkte statlig styring for å sikre likeverdige

tilbud. Øremerkede statlige tilskudd er også satt inn i perioder for å stimulere og gi retning til innsatsen, ikke minst under Handlingsplanen for eldreomsorgen i årene 1998–2005, men det lokale handlingsrommet var og er fortsatt betydelig, for eksempel i valget mellom sykehjem og omsorgsboliger.

Når Hammervold kunne dokumentere at det var stor kommunal variasjon i eldreomsorgen allerede i 1985, altså *før* de nevnte reformene for alvor hadde kunnet gjøre sin virkning, så var denne variasjonen lite trolig et produkt av reformen, og mer sannsynlig et forlengst etablert trekk. Hvorvidt variasjonen så ble større eller mindre som følge av reformen, har så vidt vi vet aldri vært vurdert empirisk. Bekymringen for den lokale variasjonen økte imidlertid som følge av reformen, fordi den nettopp hadde likeverdige tilbud som et overordnet mål. Spørsmålet om lokale forskjeller ble dermed mer politisert. Interessen for spørsmålet ble også stimulert av selve dokumentasjonen av forskjellene, ja dokumentasjonen ble fra nå av et av statens viktigste virkemidler i styringen av kommunene. Det ble etablert statistikk og indikatorer i et såkalt «informasjonshjul» mellom kommuner og stat – dels for å bevisstgjøre kommunene som derved fikk muligheter for å sammenlikne sin innsats med andre, og dels som et styringssignal fra staten overfor kommuner som avvek fra nasjonale målsettinger. Dokumentasjonen kunne også brukes for å begrunne krav fra kommunenes side. Det var derfor ikke tilfeldig at det nettopp var Norske kommuners sentralforbund som hadde bestilt Hammervolds undersøkelse.

Hammervolds rapport kunne blant annet dokumentere at dekkningen av institusjonsplasser – da målt som antall alders- og sykehjemsplasser per 100 over 70 år – varierte mellom 4,5 og 41,4 prosent i kommunene med laveste og høyeste dekning. (Sykehjemmene var på dette tidspunkt et fylkeskommunalt ansvar, men var for analysens del regnet å tilhøre den kommunen de var lokalisert i). Ved nærmere kontroll kunne man konstatere at variasjonen ikke var så stor som tallene ga inntrykk av, for et lite antall små kommuner – noen av dem såkalte «kraftkommuner» med mye penger og lange avstander – hadde ekstremt høye dekningsgrader. Prosenttall fra små kommuner med et lite antallsgrunnlag gir lett urimelig store utslag. I dette tilfellet var det nest høyeste dekningsstallet 25 prosent. Ved å ta bort én liten kommune, kunne

man med andre ord redusere maksimum fra 41 til 25 prosent og variasjonsbredden ble dermed redusert fra 1:10 til 1:5.

Det store flertallet av kommunene plasserte seg et sted i midten, for eksempel lå 80 prosent av kommunene (med omtrent 90 prosent av befolkningen) innenfor en variasjonsbredde på 8 til 18 institusjonsplasser per hundre over 70 år og tilsvarende for tilgangen til hjemmetjenester (Daatland, 1989). Variasjonsbredden var dermed ytterligere redusert til omtrent 1:2 for flertallet av kommunene – også dette en betydelig variasjon, og sannsynligvis større enn strukturelle forskjeller i kommune og befolkning skulle tilsi, men innenfor rimelighetens grenser, så å si.

Spørsmålet om den lokale variasjonen var for alvor satt på dagsorden og har forblitt der siden, men med varierende oppmerksomhet som svar på oppslag i mediene eller som kommentarer til nye studier fra og om «forskjells-Norge». Disse oppslagene blir gjerne illustrert nettopp med maksimums- og minimumstall, som er de mest fengende uttrykk for denne variasjonen, men langt fra de best beskrivende.

NYERE STUDIER

Vi beveger oss altså i kjent landskap i den forstand at den kommunale variasjonen i eldreomsorgen har blitt beskrevet i mange studier gjennom årene; bare de siste to–tre årene har vi kunnet nyte godt av fire fylldige rapporter (Gautun & Hermansen, 2011; Hagen, et al., 2011; Hjelmbrekke, Løyland, Møller, & Vardheim, 2011; Huseby & Paulsen, 2009). Felles for disse studiene er at de bygger på data fra kommune-stat rapporteringen (KOSTRA og IPLOS) i regi av Statistisk sentralbyrå. Felles er også at kommunenes økonomi framstår som den viktigste faktoren bak variasjonen i tjenestetilbudet, men at tilbudet – det være seg om det måles ved ressursinnsatsen (utgifter, årsverk) eller ved tilgangen til tjenester (dekningsgrad, bruksrater) – også varierer med behov (andel eldre) i befolkningen, og driftsmessige forutsetninger (folketall, geografi): Små kommuner (lite folketall) med store avstander (grissgrendt bosetting) har gjerne høy ressursinnsats, og særlig høy institusjonsdekning. Den kommunale variasjonen synes i denne forstand velbegrunnet, men har av de fleste blitt vurdert som større enn behov og driftsbetingelser burde tilsi. Kommunene framstår imidlertid også

med ulike tjenesteprofiler, der lite av det ene balanseres mot mer av annet. Forskjellene blir moderert av dette om vi skal dømme etter brukertilfredsheten, som i følge Hjelmbrække og kolleger (2011) varierer langt mindre enn ressursinnsatsen gjør. Deres konklusjon er at det fører flere veier til målet, og at omfang og kvalitet av tjenestetilbudet ikke lar seg avlese av rene ressurstill. Like viktig er hvordan ressursene fordeles og brukes.

At det er kommuneøkonomien som slår sterkest ut for variasjonen i tjenestetilbudet, er i bunn og grunn sjølsagt. Kommuner med høye inntekter per innbygger har tilsvarende mye å bruke på dem, og herunder til pleie og omsorg, som er den største utgiftsposten i de fleste kommunene. Kommunene kan nok prioritere forskjellig – mellom skoler, eldreomsorg og andre gode tiltak – men at det er økonomien i stort som preger utgiftene også i hver delsektor, kan ikke være overraskende. I denne forstand ligger forklaringen til de lokale forskjellene *utenfor* eldreomsorgen og er snarere å finne i inntektssystemet og dermed i staten.

De tidligere studiene har likevel stort sett latt denne ballen ligge, og har sett økonomien som en av flere sidestilte faktorer som påvirker tilbudet snarere enn som den faktoren som ligger under de andre. Hjelmbrække et al. (2011) nevner problemet i forbifarten når de i en kommentar til sin analysemodell antyder at den er ideell mer enn reell: «Som det framgår av modellen vil det ideelt sett være slik at innbyggernes behov reflekterer tjenesteprofilen. I praksis vil det imidlertid som regel være en annen mekanisme som virker, nemlig at tjenestetilbudet gjenspeiler det budsjettet som man har til rådighet» (s. 53). I så fall kan ikke økonomien forklare det samlede volumet (nivået) av tjenester, men bare hvordan man prioriterer mellom og innenfor tjenester.

Tidligere analyser er også problematiske ved at de har vært tilbøyelige til å betrakte de to hovedgrupper av tjenester (institusjoner og hjemmebaserte tjenester) som sidestilte og som formet av samme typer faktorer. Dette er problematisk, for de to typer tjenester er i realiteten vesensforskjellige, der bare den ene (hjemmetjenester) kan fordeles nokså fritt til mange eller få og i store eller små biter. Med institusjonsomsorgen er det annerledes. Det er jo ikke slik at sykehjemsplasser etableres eller legges ned fra dag til dag eller fra år til år. De er tvert imot del av en etablert struktur (bygningssmasse, ansatte m.v.) som langt på vei er gitt fra det ene året til det neste, og som i flertallet

av kommunene tar storparten av ressursene i eldreomsorgen – i gjennomsnitt ca 72 prosent. Når bygget først er reist, og plassene er etablert, skal det mye til for at man lar dem stå tomme. Man kan riktignok variere bruken av korttids- og langtidsplasser, men strukturen er ellers langt på vei gitt fra år til år, og beslutningene som i sin tid formet det lokale regimet, kan ligge år tilbake. Hjemmetjenester kan fordeles langt mer fleksibelt, og blir i denne sammenhengen en rest som er til fri(ere) benyttelse når institusjonsomsorgen har fått sitt. Det er dermed rimelig at kommuner med mange sykehjemsplasser jevnt over har lite volum av hjemmetjenester; de har simpelthen for lite igjen til dette (sekundære) formålet.

Vi legger denne forutsetningen til grunn for våre analyser, der vi derfor først studerer variasjonen i institusjonsomsorgen, og inkluderer dernest institusjonstilbudet blant forklaringsfaktorene for variasjonen av hjemmetjenester. Men først litt om andre forutsetninger for analysene.

SYNSVINKEL OG FORUTSETNINGER

Vi henter de aktuelle data fra kommune-stat rapporteringen (KOSTRA) og den individbaserte pleie- og omsorgsstatistikken (IPLOS), som er obligatoriske rapporteringsformer for kommunene i regi av Statistisk sentralbyrå. Det er kommunene som står i sentrum for interessen her, og er den enheten vi oppgir tall for. Da teller hver kommune likt, uansett om den er stor eller liten. Gjennomsnittet for kommunene kan derfor ikke leses som gjennomsnittet for landet (for befolkningen).

De sentrale målvariablene er omfanget og profilen av eldreomsorgen i kommunene. Omfanget (volumet) av eldreomsorgen er målt ved hvor mye ressurser (brutto driftsutgifter) som settes inn i sektoren, og hvor mye som kommer ut av dette i form av tilgang til tjenester (bruksrater). Av interesse er også hvordan ressursene fordeles mellom brukere og tjenesteområder (profil). Noen kan prioritere hjemmetjenester framfor institusjonsomsorg og omsorgsboliger framfor sykehjem. I så fall bør tjenestene ses i sammenheng, for liten innsats på det ene kan skyldes stor innsats på det andre og være del av en bevisst satsning. Man kan dermed ikke uten videre tolke mye på én deltjeneste som godt og lite som dårlig, det kan også være omvendt.

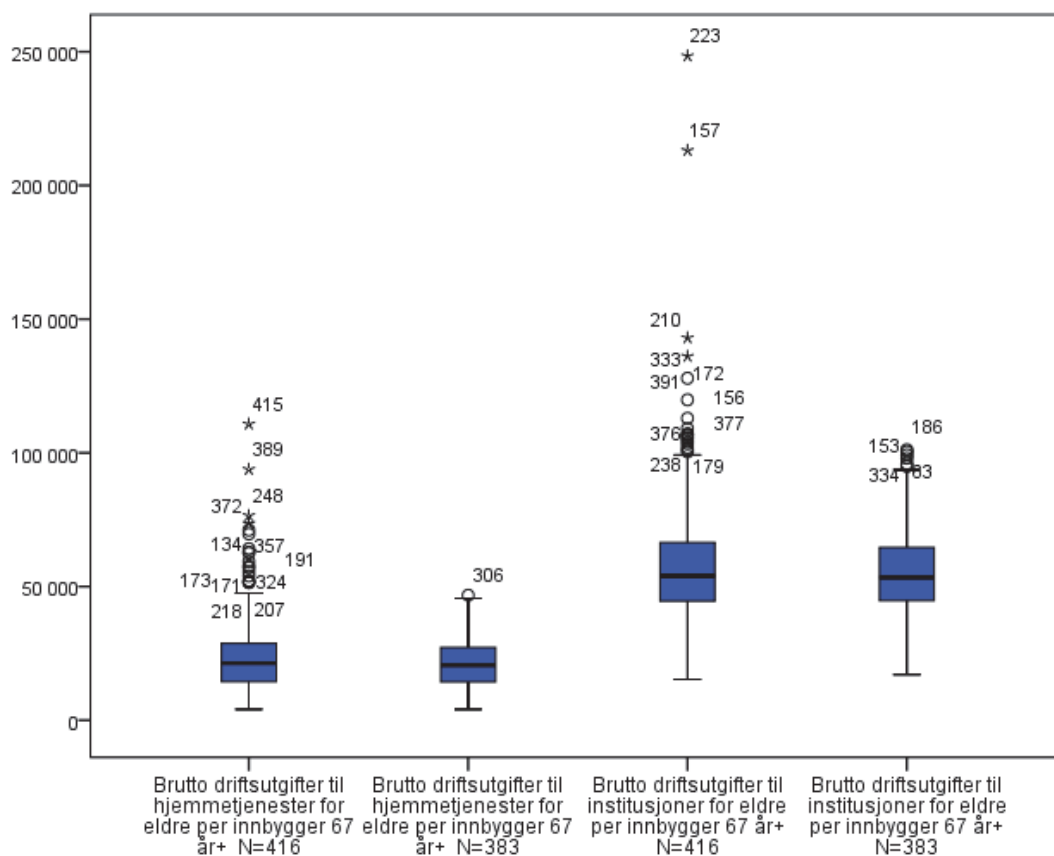
Vi begrenser oss som nevnt til eldreomsorg, målt ved den del av tjenestene som ytes til brukere i alderen 67 år og over. Pleie- og omsorgstjenestene diskriminerer ikke etter alder, men eldreomsorg er fortsatt en politisk realitet. Tilbudet til yngre og eldre har dessuten forskjellig karakter. Også dette motiverer en analyse av eldreomsorgen for seg. «Yngreomsorgen» er i all hovedsak bolig- og hjemmebasert, «eldreomsorgen» er langt på vei sykehjemsbasert. Flertallet av de eldre brukerne blir riktignok betjent fra hjemmetjenestene, men som regel med bare få timer i uka. Brorparten av pengene (til eldre) brukes til institusjonsbasert omsorg (se også kapittel 3 og 4).

Ressursinnsatsen er indikert ved brutto driftsutgifter. Nettoutgiftene er noe lavere, for brukerbetaling (ca 15 prosent i institusjon og 3 prosent for hjemmetjenester på landsbasis) og øremerkede tilskudd er ikke trukket fra. På den andre siden er ikke finansierings- og anleggskostnader lagt til. Analysene av den lokale *variasjonen* vil neppe påvirkes av dette.

Brukerne er i statistikken fordelt på alder som gir muligheter for å beregne bruksrater for institusjoner og hjemmetjenester. Boliger for pleie- og omsorgsformål, populært kalt omsorgsboliger, har inntil nå vært dårlig dokumentert i statistikken. Det har f.eks. inntil nylig ikke vært mulig å vite om boligen har bemanning hele døgnet, deler av døgnet eller er uten fast bemanning. Framstillingen vil dermed være noe omtrentlig på akkurat dette området, men generelt gjelder at rundt regnet 1/3 av de eldre beboerne bor i boliger med heldøgns bemanning, som slik sett er tilsvarende et institusjons-tilbud. Omtrent halvparten bor i boliger uten bemanning (men betjenes fra hjemmetjenesten), og de resterende – ca 15 prosent – hører til i boliger med bemanning deler av døgnet. De yngre er relativt oftere bosatt i boliger med heldøgns bemanning.

Fordi noen kommuner er svært små, og statistikken for disse er sårbar og lite robust (valid, pålitelig), er det urimelig å bruke variasjonsbredden (minimum–maksimum) for alle kommunene for å beskrive den lokale variasjonen. Et lite antall små kommuner avviker fra den store massen ved å være registrert med særdeles høy ressursinnsats i forhold til folketallet. Det kan være helt særegne grunner til dette, og det er for våre formål hensiktsmessig å se bort fra slike særtilfeller. Vi gjør dette ved å utelukke kommuner med en ressursinnsats i eldreomsorgen (utgifter per befolkning 67 år+) som

er minst to standard avvik høyere enn gjennomsnittet for kommunene. Figur 5.1 illustrerer dette. I utgangspunktet hadde vi aktuell statistikk for 416 av i alt 430 kommuner¹, 383² av dem ligger innenfor kriteriet og tas med videre. De utelukkede kommunene er til dels svært små, og sterkt avvikende (høye utgifter) fra den store hop som illustrert i figuren. Vi sitter igjen med 89 prosent av kommunene, men hele 97 prosent av befolkningen.



Figur 5.1. Boxplot for brutto driftsutgifter til hjemmetjenester og institusjoner for eldre per innbygger 67 år+. Boksen inneholder 50 prosent av observasjonene; streken indikerer median. Hele (N=416) og reduserte (N=383) utvalg av norske kommuner. Kilde: IPLOS/KOSTRA.

¹ Kommuner som mangler data på *korrigerte* utgifter: Nesna, Berlevåg, Vevelstad, Kvitsøy, Finnøy, Lødingen, Hemsedal, Guovdageaidnu Kautokeino, Kvam, Sel, Spydeberg, Eidsvoll, Torsken, Utsira.

² Kommuner som ligger utenfor 2 standardavvik på brutto driftsutgifter til hjemmetjenester eller institusjoner per innbygger 67+: Kvæfjord, Jølster, Lebesby, Sauda, Meland, Re, Rødøy, Kvinesdal, Sauherad, Vinje, Jondal, Eigersund, Leksvik, Austevoll, Karasjohka Karasjok; Giske, Modalen, Bykle, Eidfjord, Sirdal, Røyrvik, Bjarkøy, Valle, Øygarden, Bygland, Vang, Hjelmeland, Mosvik, Træna, Værøy.

BESKRIVENDE MØNSTRE

Nøkkeltall

Tabell 5.1 oppsummerer variasjonen kommunene imellom hva gjelder brutto driftsutgifter til hjemmetjenester³, til institusjoner⁴ og sum «eldreomsorg» per innbygger 67 år og eldre. Beløpene er korrigert for ressurser til yngre brukere etter deres andel av brukerne. For 14 av landets kommuner mangler opplysninger, eller tallene er båndlagt av personvern hensyn fordi det er mindre enn fem brukere i de aktuelle kategoriene. Det gjenstår da 416 (av 430) kommuner med gyldige data, men av grunner nevnt ovenfor har vi utelukket et antall små kommuner med ekstremt høye (men usikre) verdier og sitter igjen med 383 kommuner (med 97 prosent av befolkningen) som ligger innenfor to standard avvik fra gjennomsnittskommunen for brutto driftsutgifter per innbygger 67+.

De 383 kommunene brukte i 2009 i gjennomsnitt nær 76 600 kroner per innbygger i alderen 67 år+ på eldreomsorg, som fordeler seg med ca 55 100 på institusjonsomsorg og 21 500 på hjemmebaserte tjenester. Nær $\frac{3}{4}$ (72 prosent) av utgiftene refererer seg dermed til institusjonsomsorg, som i all hovedsak vil si sykehjem. Tabellen viser også at i 25 prosent av de 383 kommunene brukes det mer enn 86 900 kroner per eldre innbygger til eldreomsorg (se tall for kvartiler).

Hva som ikke framgår av tabell 5.1 er at i 22 av de 383 kommuner går mindre enn 50 prosent av de samlede pleie- og omsorgsutgiftene til eldreomsorg, i seks av kommunene går mer enn 90 prosent til eldre. Det er også variasjon innenfor eldreomsorgen. Seksten kommuner bruker mindre enn 50 prosent av ressursene på institusjoner, ti kommuner bruker mer enn 90 prosent.

³ f254 (betegnelser i IPLOS/KOSTRA)

⁴ f253+261 (betegnelser i IPLOS/KOSTRA)

Tabell 5.1. Brutto driftsutgifter i NOK til eldreomsorg per innbygger 67+ i norske kommuner 2009 (Kilde: IPLOS og KOSTRA). Hele (N=416) og reduserte (N=383) utvalg av norske kommuner.

	Hjemmetjenester		Institusjon		Totalt PLO		
	N=416	N=383	N=416	N=383	N=416	N=383	
Gjennomsnitt	22 963	21 502	57 656	55 066	80 618	76 568	
Median	21 028	20 630	54 002	53 329	75 158	73 454	
Standard avvik	12 105	9 178	22 748	15 760	24 247	16 895	
Minimum	4 062	4 062	15 324	17 085	34 835	34 835	
Maksimum	93 807	46 755	248 446	101 170	283 973	125 732	
Kvartiler							
	25	14 408	14 441	44 434	44 333	65 529	64 045
	50	21 028	20 630	54 002	53 329	75 158	73 454
	75	28 480	26 932	66 505	64 147	90 403	86 903
% av befolkningen		98,9	96,8	98,9	96,8	98,9	96,8

Brutto driftsutgifter til hjemmetjenester per innbygger 67 år+ varierer mellom 4 100 og 46 800 kroner (for de 383 kommunene), som gir en variasjonsbredde på 1:12. For institusjoner er tilsvarende variasjon mellom 17 100 og 101 200 kroner (1:6), og for eldreomsorgen samlet varierer innsatsen mellom et minimum på 34 800 kroner og et maksimum på 125 700 kroner (1:4). Variasjonsbredden (minimum–maksimum) for de 383 kommunene er omtrent den halve av hva den var om alle 416 kommunene med gyldige data var inkludert. Dette illustrerer hvor sårbar denne typen variasjonsmål er. De midtre 50 prosent av kommunene bruker mellom 64 000 og 87 000 kroner per eldre innbygger.

Tabell 5.2 tegner et tilsvarende bilde, men med utgangspunkt i bruksrater, det vil si hvor stor andel av den eldre befolkningen som har tilgang til henholdsvis hjemmetjenester og institusjonsomsorg. Denne tabellen gir bare tall for 380 av de 383 utvalgte kommunene. I gjennomsnitt har nær 19 prosent i alderen 67 år+ hjemmetjenester, og nær 7 prosent har institusjonsplass (varig eller midlertidig), alt i alt nær 26 prosent. De tilsvarende tall for befolkningen 80 år+ er 36 prosent med hjemmetjenester og 15 prosent i institusjon, alt i alt noe over 50 prosent. Vi minner om at dette er gjennomsnittstall for kommunene, ikke korrigert for folketall, men de avviker bare beskjedent fra tall som gjelder hele landet (og befolkningen) – jf. kapittel 4. Merk også at andelen som er bosatt i en «bolig for pleie og omsorgsformål» er

nær like høy som andelen i institusjon, men bare en del av disse boligene har fast bemanning, jf. ovenfor. På dette området ser det ut til å være særlig stor variasjon, fra kommuner helt uten «omsorgsboliger» til kommuner der nær 30 prosent av de 80 år+ bor i en tilrettlagt bolig. Kommuner med mange boliger er tilbøyelige til å ha få institusjonsplasser, som indikerer at det ene til en viss grad erstatter det andre.

Tabell 5.2: Bruksrater for hjemmetjenester og institusjon i aldergrupper 67 år + og 80 år+. Gyldige kommunedata fordelt etter alder og typer tjenester er tilgjengelig for 380 av de 383 kommunene i utvalget. (Kilde: IPLOS og KOSTRA).

	Andel 67+ med hjemmetjenester	Andel 67+ på institusjon	Andel 67+ i bolig PLO (2010)	Andel 80+ med hjemmetjenester	Andel 80+ på institusjon	Andel 80+ i bolig PLO (2008)
N	380	374	380	380	380	362
Gjennomsnitt	18,8	6,9	5,2	36,1	15,6	13,1
Median	18,6	6,7	5,1	35,9	15,1	12,4
Standard avvik	3,5	2,3	2,8	6,0	5,0	5,7
Minimum	9,1	1,7	,0	16,1	4,5	1,5
Maksimum	28,5	17,6	12,1	53,8	48,2	29,6
Kvartiler						
25	16,1	5,3	3,1	32,1	12,6	8,9
50	18,6	6,7	5,1	35,9	15,1	12,4
75	21,3	8,4	7,1	40,2	18,5	16,6

Variasjonsbredden (minimum-maksimum) for tilgangen til hjemmetjenester tilsvarer et forholdstall på ca 1:3; for befolkningen 80+ varierer den mellom 16 og 54 prosent mellom kommunene. Variasjonsbredden for institusjonsomsorgen er større, fra et minimum på 4,5 prosent (!) av befolkningen 80 år+ i kommunen med laveste bruksrater til 48 prosent (!) i kommunen med høyeste (1:11). Merk ellers at for halvparten av kommunene (de midtre 25–75 prosent) varierer sykehjemsdekningen (andel 80 år+ i institusjon) forholdsvis moderat mellom 12,6 og 18,5 prosent av befolkningen 80 år+ og omkring en midtverdi (median) for kommunene på 15,1 prosent.

Grafiske mønstre

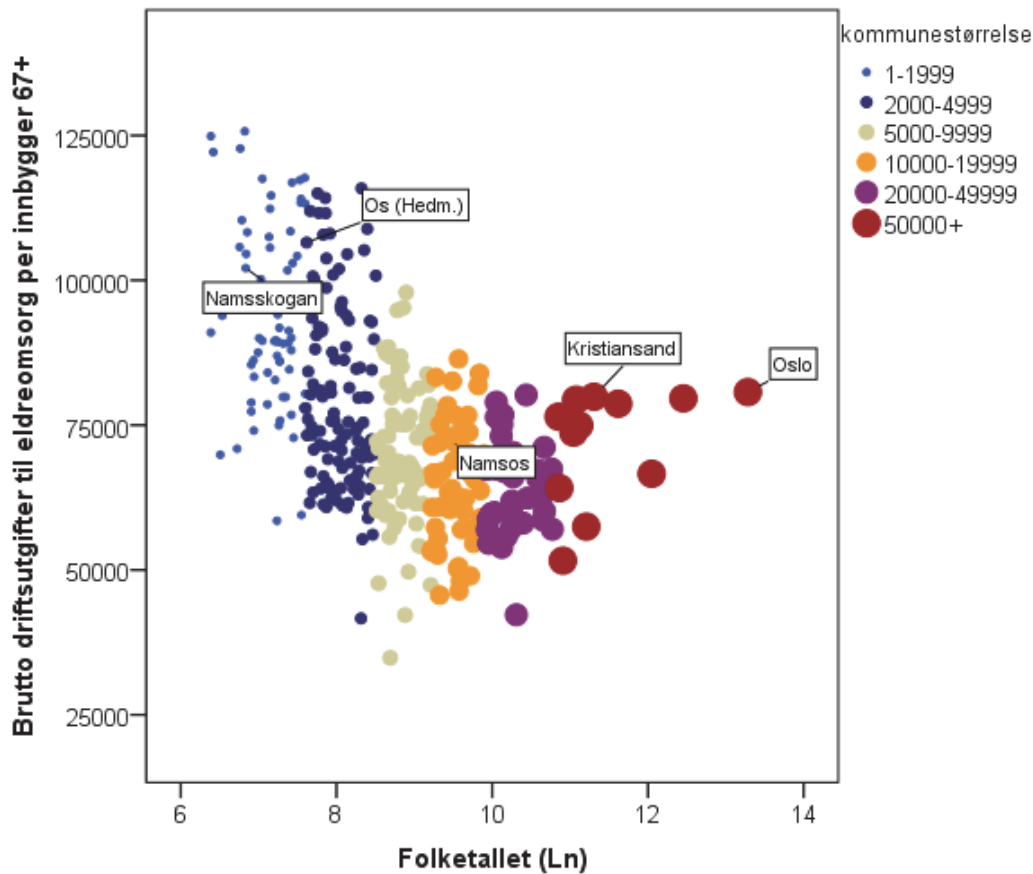
Variasjonen er kanskje enda bedre illustrert i et sett med figurer som viser hvordan kommunenes eldreomsorg varierer langs noen sentrale dimensjoner og problemstillinger: (1) Hvordan varierer ressursinnsatsen med kommune

størrelse (folketall)? (2) Hvordan fordeles ressursene mellom institusjonsomsorg og hjemmetjenester? (3) Kompenserer de to typer tjenester for hverandre? (4) Gjelder det samme (kompensasjon) for institusjoner og «omsorgsboliger»? Er det for eksempel slik at kommuner med lav institusjonsdekning har et høyt tilbud av boliger for omsorgsformål og/eller hjemmetjenester?

Figur 5.2 illustrerer hvordan brutto driftsutgifter per eldre (67 år+) varierer med kommunestørrelse (folketall). Kommunene er her og i de påfølgende figurene fordelt i rommet mellom de to aksene, i sirkler av varierende størrelse og farge etter folketall. Vi har navngitt noen kommuner av ulik type og størrelse for å bedre illustrere fordelingene. Figuren viser at ressursinnsatsen (utgiftene) jevnt over er størst i de minste kommunene, lavest i mellomstore kommuner, med de største byene i en mellomposisjon – ikke fordi de har større ressurser (inntekter), de har snarere lavere inntekter (jf. korrelasjonsmatrise i et vedlegg til kapitlet). De noe større utgifter i storbyene kan være svar på særegne behov her. Det er mange enslige gamle i storbyene, og tilgangen til familieomsorg kan være mindre, begge deler kan gi et større behov for boligbaserte omsorgsformer, det være seg i sykehjem eller i (bemannet) omsorgsbolig. Tallene kan muligens også reflektere driftsulemper (snarere enn stordriftsfordeler) i de største kommunene.

Variasjonen i ressursinnsats går fra en topp på 125 700 kroner per innbygger 67 år+ til en bunn på 34 800 kroner, slik det også gikk fram av tabell 5.2. Vi minner om at det ikke er noen entydig sammenheng mellom «hvor mye» og «hvor godt». Størst er ikke nødvendigvis best.

Flertallet av de større kommunene varierer moderat omkring gjennomsnittet på ca 77 000 kroner per eldre eller noe lavere. Oslo er lokalisert helt til høyre i figuren (størst folketall), med et midlere nivå av utgifter. Kristiansand har omtrent samme nivå, Namsos ligger noe lavere, men som vi skal se nedenfor – hver med sin profil. Kommunene med særlig høy ressursinnsats er i regelen små – blant de minste i landet.



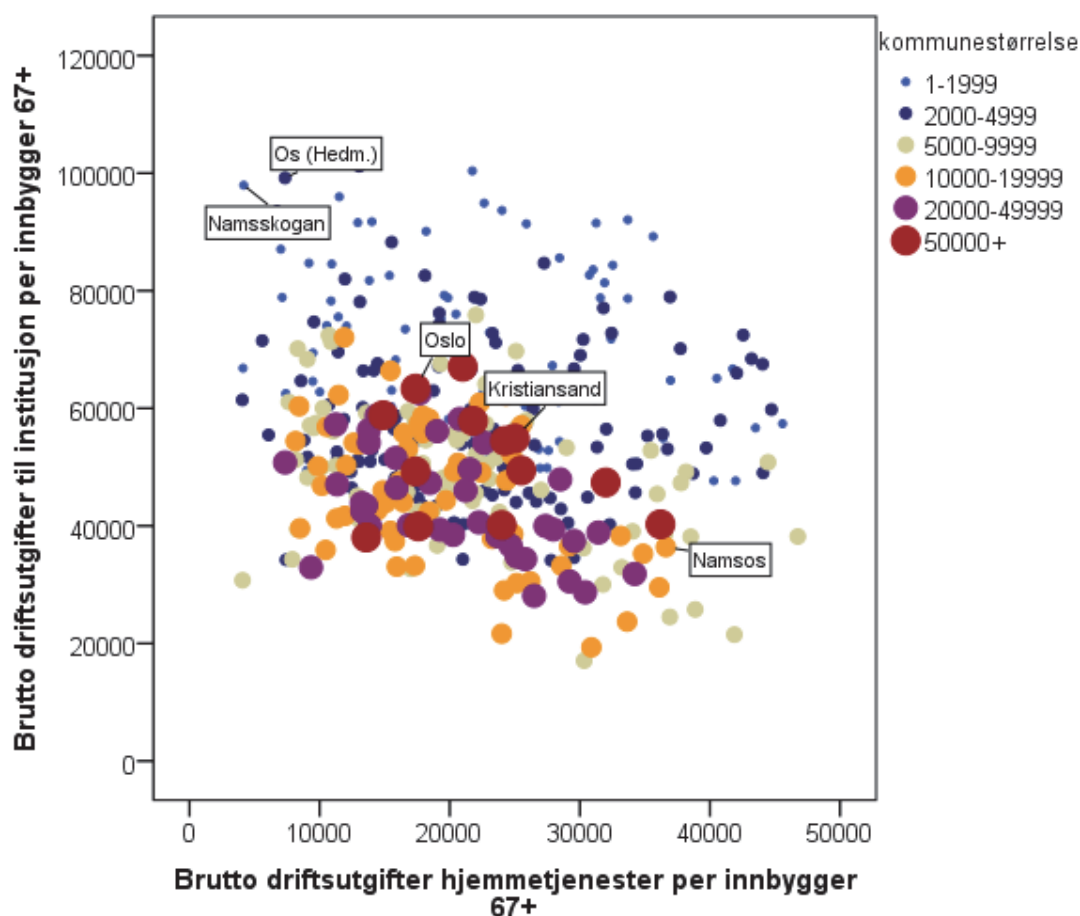
Figur 5.2: Brutto driftsutgifter til eldreomsorg per innbygger 67 år + etter (log) folketall. N=383. Kilde: IPLOS/KOSTRA.

Figur 5.3 og 5.4 illustrerer hvordan kommunene *profilerer* sitt tjenestetilbud: hvor mye de satser på henholdsvis institusjoner og hjemmetjenester, og hvorvidt de to kompenseres for hverandre. Figur 5.3 illustrerer dette med utgangspunkt i ressursinnsatsen (utgiftene), figur 5.4 med utgangspunkt i bruksratene, altså i hvor mange og hvilke brukere som ressursene betjener.

Ressursinnsatsen varierer omkring et gjennomsnitt på ca 21 500 kroner til hjemmetjenester og 55 100 kroner til institusjonsomsorg, til sammen 76 600 kroner per befolkning 67 år+ (figur 5.3). Flertallet av de større kommunene varierer nokså moderat omkring gjennomsnittet, men enkelte kommuner skiller seg ut ved å være svært institusjonsdominert, for eksempel Os i Østerdalen. Andre satser mye på hjemmetjenester og lite på institusjoner. Namsos er en av disse. Disse mønstrene kan ha sammenheng med lange avstander (Os?), eller de kan være resultater av en bevisst «av-institusjonalisering» (Namsos?). Man bør være oppmerksom på at interkommunale

ordninger kan ligge skjult i statistikken, som også av andre grunner kan ha svakheter og gi et skjevt bilde for enkelte kommuner.

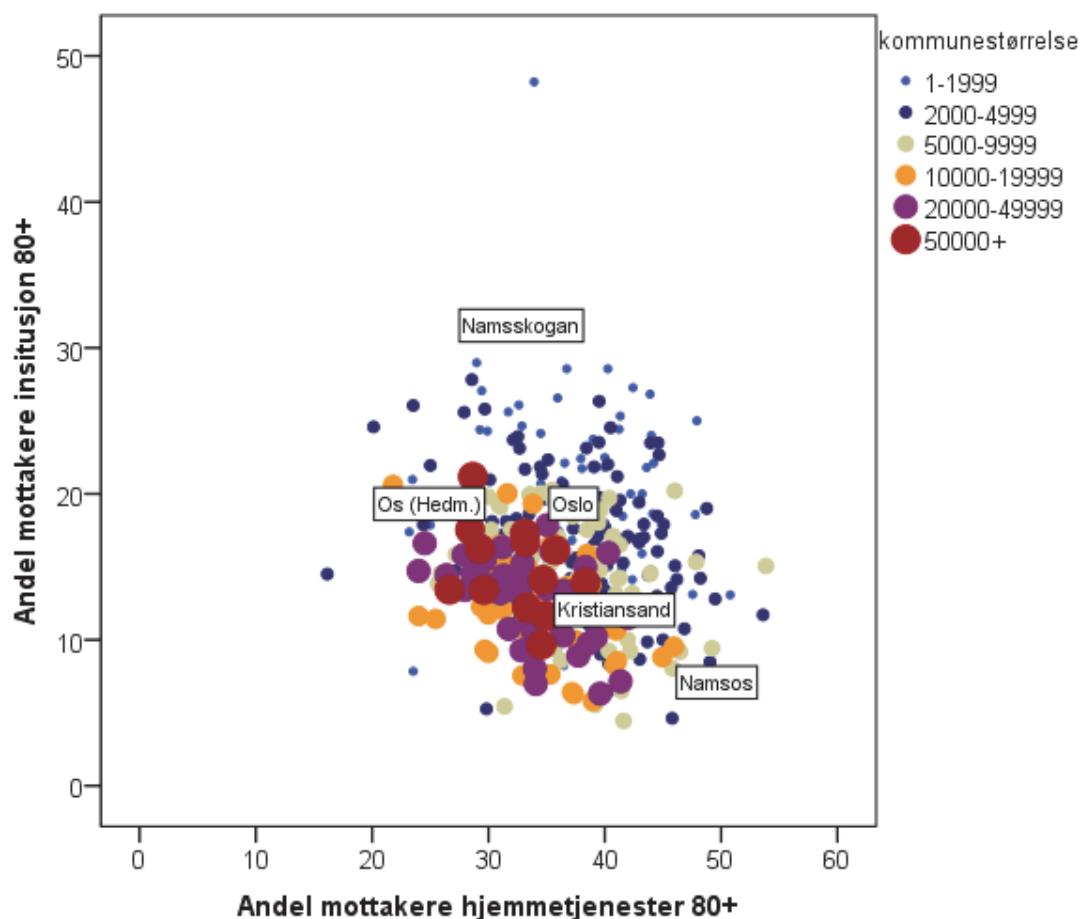
Noen kommuner – oftest små – har høy satsning langs begge akser. Andre skårer lavt på begge områder. Korrelasjonen er $-0,16$, som indikerer at det alt i alt er et (beskjedent) kompensereende mønster, der mer av det ene balanseres mot mindre av det andre. Ser vi bare på de større kommunene, er tendensen sterkere, med en korrelasjon på $-0,41$ for kommuner med mer enn 5 000 innbyggere (omtrent halvparten av kommunene).



Figur 5.3. Kommuner etter ressursinnsats (brutto driftsutgifter til eldreomsorg per 100 67år+) i hjemmetjenester og institusjonsomsorg.

Mønsteret er rimeligvis nokså likt når det beskrives via bruksrater, altså via tilgangen til tjenester (figur 5.4). Korrelasjonen mellom ressurser (utgifter) som settes inn, og tjenestene (bruksratene) som de resulterer i, er moderat for hjemmetjenestenes del ($0,38$), men langt høyere for institusjonsomsorgen ($0,70$) (jf. korrelasjonsmatrise i et vedlegg til kapitlet). Dette har nok sammenheng med at institusjonsomsorgen er mer standardisert, mens

hjemmetjenestene kan fordeles mer fleksibelt, der mindre ressurser kan «kompenseres» ved å smøres tynnere ut og dermed nå ut til flere. Kommunene varierer omkring et gjennomsnitt på 15–16 prosent av befolkningen 80 år+ i institusjon (stort sett sykehjem) og 35–36 prosent med hjemmetjenester. Kommunen som skiller seg ut med høye bruksrater både for institusjon og omsorgsboliger, er Solund.

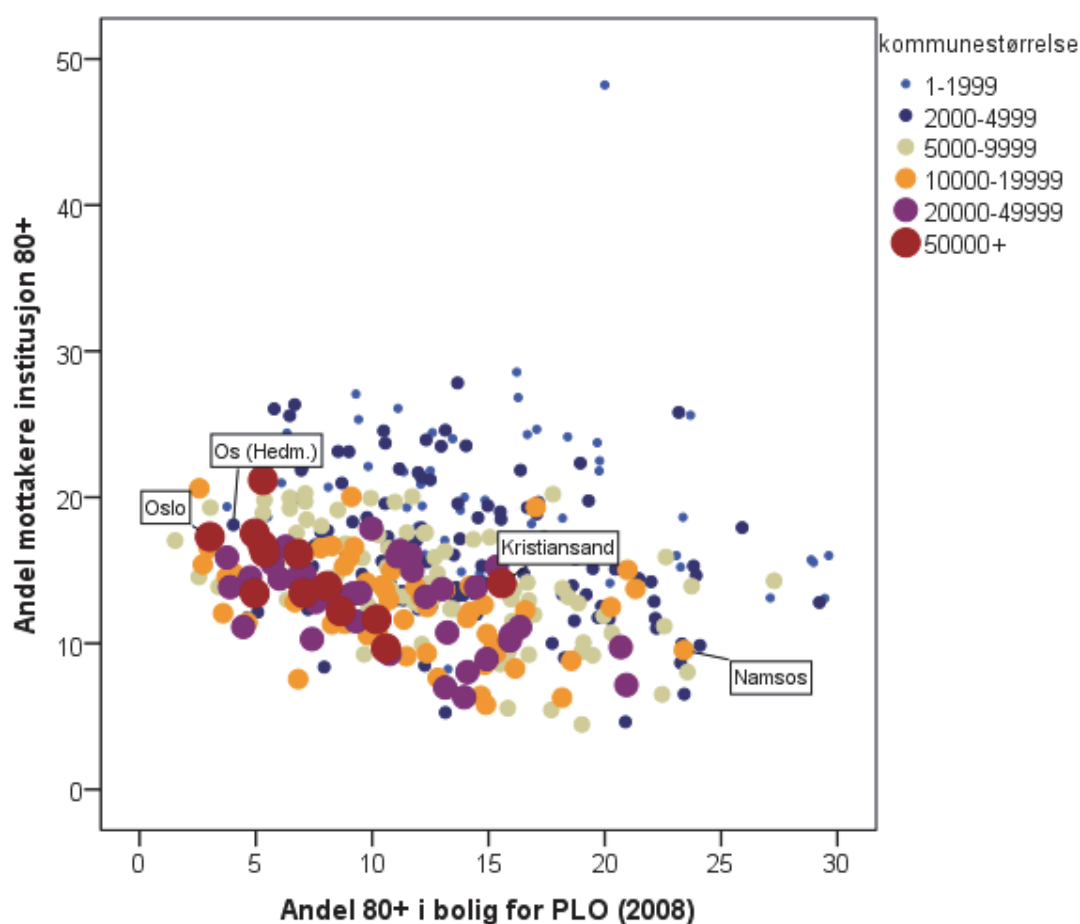


Figur 5.4. Kommuner etter bruksrater (per 100 80 år+) i hjemmetjenester og institusjonsomsorg. Kilde: IPLOS og KOSTRA.

Alt i alt er det en svak *negativ* sammenheng ($r=-0,11$) mellom bruksratene for de to typer tjenester, noe sterkere ($-0,28$) for kommuner med mer enn 5 000 innbyggere. Dette betyr at kommuner med høyere institusjonsrater er tilbøyelig til å ha lavere bruksrater i hjemmetjenestene; de har så å si mindre igjen til hjemmetjenestene.

Vi merker oss at Oslo ligger i overkant av gjennomsnittet for institusjonsomsorg, men noe under for hjemmetjenester. Namsos ser derimot ut til å ha prioritert den hjemmebaserte omsorgen (der man ligger svært høyt) på

bekostning av institusjonsomsorgen (der man ligger svært lavt). Forklaringen kan kanskje finnes i at Namsos har prioritert omsorgsboliger høyt, slik det går fram av figur 5.5. Solund kommune skiller seg ut fra massen ved sin særlig høye institusjonsdekning, og lå på grensen til å bli utelatt via kriteriet om et avvik på mer enn to standard enheter fra gjennomsnittet, jf. ovenfor. Når institusjonsdekningen er særlig høy i Solund, og i enkelte andre småkommuner, har det blant annet sammenheng med geografien, i dette tilfellet en øy-kommune, med et særlig stort behov for tilrettelagte bolig- og omsorgstilbud sentralt i kommunen.



Figur 5.5. Kommuner etter bruksrater (per 100 i alderen 80 år+) i institusjoner og boliger for pleie og omsorgsformål. Kilde: IPLOS & KOSTRA.

Oslo ser ut til å være blant kommunene i landet med laveste volum (bruksrater) av «boliger for pleie og omsorgsformål», populært kalt «omsorgsboliger». Til gjengjeld ligger Oslo relativt høyt – noe over gjennomsnittet – for institusjoner (sykehjem). Namsos plasserer seg i den andre enden av skalaen med få institusjonsplasser og mange omsorgsboliger (og dermed høye

rater for hjemmetjenester som betjener boligene). Kristiansand opptrer her i en mellomposisjon. Den samlede dekingen av institusjoner og omsorgsboliger blir alt i alt høyest i Namsos og lavest i Oslo. Kommuner med mange sykehjem er tilbøyelige til å ha få omsorgsboliger og vise versa. Korrelasjonen er imidlertid nokså moderat ($r=-0,16$). Der det er mange omsorgsboliger, er det i regelen også mye hjemmetjenester for å betjene boligene ($r= 0,36$).

Merk at i figur 5.5 inngår alle «boliger for pleie- og omsorgsformål» i statistikken. For bare 1/3 av de eldre beboerne dreier dette seg, som nevnt, om en bolig med heldøgns bemanning, som i så måte gir et sammenliknbart tilbud som institusjoner (sykehjem). De øvrige har bemanning deler av døgnet eller er uten fast bemanning og betjenes av hjemmetjenestene. Statistikken for boligene er mangelfull og har foreløpig ikke gitt muligheter for å sammenlikne *heldøgnsbemannede* boformer.

Med reservasjon for den usikkerheten som ligger i statistikken, kan det være nærliggende å anta at i kommuner som satser ensidig på sykehjem, med få alternative tilbud, vil publikum (eldre, pårørende, politikere) med god grunn ha liten tillit til alternativene, som er knappe, og være tilbøyelige til å søke seg dit ressursene er. I så fall kan kommuner med høy sykehjemsdekning komme til å få lengre køer til sykehjem enn kommuner med lavere dekning.

Den statistikken vi bygger på her lar oss ikke prøve ut denne typen hypoteser. Statistikken gir et øyeblikksbilde, og lar oss ikke følge forløpene (dynamikken) gjennom systemet; hvor langt «omsorgsboliger» kan erstatte sykehjem, og hvorvidt mange kortidsplasser kan gi hjelp til flere innenfor gitte ressurser. IPLOS-statistikken vil etter hvert gi muligheter for å følge slike forløp, og dermed kunne gi et bedre bilde av hva ressursene og ressursfordelingen betyr i praksis.

ANALYSENE

Forutsetninger

Figurene ovenfor illustrerer at eldreomsorgens volum og profil varierer med kommunestørrelse (folketall), og da jevnt over slik at jo mindre kommunen er, desto større er tilbudet av omsorgstjenester, spesielt av institusjonsomsorg. Det er liten grunn til å tro at det er folketallet som i seg selv forklarer dette;

det måtte i så fall være at det kan være vanskeligere å si nei til folkemeningen i små og tette lokalmiljø, der alle kjenner alle. Mer rimelig er det likevel å søke forklaringen i andre faktorer som samvarierer med folketallet, så som økonomi og driftsbetingelser. Små kommuner er ofte grissgrendte, med store avstander, preget av fraflytting og en høy andel eldre. De har av disse grunner også store overføringer fra staten. Når folketallet er lite, blir også prosentberegninger usikre og kan variere fra år til år. Regresjonanalyser kan hjelpe oss å skille tingene fra hverandre ved å identifisere hvilken variasjon i den avhengige variabel som skyldes hver av forklaringsvariablene, når man kontrollerer for virkningen av andre og samvarierende faktorer. Forutsetningen er at variablene ikke er altfor sterkt korrelert, det vil si at de måler tilstrekkelig forskjellige ting.

De aktuelle forklaringsfaktorene følger i store trekk det utvalg av variabler som Huseby (2009) la til grunn for sine analyser av 2007-tall, men med visse endringer.

For det første – som indikator for kommunens økonomi bruker vi ikke bare såkalt frie inntekter (i hovedsak rammeoverføringer), men også øvrige (bundne) inntekter (i hovedsak øremerkede tilskudd). Tidligere analyser har som regel bare inkludert frie inntekter ut fra tanken om at kommunenes egne prioriteringer ytrer seg gjennom disse. Vi ser det også som interessant å vurdere hvorvidt også bundne inntekter (og dermed staten mer direkte) bidrar til den kommunale variasjonen, evt. reduserer den. Å dømme etter den bivariate korrelasjonen, er de to typer overføringer klart positivt relatert ($r=0,47$), og det er følgelig grunn til å tro at også øremerkede tilskudd bidrar til å forsterke variasjonen mellom kommunene. Gautun & Hermansen (2011) inkluderer også kommunens gjeld i sine analyser, fordi gjeldsbelastning kan redusere kommunens ressurser til produksjon av tjenester og herunder til eldreomsorg, men denne variabelen slår ikke ut i deres analyser og tas heller ikke med her.

Vi legger ellers til grunn at behov og etterspørsel i befolkningen, og driftsmessige forutsetninger for kommunen så som folketall, geografi (avstander) og demografi (andel eldre), kan slå ut i omfanget og profileringen av tjenester. Men nettopp denne typen forhold er det at inntektssystemet og rammetilskuddene skal fange opp. Kommunens frie inntekter korrelerer derfor

høyt med nettopp disse kjennetegnene (mellom 0,75 og 0,82 – se korrelasjonsmatrisen i vedlegget). Regresjonsanalysene skal i prinsippet klare å identifisere virkningen av hver faktor når de øvrige faktorene er kontrollert for, men analysene har problemer med å håndtere såpass høye interkorrelasjoner (multi-kolinearitet), og det kan være vanskelig å skille mellom egenskapene, for eksempel mellom hva som skyldes folketall, avstander eller frie inntekter. Vi forsøker å håndtere dette problemet ved å la variabler uten forklaringskraft slås ut i trinnvise analyser til vi blir sittende igjen med en enklest mulig modell, med bare signifikante bidrag og størst mulig samlet forklaringskraft.

Forklaringsvariablene

Nedenfor følger en liste over de aktuelle forklaringsvariablene, gruppert under tre overskrifter: befolkningens behov, kommunens økonomi og driftsmessige forutsetninger (fordeler, ulemper):

Befolkningens behov

- Andel i befolkningen over 80 og 90 år (som indikerer behov i befolkningen)
- Andel enslige i alderen 80 år+ (som er en indikator for tilgangen til familiehjelp, og større behov for offentlige tjenester)
- Andel i befolkningen under 18 år (som indikerer behov for skoler og barnehager, som kan konkurrere med resurser til eldreomsorg)
- Utdanningsnivå (andel med høyskole og universitetsutdanning, som kan indikere ressurser og selvhjulpenhet i befolkningen)
- Median husholdningsinntekt etter skatt (tilsvarende som utdanning, men høye inntekter kan også bidra til kommuneøkonomien via skatter)
- Alders- og kjønnsstandardiserte dødelighetsrater for årene 2005–2009 (som indikerer sykkelighet i befolkning)
- Liggedagsrater på sykehus for eldre over 80 år (som kan redusere behovet for kommunale tjenester)

Kommunens økonomi

- Frie kommunale inntekter per befolkning 67 år+ i kvartiler (i 1 000 NOK: mindre eller lik 32 851, 32 852- 38 855, 38 856-45 927, 45 928 eller mer), som indikerer kommunale ressurser som kommunen selv kan prioritere innenfor
- Øvrige (bundne) kommunale inntekter i 1 000 NOK per 1 000 innbyggere

Driftsmessige forutsetninger

- Kommunestørrelse etter folketall i seks kategorier (1–1999 innbyggere, 2000–4999 innbyggere, 5000–9999 innbyggere, 20000–49999 innbyggere, 50000 innbyggere og mer)
- Storby (Oslo, Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø = 1, annet = 0). Størrelsen representeres altså ved to variabler, for å fange opp den kurvilineære sammenhengen mellom folketall og ressursbruk – (se figur 5.2)
- Landareal per 10 000 innbyggere i kvartiler (mindre eller lik 266 km², 267–1 050 km², 1 051–2 672 km², 2 673 km² eller mer)(som indikerer lange avstander og lav befolkningstetthet, og dermed trolig tyngre (dyrere) drift og større etterspørsel etter institusjoner og/eller omsorgsboliger)
- Andel årsverk for personell med relevant fagutdanning av totale årsverk i pleie- og omsorgssektoren (som gir høyere lønnskostnader, men samtidig høyere kompetanse. Det er vanskelig å vurdere i hvilken retning denne faktoren vil dra)
- Andel legemeldte sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste (2009) (som øker utgifter ved innleiing av vikarer)

La oss i denne sammenhengen understreke at kildestatistikken gir begrensede muligheter for å vurdere når og hvordan de observerte ulikhetene har oppstått, og hvem som har vært de drivende aktørene. «Kommunen» er her i realiteten en samlebetegnelse for en rekke aktører i samspill, og det mønster vi kan observere i dag, kan være en arv fra tidligere, det vil si såkalt stivhengighet. Dette kan ikke minst være tilfellet for institusjonsomsorgen, der

utgiftene langt på vei er gitt ved det antall plasser kommunen rår over. Oppføring av et sykehjem vil dermed kunne slå sterkt ut i et bestemt år, men ha føringer i mange år deretter, og forklaringer burde i så fall søkes bakover i tid. Kommunen kan riktignok variere *bruken* av plassene (langtids- eller korttids-opphold), men hjemmetjenestene er mer fleksible, og kan lettere varieres via tildeling av timer og besøk. Hagen et al. (2011) har forsøkt å vurdere virkningen på lokalt plan av ansvarsreformene på 1990-tallet (Handlingsplanen for eldreomsorgen, HVPU-reformen m.v.), men den økonomiske siden av disse reformene kommer til uttrykk i kommuneøkonomien, og det mangler data som kan fange inn den eventuelle påvirkningen via politiske og ideologiske faktorer. Våre data gir ikke muligheter for denne typen inngående analyser, og vi kan bare spekulere over hvilken rolle de ulike aktører og tider har hatt for dagens mønstre. Vi tar imidlertid inn ressursinnsatsen i institusjonssektoren som en forklaringsfaktor for (hva som gjenstår til) hjemmetjenestene, slik vi grunnga ovenfor.

Analysene kan altså ikke fange opp hvor sterkt dagens mønster er preget av tidligere mønstre (sti-avhengighet), ei heller hvilke aktører (og motiver) som har vært de sterkeste. I de presenterte analysene framstår kommunen som en antatt rasjonell og godvillig aktør, som søker å forvalte sine ressurser fornuftig og fordele dem etter behov slik loven tilsier. Virkelighetens verden har nok flere aktører, med til dels motstridende interesser, som altså ikke lar seg fange inn her.

Vi har gjennomført separate analyser for ressursinnsatsen (brutto driftsutgifter) og for bruksratene, i begge tilfeller separat for institusjoner og hjemmetjenester og samlet for eldreomsorgen i alt. Faktorene som forklarer variasjonen er i store trekk antatt å være de samme for både utgifter og bruksrater, men de er ikke identiske. Generelt viser det seg at analysene (og de utvalgte variablene) forklarer mer av variasjonen for institusjoner enn for hjemmetjenester, og mer av variasjonen i utgifter enn i bruksrater. En del av forklaringen har trolig – og som alt nevnt – sammenheng med at hjemmetjenester kan utjevne knapphet ved å fordeles på flere. Ressursfordelingen (timetildelingen) blir i så fall mindre nært relatert til behov i hjemmetjenestene enn hva tilfellet er for institusjonsomsorgen, der terskelen for å få hjelp er langt høyere.

Ved å la variabler som ikke har forklaringskraft slår ut trinn for trinn i analysene, blir den resulterende modellen noe forskjellig fra målvariabel til målvariabel, og illustrerer på den måten at det er noe forskjellige forklaringer for institusjonsomsorg og hjemmetjenester. Ved å sammenholde analysene (tabell 5.3 og 5.4) med listen av forklaringsvariabler ovenfor, kan man også lett identifisere hvilke faktorer som *ikke* slår ut (og derfor ikke har blitt med i den endelige modellen).

Til forskjell fra tidligere studier, inkluderer denne analysen også kommunens bundne inntekter blant forklaringsvariablene, ikke bare de frie inntektene. Vi legger dessuten til grunn at institusjonsomsorgen har en karakter som gir den prioritet i fordelingen av ressursene, slik vi forklarte ovenfor. Ressursene (utgiftene) til institusjonsomsorg legges derfor til blant forklaringsfaktorene i analysene av hjemmetjenestene, men ikke omvendt.

Variasjoner i ressursbruk

Tabell 5.3 oppsummerer resultatene fra analysene av den kommunale variasjonen i ressursbruk (utgifter per eldre) til eldreomsorg. I tråd med logikken ovenfor, ser vi først på variasjonen for institusjonsomsorgen, og deretter for hjemmetjenester. Generelt gjelder – slik det også tidligere er funnet av blant andre Huseby (2009), Gautun & Hermansen (2011), Hagen et al. 2001 og Hjelmbrekke et al. (2011) – at kommunenes frie inntekter er den sterkeste forklaringsfaktoren, i vårt tilfelle med en $\beta=0,43$ for institusjonsomsorgen: Jo høyere nivå av frie inntekter, desto høyere ressursbruk i institusjonsomsorgen – naturlig nok, kan man gjerne tilføye. Mindre sjølsagt er kanskje at kommunens bundne inntekter også slår ut, riktignok noe mindre enn de frie inntektene, men klart nok ($\beta=0,30$). Som tidligere nevnt er de to inntekter positivt korrelert. Tilbudet av eldreomsorg varierer dermed ikke bare med frie inntekter, slik de skal etter som frie inntekter er fordelt etter behovs- og driftsbetingelser. Tilbudet varierer også med kommunens øvrige (og bundne) inntekter, og dermed via øremerkede statlige tilskudd. Dette kan være rimelig nok, dersom det er statstilskuddet for særlig omsorgskrevende brukere som slår ut, og som nettopp fordeler pengene utgiftene er særlig store. Andre øremerkede tilskudd går til utbygging av sykehjem og omsorgsboliger, og kan «premiere» de mest aktive kommunene.

Tabell 5.3 Regresjonsmodell for brutto driftsutgifter per innbygger 67 år +: PLO samlet, institusjon og hjemmetjenester. Standardiserte regresjonskoeffisienter (Beta), p-verdi (P) og forklart varians (Adjusted R²).

	Brutto driftsutgifter PLO per innbygger 67+		Brutto driftsutgifter institusjon per innbygger 67+		Brutto driftsutgifter hjemmetjenester per innbygger 67+	
	Beta	P	Beta	P	Beta	P
Frie inntekter 2009 kvartiler	0,45	<0,001	0,43	<0,001	0,13	0,06
Bundne inntekter per 1000 innbyggere	0,34	<0,001	0,3	<0,001	0,2	0,001
Landareal i kvartiler			0,14	0,02		
Storby (0-1)	0,1	0,006	0,13	0,001		
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i brukerrettet tjeneste 2009	0,08	0,034	0,07	0,06		
Liggedager på sykehus					0,09	0,06
Andel 90+	0,15	0,002			0,22	<0,001
Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet. Gjennomsnitt for årene 2005–2009. Dødelighet per 100 000 innbyggere.			0,11	0,03		
Inntekt etter skatt, median (kr) 2008	0,21	<0,001	0,31	<0,001		
Brutto driftsutgifter institusjon per innbygger 67+					-0,42	<0,001
N=379	Adj. R ² =0,49		Adj. R ² =0,46		Adj. R ² =0,15	

Øvrige variabler som forklarer variasjonen i institusjonsomsorgen er avstander (grissgrendte kommuner har høyere institusjondekning), og en storbyfaktor – storbyer har noe høyere institusjonsdekning enn mellomstore byer. Når kommunestørrelse (folketall) ikke i seg selv slår ut, er det fordi det er andre egenskaper ved de små kommunene som betyr mer, som det at de ofte er grissgrendte, med høye inntekter.

Blant detaljer å merke seg er at kommuner med høy inntekt og utdanning i befolkningen, ofte har en høy andel barn og unge, og de har i regelen *lavere* satsning på eldreomsorg enn andre kommuner (jf. vedlagte korrelasjonsmatrise). Men gitt kontroll for disse egenskapene, så bidrar et høyt inntektsnivå i befolkningen til *høyere* satsning (også) på eldreomsorg, trolig via høyere skatteinntekter til kommunen.

Modellen forklarer alt i alt 46 prosent av variasjonen i institusjonsomsorgen. Mer eller mindre samme faktorer slår ut for den samlede

eldreomsorgen (fordi brorparten av ressursene brukes i institusjonene). Som forventet er det nettopp institusjonsutgiftene som har størst forklaringskraft for utgiftene til hjemmetjenester ($\beta = -0,42$): høye institusjonsutgifter gir mindre igjen til hjemmetjenester. Den samlede forklaringskraften er lavere for hjemmetjenestene – også dette er som ventet – og ville vært enda lavere om ikke institusjonsutgiftene var inkludert som en forklaringsfaktor.

Variasjoner i bruksrater

Analysen av bruksrater gir liknende, men ikke identiske, resultater (tabell 5.4 neste side). Også her er det kommunens frie inntekter som gir størst forklaringskraft, men bundne inntekter gir ikke noen tilleggsforklaring. Grunnen kan være at bundne inntekter (bl.a.) går til særlige ressurskrevende brukere, og fordeles ikke på brukere generelt (slik nettopp hensikten er).

Avstander (grissgrendte kommuner) og en storbyfaktor slår også ut for variasjonen i bruksrater, slik tilfellet var for utgifter.

Kommuner med en stor andel barn og unge i befolkningen, og dermed med mange konkurrerende oppgaver til eldreomsorgen, har noe lavere institusjonsrater, men denne faktoren slo altså ikke ut for utgiftene (tabell 5.3) og virker dermed ikke særlig robust. Tilgangen til hjemmetjenester er især forklart ved omfanget av institusjonsomsorg ($\beta = -0,30$): høye institusjonsrater gir lave rater for hjemmebaserte tjenester. Andel svært gamle (90 år+) gir et ekstra utslag for hjemmetjenestene ($\beta = 0,19$), kanskje fordi de fleste av dem har (store eller små) behov, som må dekkes inn av hjemmetjenestene når de ikke har flyttet i institusjon.

Tabell 5.4 Regresjonsmodell for bruksrater per 100 innbyggere 80 år +: PLO samlet, institusjon og hjemmetjenester. Ustandardiserte (B) og standardiserte regresjonskoeffisienter (Beta), p-verdi (P) og forklart varians (Adjusted R²).

	Andel mottakere 80+ av PLO tjenester samlet			Andel mottakere 80+ institusjon			Andel mottakere 80+ hjemmetjenester		
	B	Beta	P	B	Beta	P	B	Beta	P
Frie inntekter 2009 kvartiler	1,59	,23	<0,001	1,73	,38	<0,001			
Landareal i kvartiler	1,57	,23	<0,001	,92	,20	<0,001	1,034	,194	,005
Storby (0-1)				4,86	,11	,02			
Kommunestørrelse (1-6)							-,618	-,141	,043
Andel 90+	3,26	,17	<0,001				2,966	,193	,001
Andel 80+ som bor alene	,18	,12	<0,001				,149	,130	,006
Andel 18 år eller yngre				-,34	-,16	,04			
Inntekt etter skatt, median (kr) 2008				,00	,24	<0,001			
Andel 80+ som mottar institusjonstjenester							-,351	-,296	<0,001
N=379	Adj. R ² =0,31			Adj. R ² =0,25			Adj. R ² =0,19		

I SAMMENHENG

Det er altså (fortsatt) betydelig variasjon i tilbudet av eldreomsorg mellom norske kommuner, men forskjellene er langt på vei et uttrykk for at behov og driftsmessige forutsetninger er forskjellige. Det er likevel primært kommunens økonomiske ressurser og handlingsrom som ytrer seg i nivået på de lokale tjenestene, der forskjellene alt i alt synes å være større enn idealene om likeverdige tilbud skulle tilsi. En stor del – kanskje brorparten – av årsakene til disse forskjellene ligger på sett og vis *utenfor* eldreomsorgen, i den forstand at de er produkter av inntektssystemet mer generelt, herunder distriktspolitiske hensyn og er resultater av statlig styring. Pleie- og omsorgstjenestene må i så måte vurderes i sammenheng også med andre hensyn, så som kompensering for fraflytting og tilgang til arbeidsplasser, ikke minst for kvinner. Kommunen er den største arbeidsgiveren i mange lokalmiljøer.

At tjenestene fordeles behovsnært, trenger ikke bety at de er tilstrekkelige. Tildelingen er kanskje særlig behovsnær nettopp når nivået er lavt og tilbudet utilstrekkelig, for da tvinges man til strenge tildelinger. I så fall kan det samlede tilbudet være i dårlig samsvar med behovene, mens fordelingen innenfor knappheten kan være behovsnær.

I Del III kommer vi tilbake til spørsmålet via individbaserte data fra spørreundersøkelser og kvalitative intervjuer, herunder hvordan ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten er. Familiens rolle dekkes ikke – eller bare svært indirekte – av den typen registerdata som vi foreløpig har konsentrert oss om. Skal vi et skritt videre – eller dypere – må vi spørre dem det gjelder.

VEDLEGG

I. Korrelasjonsmatrise for utfallsvariabler (utgifter og bruksrater) og potensielle forklaringsvariabler i 357 (listwise) kommuner

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Brutto driftsutgifter totalt for eldre per 1 innbygger 67 år+	1																						
Brutto driftsutgifter til hjemmetjenester for 2 eldre per innbygger 67 år	,408**	1																					
Brutto driftsutgifter til institusjoner for eldre per 3 innbygger 67 år+	,830**	-,171**	1																				
4 Andel 80+ som mottar hjemmetjenester	,180**	,382**	-,039	1																			
5 Andel 80+ som mottar institusjonstjenester	,545**	-,179**	,698**	-,111**	1																		
6 Andel 80+ som mottar PLO tjenester	,516**	,189**	,441**	,739**	,588**	1																	
7 Andel 80+ i boliger til PLO formål	,095	,298**	-,079	,359**	-,160**	,184**	1																
8 frie inntekter 2009 per innbygger (kvartiler)	,570**	,114**	,546**	,277**	,445**	,527**	,236**	1															
9 Bundne inntekter 2009 per innbygger	,535**	,142**	,491**	,184**	,263**	,328**	,140**	,469**	1														
10 kommunestørrelse (1-6)	-,488**	-,092	-,471**	-,275**	-,403**	-,497**	-,326**	-,807**	-,426**	1													
11 Storby (0-1)	,020	-,012	,029	-,065	,044	-,023	-,156**	-,103	-,056	,279**	1												
12 Landareal i km2 Pr. 10 000 innbyggere (kvartiler)	,523**	,081	,515**	,289**	,412**	,515**	,238**	,763**	,529**	-,707**	-,135**	1											
Andel legemeldt sykefravær av totalt antall kommunale årsverk i bruktrettet tjeneste 13 2009	,030	,009	,027	,053	,027	,061	,030	,028	-,064	-,013	-,039	,011	1										
Andel årsverk personell med relevant fagutdanning av total årsverk i PLO 14	-,069	-,066	-,034	-,036	-,008	-,035	-,005	-,121**	-,080	,080	-,015	-,051	,052	1									
Liggedag på sykehus pr1000_80 15	-,063	,095	-,126**	,025	-,112**	-,056	-,015	-,147**	-,121**	,228**	,116**	-,195**	,030	,010	1								
16 andel 80+	,452**	,171**	,383**	,248**	,303**	,408**	,135**	,746**	,356**	-,611**	-,135**	,632**	,021	-,049	-,131**	1							
17 andel 90+	,494**	,201**	,410**	,301**	,306**	,452**	,194**	,669**	,362**	-,569**	-,096**	,562**	-,012	-,064	-,082	,830**	1						
18 Andel 18 år eller yngre	-,159**	-,093	-,115	-,140**	-,219**	-,262**	,025	-,482**	-,169**	,303**	-,028	-,434**	-,126**	,061	,068	-,682**	-,455**	1					
19 Andel 80+ som bor alene	,037	,086	-,012	,170**	,030	,159**	,158**	,120**	,023	-,069	,051	,084	,094	-,020	,110**	,117**	,130**	-,261**	1				
Alders- og kjønnsstandardisert dødelighet. Gjennomsnitt for årene 2005-2009 per 100 20 000 innbyggere	-,155**	-,130**	-,088	-,079	-,042	-,092	,027	-,053	-,051	,072	,009	-,035	,204**	,021	-,032	-,190**	-,374**	-,242**	,294**	1			
Andel personer:ift hele befolkningen med høg 21 eller universitetsutdanning	-,250**	-,071	-,226**	-,204**	-,181**	-,289**	-,305**	-,494**	-,151**	,633**	,357**	-,460**	-,058	,005	,157**	-,440**	-,361**	,239**	-,074	-,113**	1		
22 Inntekt etter skatt, median (kr) 2008	-,198**	-,101	-,153**	-,206**	-,182**	-,291**	-,114**	-,519**	-,259**	,321**	-,049	-,511**	-,186**	-,048	,078	-,666**	-,438**	,812**	-,360**	-,314**	,309**	1	

*P<0,05; **P<0,01

DEL III: NÆRBILDER

Kapittel 6

Aldring, helse og hjelpebehov

Marijke Veenstra & Svein Olav Daatland

Hensikten med dette kapitlet er å beskrive hvordan helse og behov for hjelp i hverdagen varierer med alder og familierelasjoner, slik det lar seg belyse gjennom Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG), en kvantitativt orientert intervjuundersøkelse (Lappegård & Slagsvold, 2007). Vi ser ikke bare på informantens egen situasjon, men også hans og hennes nære andre (partnere, foreldre, barn): Hvordan endrer familiemønstrene seg med alderen? Hvor mange har foreldre i live på ulike alderstrinn, og hvor mange av disse har behov for hjelp? Hvor mange befinner seg «i klemme» mellom barn med et tilsynsbehov på den ene sida og eldre foreldre som trenger hjelp på den andre, og ved hvilken alder er det i så fall? Og til slutt – hvor mange er uten nær familie i eldre år?

SYNSVINKEL

I intervjuundersøkelser som LOGG må vi ta hensyn til de mangler og feilkilder som hører denne typen studier til. Det er for eksempel vanskelig å få et fullt ut representativt utvalg av informanter, fordi de mest hjelpe-trengende ofte ikke kan eller vil delta. Personer med en demenslidelse eller annen form for svikt i kommunikasjonsevnen vil f.eks. ikke være inkludert, i hvert fall vil bare få av dem være det. 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 fanges opp i nye runder av studien, fordi den er planlagt med nye intervjurunder hvert femte år, i neste omgang altså til 89 år, men frafallet er under alle omstendigheter stort blant de eldste (Bjørshol, Høstmark, & Lagerstrøm, 2010). Nok en begrensning er at vi bare har intervjuet hjemme-boende, ikke bosatte i sykehjem. Prevalenstall for helsesvikt og hjelpebehov

som refererer til den intervjuede selv, vil av disse grunner undervurdere den faktiske forekomsten i befolkningen. At vi her referer fra et stort og landsrepresentativt datasett er på den andre siden en styrke, men løser ikke problemet med selektivt frafall fra de skrøpeligste. Vi har derfor spurt informanten ikke bare om hans og hennes egen funksjonsevne og hjelpebehov, men også om helse og behov hos de 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 sykehjem. Ingen prosedyre er imidlertid uten lyter; i dette tilfellet får vi for eksempel ikke inkludert de barnløse blant de eldste.

Relasjoner: nære andre

De viktigste relasjonene er for de fleste den nære familien, og vi skal begrense oss til denne, nærmere bestemt til informanten, partneren, foreldrene og barna. Det er i praksis den nærmeste generasjonen (foreldre–barn) som er den vanligste kilden til hjelp ved siden av partneren (ektefellen). At besteforeldre og barnebarn, nevøer og nieser, venner og naboer kan være like viktige for enkelte, legger vi i denne sammenhengen mindre vekt på. Sosiale nettverk blir lett svært kompliserte når mange typer relasjoner trekkes inn; det blir mange og komplisert nok om vi holder oss til den nære familien. Det er også betydelig variasjon av familienettverk, familieressurser og familiebehov. Noen mennesker er medlemmer av store og mangfoldige «familietrær», andre kan være den siste som er igjen i en generasjonslinje – uten foreldre og barn, ja i noen tilfeller også uten søsken og partner. Familier er av mange slag, og er i ferd med å bli enda mer forskjellige etter som de tradisjonelle mønstre er utvidet i flere retninger. Økte skilsmisserater har ført til mangfoldige mønstre av dine, mine og våre barn, og homofile og lesbiske par med og uten barn bidrar ytterligere til denne variasjonen. Vi vet foreløpig nokså lite om hvordan disse mønstrene varierer over livsløpet; vi vet enda mindre om hva som ligger av ressurser og behov i slike nettverk, men denne undersøkelsen kan hjelpe et stykke på vei, for eksempel ved å kartlegge hvem og hvor mange som er uten (disse typer av) nære andre i høy alder, og hvor

mange som er plassert «i klemme» mellom mindreårige barn på den ene sida og eldre foreldre (med eller uten hjelpebehov) på den andre.

De fleste studier av helse og hjelpebehov begrenser seg til individnivået. Vi vet langt mindre om relasjonene. 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 en 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 informantenes behov, skal vi derfor studere hvordan de er lokalisert i familienettverk og hvilke behov og tilgang til hjelp som er knyttet til disse. Vi tar dermed på alvor at både behov og hjelp er relasjonelle størrelser, ikke rent individuelle egenskaper. Dette er et grep som gir tilgang til informasjon som – så langt vi kjenner – ikke har vært tilgjengelige før, i hvert fall ikke i Norge.

«Med alderen» eller «over livsløpet»

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 aldrings-effekter forutsetter at vi følger kohorter over tid. Våre tall og resultater viser til aldersgrupper på et bestemt tidspunkt og dermed til et antall personer og kohorter som er kommet ulikt langt i sine livsløp. Observerte forskjeller mellom aldersgruppene 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.

OM LOGG: UTVALG OG HELSEMÅL

Studien av livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) er en undersøkelse om hvordan livet arter seg i ulike faser. Den gir gode muligheter for analyser på tvers av områder, for eksempel sammenhenger mellom familierelasjoner, helse, arbeidsliv og livskvalitet. LOGG er en multinasjonal, tverrfaglig og

longitudinell studie og omfatter et nasjonalt representativt utvalg av personer i alderen 18–79 år. LOGG ble gjennomført i 2007–08 og inkluderer den andre runde av Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). Første runden av NorLAG ble gjennomført i 2002–03 blant personer i aldersspennet 40–79 år, og de eldste personer, som altså er over 80 år i 2007, inkluderes også i analysene til dette kapitlet. Samlet utvalg inkluderer dermed 15 140 personer i alderen 18–84 år, som gir en svarprosent på 60 prosent. Mer om studiene LOGG og NorLAG kan leses på nettsiden (norlag.nova.no).

Gjennom LOGG får vi som nevnt vurderinger av helse og behov slik den intervjuede selv ser det. Spørsmålene i spørreskjemaet 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 fem grader av behov slik det er vist i figur 6.1. Bosatte i institusjon regnes her som pleietrengende.



Figur 6.1. 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 *hjelpetrequende*, og som *pleietrequende* dersom det samme gjelder for personlige gjøremål (ADL).

Hjelpebehov er ikke definert ved helsesvikt alene, men ved om helse og boforhold med mere gjør det vanskelig å klare seg i hverdagen. Personer med alvorlig sykdom kan ha få begrensninger i hverdagen, mens andre – med langt mindre helseproblemer – kan ha behov for hjelp. Det som betyr noe i praksis er hvordan personen selv kjenner det; det er som regel det opplevde behovet som ligger til grunn for en etterspørsel etter hjelp utenfra. Vi ser ingen grunn til å tvile på informantens egen vurdering av helse, funksjonsevne og hjelpebehov. Hun og han er den nærmeste til å vurdere det for sin egen del, og er også den som burde kjenne best til foreldrenes, partnerens og barnas situasjon.

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 av

alvorlige helseproblemer i befolkningen, for jo dårligere helse man har, desto flere vil takke nei til å delta. Prevalenstillene vil nok være tilnærmet riktige for de som har små eller moderate helseproblemer.

Det har som nevnt 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 (Boks 2). For hver av disse er det et tilsvarende, men noe forenklet, sett av spørsmål som de som er vist i Boks 1; her er for eksempel bare to spørsmål om praktisk førlighet, ett om å ha behov for instrumentell 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. Prevalenstillene 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.

I tillegg beskriver vi forekomst av begrensede hukommelsesproblemer og demens blant foreldre 65 år og eldre. Svarene gir et innblikk i de mer kognitive sider av aldring, som kan være avgjørende for hvorvidt man er selvhjulpen eller ikke.

BOKS 2: SPØRSMÅL SOM BLE STILT FOR Å MÅLE FORELDRES, PARTNERES OG BARNES FUNKSJONSEVNE OG HJELPEBEHOV (Kilde: LOGG 2007–2008)

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).

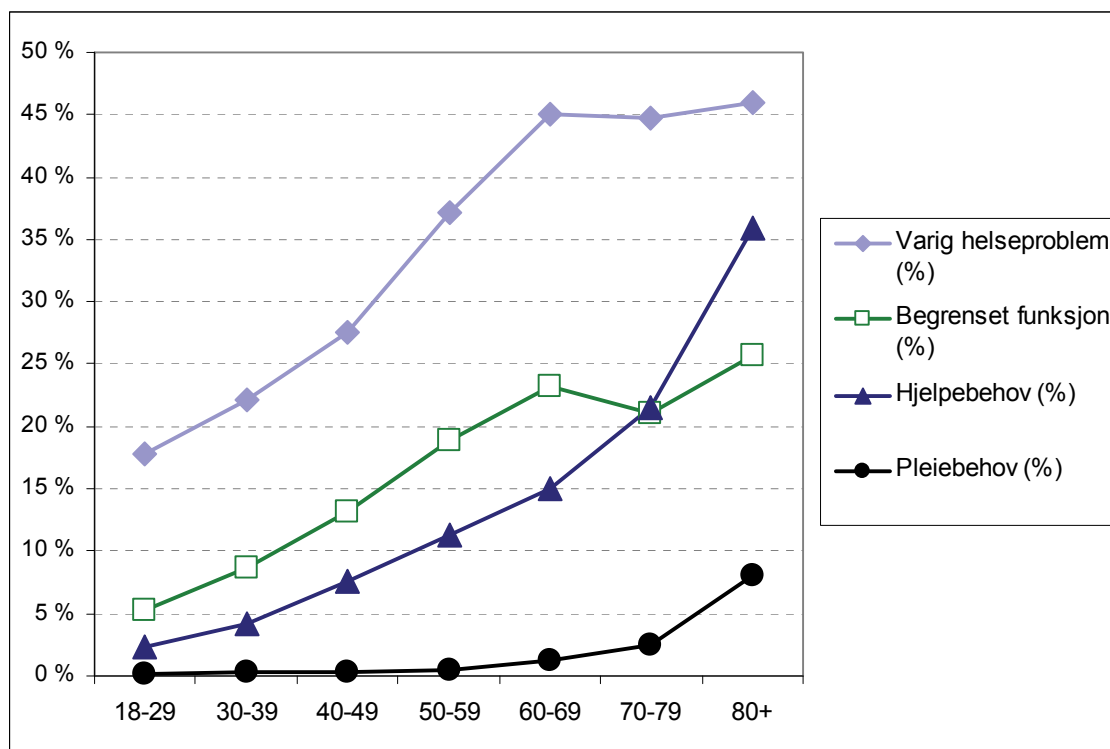
Hukommelsesproblemer og demens blant foreldre 65 år og eldre:

- (1) Hvis mor/far er begrenset og over 65 år: Har din far/mor problemer med hukommelsen? (Ja/Nei)
- (2) Har din mor/far så store problemer med hukommelsen at det går utover evnen til å klare daglige gjøremål? Med daglige gjøremål menes for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei; ja= begrensede hukommelsesproblemer).
- (3) Har mor/far vært hos lege for hukommelsesproblemer og ved du hva som er årsaken? (Ja, Nei)
- (4) Skyldes det demens, hjerneslag eller annet?

HELSE OG HJELPEBEHOV¹

De intervjuede (informantene)

Vi starter med en oversikt over hvordan funksjonsevne og hjelpebehov varierer med alderen for de intervjuede selv. Figur 6.2 viser hvordan prevalensen for de ulike nivåer av behov øker med alderen: Det er bare få som 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 slikt problem. Når nivået deretter flater ut, har det sannsynligvis sammenheng med det selektive frafallet. I realiteten øker nok prevalensen også etter denne alderen.



Figur 6.2. Varige helseproblemer og hjelpebehov etter alder (kvinner og menn samlet). Kilde: LOGG 2007–2008.

Noe over halvparten av de intervjuede med *varige helseproblemer* hadde også en *begrenset funksjon* i dagliglivet, de øvrige hadde det ikke (figur 6.2). 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

¹ Deler av materialet er tidligere publisert i: Daatland, Veenstra, & Lima, 2009; Veenstra, Lima, & Daatland, 2009.

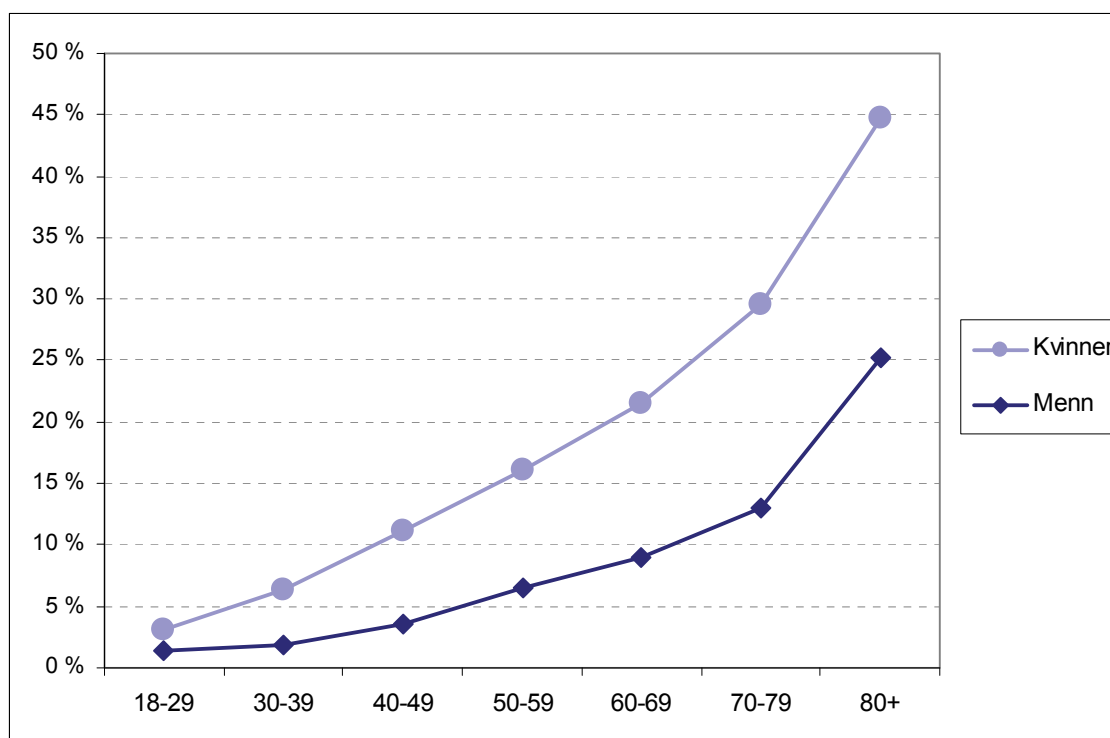
helseproblemer, som like fullt kan gjøre dem hjelpetrengende, for eksempel om man har bevegelsesproblemer og bor i en leilighet med tunge trapper inne eller ute. Hvorvidt nedsatt funksjonsevne som følge av sykdom eller skade skal resultere i et behov for hjelp, er også avhengig av andre faktorer så som 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 6.2 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).

Slik vi her måler det å være *hjelpetrengende* (se Boks 1), 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 små tall for *pleietrengende*: to–tre prosent i alderen 70–79 år og åtte–ti prosent tidlig i 80-årene (figur 6.2). Behovet for pleie melder seg oftest i enda høyere alder, men de lave prevalenstallene har også sammenheng med det selektive frafallet og at bosatte i aldersinstitusjon ikke er intervjuet. Vår tall for *hjelpebehov* er omtrent de samme som i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse (Otnes, 2011), våre tall for *pleiebehov* er noe lavere enn i Levekårsundersøkelsen, men her er nok 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.

Sosiale helseforskjeller

Det er velkjent at helsa varierer med kjønn og sosial klasse, og herunder utdanning (Elstad, 2008; Otnes, 2011). 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 6.3).

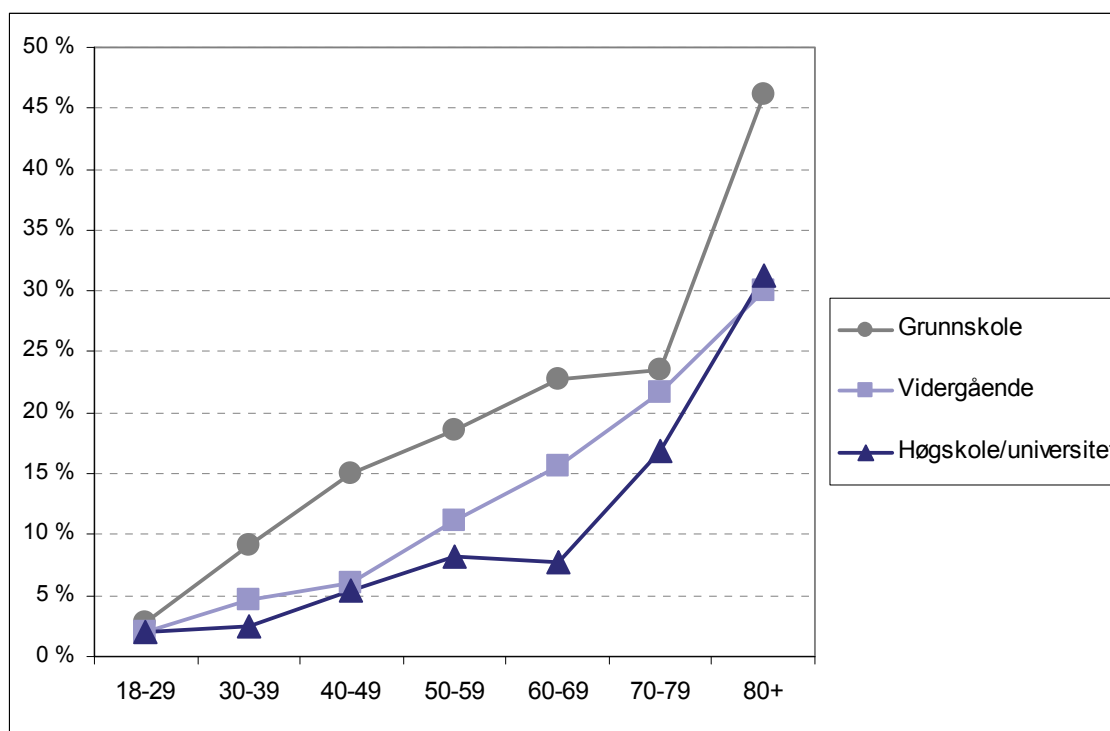


Figur 6.3. Hjelpebehov etter alder og kjønn. Kilde: LOGG 2007–2008.

At kvinner har flere helseproblemer enn menn, men samtidig lever lengre, viser 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. Det store flertallet av de med hjelpebehov har rapportert at de har behov for hjelp til tyngre husarbeid. Siden kvinner oftere står for husarbeidet kan det være at de er de første som legger merke til hjelpebehovet, noe som viser seg i høyere hjelpebehov blant kvinner enn menn som ofte får hjelp fra sine (yngre) ektefeller, og er da mindre tilbøyelige til å registrere dette som et hjelpebehov. Tidligere forskning har også vist at det er betydelige geografiske forskjeller i dødelighet og subjektiv helse (Elstad, 2008; Folkehelseinstituttet, 2007, 2010). Også LOGG-data indikerer at egenvurdert helse er noe bedre i byen enn på landet, men her finner vi ingen betydelige geografiske forskjeller i opplevelsen av hjelpebehov.

Det er også betydelig sosial ulikhet i helse slik det i figur 6.4 er illustrert med forskjeller i *hjelpebehov* etter utdanningsnivå. Langt flere personer med bare grunnskole rapporterer om hjelpebehov enn tilfellet er for jevngamle

med videregående og høyere utdanning. Føråringene med grunnskole har et hjelpebehov som tilsvarer høyt utdannede 70-åringene.

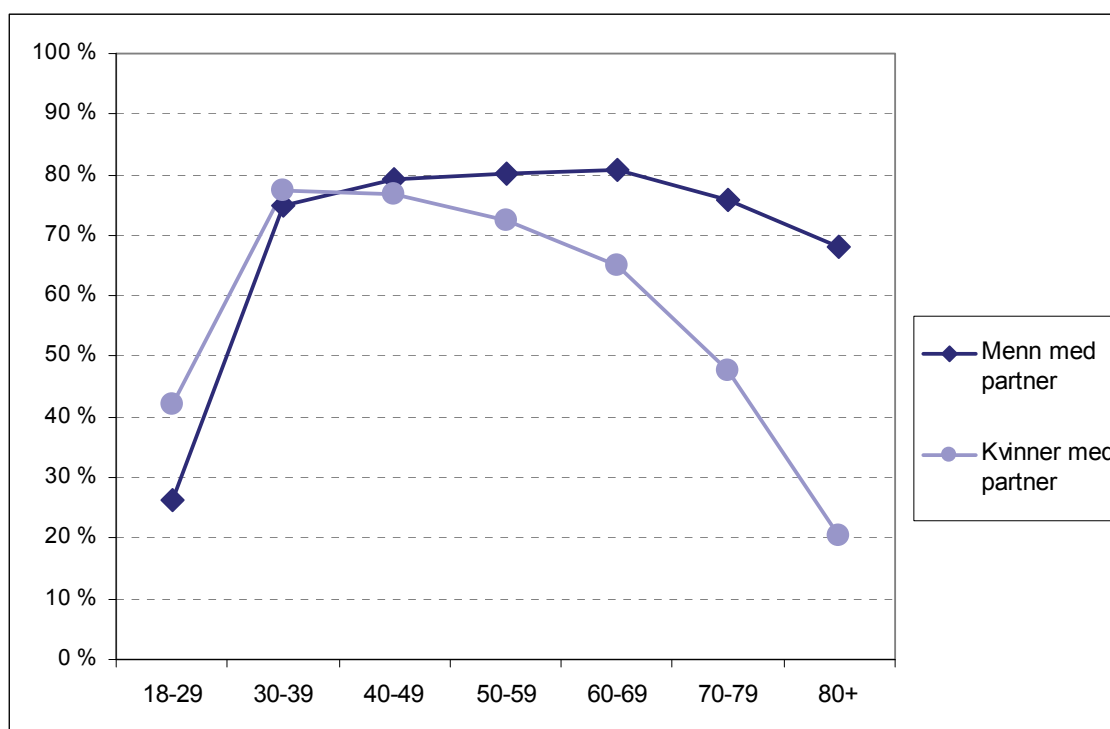


Figur 6.4. Hjelpebehov etter alder og utdanning. Kilde: LOGG 2007-2008.

Forskningen på dette området antyder nesten samstemmig at sosiale helseforskjeller er størst midt i livet (mellom 45 og 65 år). Den økende ulikheten fra ung voksen alder til midtlivet kan på den ene siden tyde på en gradvis oppsamling av ugunstige (eller gunstige) eksponeringer (Dannefer, 2003; Ross & Wu, 1996) gjennom livet så langt (Beckett, 2000; Folkehelseinstituttet, 2007; S. M. Lynch, 2003; Ross & Wu, 1996; Veenstra, et al., 2009). På den andre siden kan observerte forskjeller i tverrsnittstudier ha sammenheng med kohortforskjeller i utdanning. Utdanningens betydning for helse har økt de siste tiårene. Konsekvensen er at sosiale helseforskjeller blir større for yngre kohorter. Betydningen av utdanning har økt spesielt blant yngre kvinner, som kan gi utslag i større sosiale helseforskjeller blant kvinner enn menn. I tillegg vil naturlige aldringsprosesser og utsatt sykkelighet blant de friskeste kunne gi utslag i mindre sosiale helseforskjeller blant de eldste. Selektivt frafall blant de sykeste og frafall på grunn av dødsfall er andre faktorer som kan resultere i mindre sosiale helseforskjeller blant de eldste.

Partnerens helse

Ektefellen eller samboeren er for mange den viktigste andre; den man deler både gode og onde dager med, og som vanligvis er den nærmeste til å oppdage om den andre trenger hjelp. Figur 6.5 viser hvor mange som har en partner på ulike alderstrinn. Kvinner gifter seg, eller flytter sammen, tidligere i livet enn menn, men de blir også enslige tidligere. 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. Kvinners og menns alderdom er i så måte svært forskjellig.

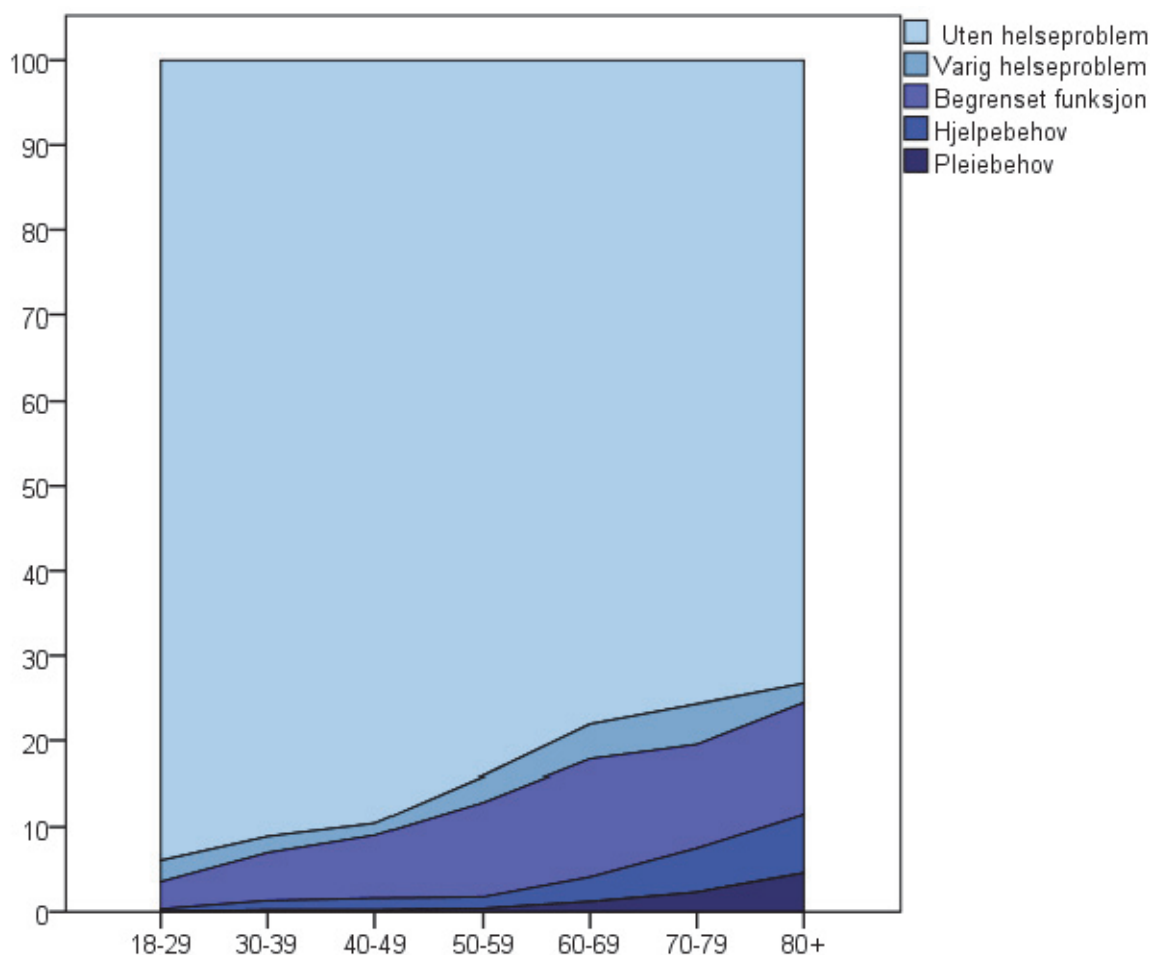


Figur 6.5 Prosentandel med partner etter kjønn og alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

Å dømme etter intervjuet er det forholdsvis få som har partnere med varige helseproblemer, enn si et hjelpe- eller pleiebehov. 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* (Figur 6.6). Man skulle trodd at relativt flere kvinner enn menn hadde partnere med helseproblemer etter som kvinners partnere ofte er eldre enn dem selv, men det synes ikke slik av svarene.

Informantene ser ut til å vurdere sine egne og partnerens behov nokså forskjellig etter som prevalensen av helseproblemer er klart høyere for informanten selv enn for partneren. 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 partner har det. Tilsvarende gjelder for å ha et *hjelpebehov*, der 15–20 prosent av de intervjuede (som har partner) sier at de selv har et hjelpebehov, mens bare 5–8 prosent mener at partneren har det.



Figur 6.6. Prosentandel med partner som har helseproblemer og hjelpebehov, etter respondents alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

Svarene kan være preget av at folk flest er seg selv nærmest, men forklaringen til 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). Partnerens helse og eventuelle hjelpebehov ble registrert ved først å identifisere om noen i husholdet hadde helseproblemer, og dernest om vedkommende (for eksempel partneren) hadde behov for hjelp (se Boks 2). Denne mer indirekte prosedyren har nok fanget opp relativt færre partnere med hjelpebehov enn den mer direkte prosedyren for informantene selv.

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

Barnas helse

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 annet til side dersom barna blir 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). Blir man enslig på sine eldre dager, er barna oftest de aller nærmeste – *om* man har barn. Man er barn og foreldre hele livet igjennom, men behov, ressurser og roller skifter over livsløpet.

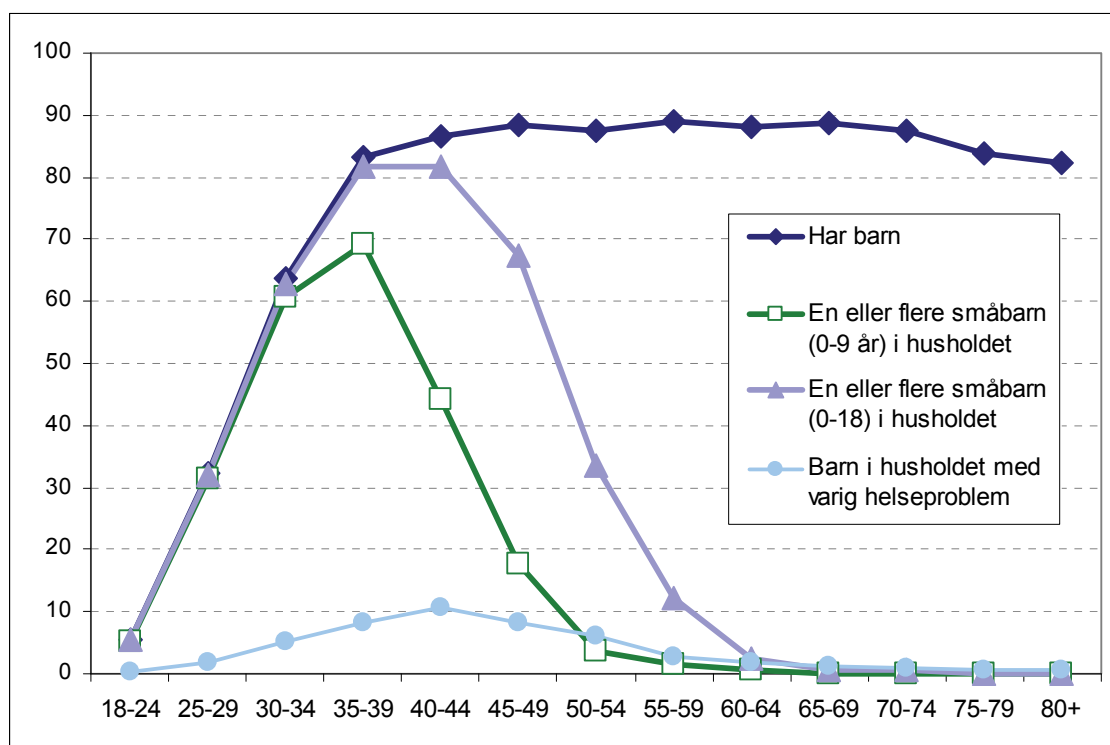
Familielivet er ikke alltid noen idyll; det kan tvert imot være bitter konflikt i noen familier og i noen faser av livet. I enkelte familier skjer det brudd som en aldri kommer over. Relasjonen trenger ikke være død av den grunn; den kan leve videre som et åpent sår og berøre en like sterkt, ja noen ganger sterkere, enn den gode relasjonen gjør. Vi skal imidlertid ikke gå inn i de mørkere sidene av familien her, men holde oss til de ytre rammene; hvor mange som har barn og hvordan barnas helse og tilsynsbehov er.

Vi kan først konstatere at det store flertallet har barn (figur 6.7). 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. 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, fordi 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 fordi tidene var dårlige da de var unge; det var dårlig med penger eller husrom, eller begge deler for noen. Blant yngre kohorter har de aller fleste fått i det minste ett barn, men ofte bare ett eller to. Slik sett har barna blitt jevnere fordelt enn før, da relativt flere var barnløse, men også flere hadde mange barn.

For å måle forekomsten av helseproblemer og hjelpebehov hos barna har vi fulgt samme prosedyre som for partnere (se Boks 2). 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. Deretter 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 inkluderes mindreårige barn, her definert som barn under ti år, som regnes som å ha et tilsynsbehov selv om de ikke har svekket helse.

I figur 6.7 beskriver vi forekomsten (prevalensen) for hvert av disse kriteriene, 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.



Figur 6.7. Prosentandel med barn i alt, med hjemmeboende barn, med mindreårige barn og med hjemmeboende barn med varig helseproblem etter alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

Figur 6.7 viser 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 de fleste barna forlatt barndomshjemmet. Figuren illustrerer ellers at det er lite vanlig for foreldre å bo sammen med voksne 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). Forklaringen kan være at de eldste hører til kohorter der det var noe vanligere å bo sammen på tvers av generasjonene, eller at noen kan ha flyttet sammen med barna etter at de ble gamle og trengte hjelp eller selskap.

Det er forholdsvis få som har barn med et varig helseproblem. Andelen er høyest blant foreldre i alderen 40–49 år; da dreier det seg 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. Men 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.

Inkluderer vi tilsynsbehov overfor mindreårige barn, ser vi at det store flertallet av foreldrene i 30-årene har et tilsynsansvar for mindreårige 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 familie på. En mindre del kan også ha foreldre med særlige behov, men i denne fasen av livet er det vanligere å ha friske foreldre som er til hjelp snarere enn til belastning, for eksempel ved å passe barnebarna.

Foreldres helse

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. 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 (figur 6.8). 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 hjelpetrequende eldre også være forholdsvis gamle, gjerne 50–60 år, i noen tilfeller enda eldre.

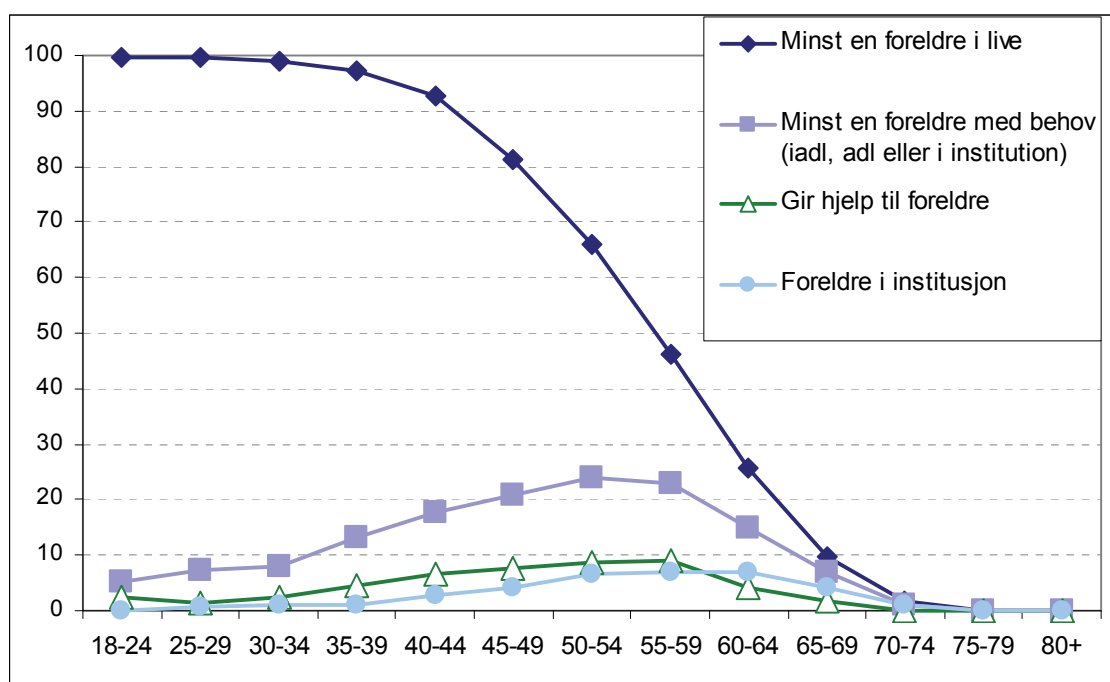
Prosedyren for å kartlegge behov for hjelp blant eldre foreldre følger samme logikk som for andre familiemedlemmer (se Boks 2). Vi starter med et spørsmål om mor (og far) er begrenset i sine daglige gjøremål på grunn av dårlig helse, psykiske problemer eller nedsatt funksjonsevne. De som bekrefter dette 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). 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 heldøgns bemanning (tilsyn på natta ved behov)
3. Servicebolig, trygdebolig, andre aldersboliger (uten heldøgns bemanning)
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 noe flytende grenser mellom sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns bemanning, men sykehjemmene vil i gjennomsnitt ha et noe tyngre klientell. Omsorgsboligene har normalt bedre bostandard og er regulert som en selvstendig boform. 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 utgjør bare 1–2 prosent av hjemmeboende foreldre i vårt utvalg.

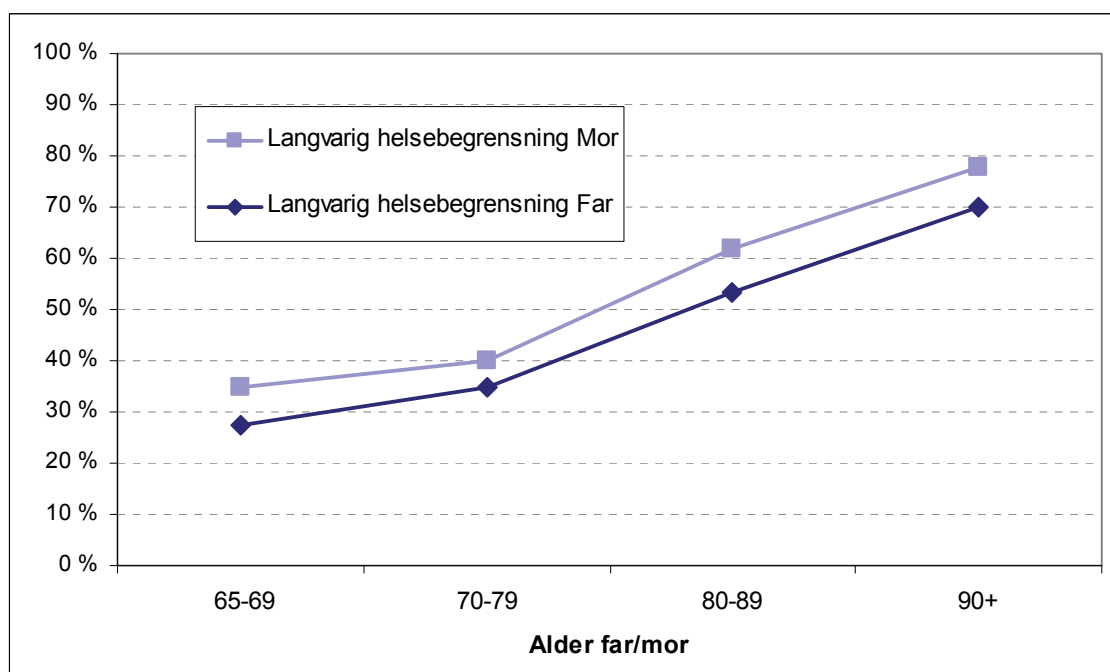
Andelen med hjelpetrengende foreldre er særlig stor blant dem som er midt i 50-årene (Figur 6.8). Da dreier det seg om ca. 24 prosent av hvert årskull. Av de ca. 15 prosent på 55 år som har pleietrengende foreldre, er ca. 60 prosent av foreldrene i institusjon, mens 40 prosent fortsatt bor hjemme.



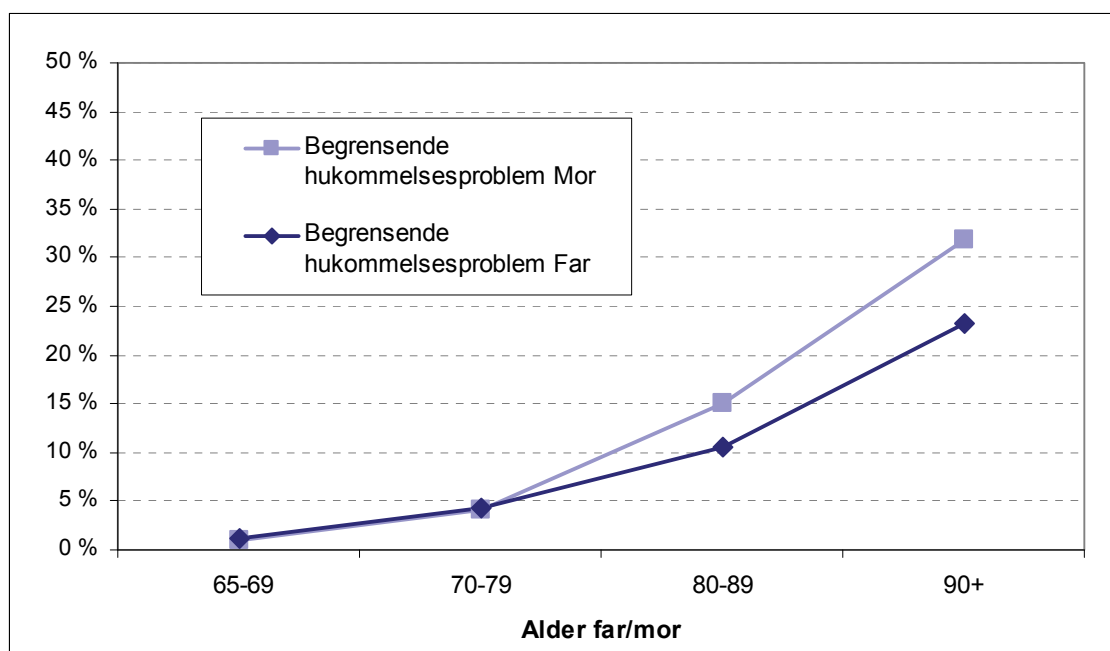
Figur 6.8. Prosentandel med foreldre i alt, med foreldre med behov, som gir hjelp til foreldre og foreldre på institusjon, etter informantens alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

Nær ti prosent har foreldre med et pleiebehov når de selv er midt i 60-årene, og ca. 75 prosent av disse foreldrene (med et pleiebehov) har flyttet i institusjon, dvs i sykehjem eller i omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Flertallet av pleietrengende eldre mottar altså omsorg i sykehjem eller omsorgsbolig, bare mindretallet får pleie «hjemme» (i ordinære boliger), slik det her måles. Dette gjelder vel å merke eldre som har barn. Pleietrengende som er barnløse vil nok i enda større grad være under institusjonsomsorg.

Figur 6.9 og 6.10 viser forekomsten av henholdsvis helsebegrensninger og hukommelsesproblemer som virker begrensende i dagliglivet blant foreldre over 65 år. Alt i alt har 47 prosent av mødre og 38 prosent av fedre langvarige helsebegrensninger. Andelen stiger særlig i åttiårsalderen. Seks prosent angir at far, og åtte prosent angir at mor, har et begrensende hukommelsesproblem, i cirka halvparten av tilfellene (for både fedre og mødre) på grunn av demens eller Alzheimer (etter legens vurdering). Det er særlig når foreldre er i nitti-årene at slike diagnoser blir mer vanlige. Mønstrene er tilnærmet like for menn og kvinner, selv om kvinner ligger noe høyere enn menn.



Figur 6.9. Prosentandel med foreldre 65 år + og eldre som har helsebegrensninger, etter foreldrenes alder. Kilde: LOGG 2007–2008.



Figur 6.10. Prosentandel med foreldre 65 år og eldre som har begrensede hukommelsesproblemer, etter foreldrenes alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

I KLEMME MELLOM FAMILIE OG ARBEID?²

Hvor vanlig er det å være i klemme mellom familie og arbeid eller mellom generasjoner innad i familien? Ved hvilken alder er risikoen for den ene eller andre typen klemme stor? Er det (u)vanlig – og vanskelig – å kombinere arbeid og omsorg?

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 mellom 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.

² Deler av materialet er tidligere publisert i Daatland, Veenstra, & Lima, 2010

Kartleggingen av disse typer av rollekonflikter tyder på 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 som regel 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.

Det er altså få som er «i midten» i Brodys forstand, men det er mange som må balansere familie og arbeid, især i et land som Norge, der yrkesraten blant kvinner er høy. Det har etter hvert blitt innført ulike typer av sosialpolitiske, familiepolitiske og arbeidspolitiske ordninger med sikte på å legge til rette for å kombinere familieforpliktelser og arbeid, men foreløpig mer med sikte på omsorg for barn enn for eldre foreldre. Det store flertallet av norske foreldre – mødre så vel som fedre – er i dag samtidig yrkesaktive når de har barn på ett år og eldre (etter at perioden med foreldrepermisjon er over). Så også for voksne barn med omsorg for eldre foreldre – flertallet er samtidig yrkesaktive, men forholdsvis mange kvinner kombinerer omsorg med et deltidsarbeid, dette er mindre vanlig blant menn (Fevang, Kverndokk, & Røed, 2009; H. Gautun, 2008a, 2008b; Lingsom, 1985). Det synes enklere å kombinere fullt arbeid med omsorg for eldre foreldre, for Lingsom (1985, 1991) finner at det er like vanlig (eller uvanlig) å hjelpe eldre foreldre blant yrkesaktive som blant ikke yrkesaktive barn.

At det er vanlig å sjonglere samtidige arbeids- og familieforpliktelser i deler av livsløpet trenger ikke bety at det er lett. Hvorvidt samtidige familie- og yrkesforpliktelser er en kilde til konflikt eller avveksling, er det ulike syn på i litteraturen. De positive sider blir framhevet i *rolleakkumulerings-teorien*, der de to typer av roller antas å stimulere hverandre; det blir på sett og vis lettere å mestre omsorgen ved å ha vennskap, adspredelse og inntekter fra en jobb. Dette perspektivet blir gjerne framhevet innenfor kvinneforskningen, der en er opptatt av å forsvare kvinners posisjon i arbeidslivet. *Rollekonflikt-hypotesen* står sterkere i omsorgsforskningen (Daatland, et al., 2010). Her er det stresset ved å håndtere konflikterende krav som framheves, især byrden ved å yte omsorgen i tillegg til jobben.

Vi vet i realiteten nokså lite om hvor langvarige slike rollekonflikter er og hvor tungt det kjennes. De fleste av studiene på området er anekdotiske,

med eksempler på kvinner (i noen tilfeller menn) som er i klemme, og kan vanskelig generaliseres. Andre studier bygger på større utvalg, men kan være mangelfulle på andre måter, for eksempel ved at de bare tar for seg enkeltstående relasjoner – som foreldre, som barn, som yrkesaktiv – men sjelden hvordan relasjonene henger sammen og hvordan flere roller 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 prevalenstill (Evandrou, Glaser, & Henz, 2002; Grundy & Henretta, 2006; Spitze, Logan, Joseph, & Lee, 1994).

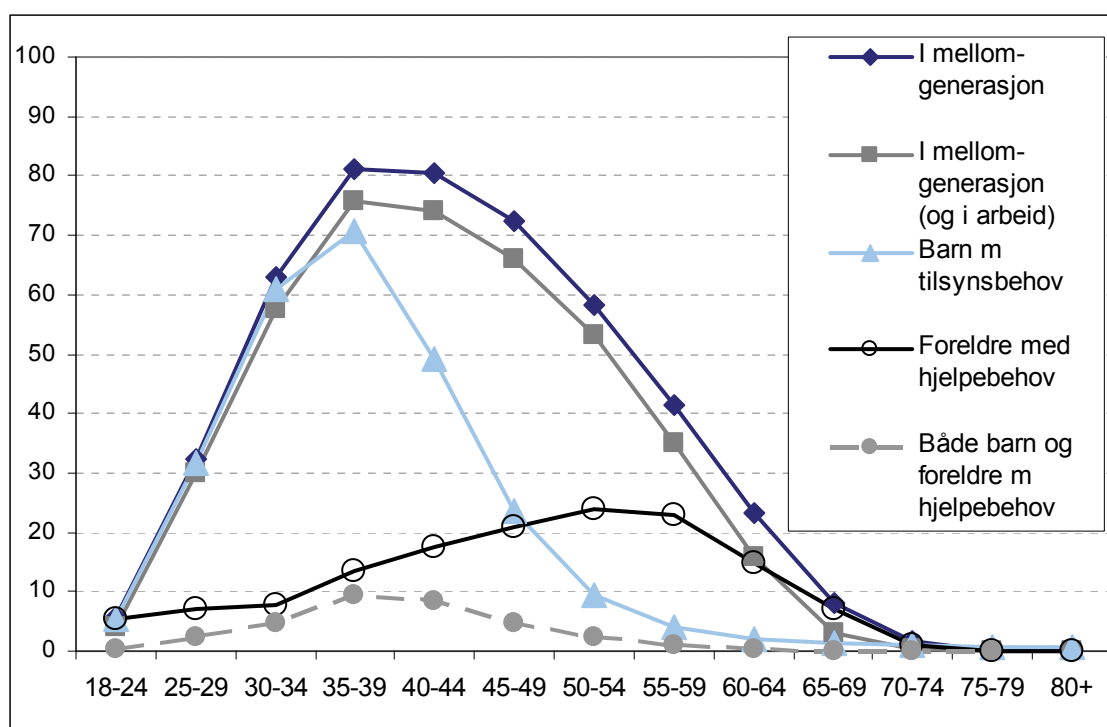
En nyere norsk studie har tatt for seg hvor vanlig det er for personer i alderen 45–66 år å komme i klemme mellom jobb og omsorgsforpliktelser overfor gamle foreldre og hvordan dette oppleves (H. Gautun, 2008a, 2008b). Utvalget omfattet den halvdel av befolkningen som fortsatt hadde foreldre i live i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

En tysk studie kartlegger forekomsten av ulike typer og grader av rolleklemme (Künemund, 2006). Her veksler man mellom en bred definisjon som inkluderer alle som er lokalisert mellom generasjoner, det vil si de har både barn og foreldre i live, til en smalere og strengere definisjon, der en yter (regelmessig) hjelp til både barn og foreldre 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, dvs at de har både foreldre og barn i live. Andelen i en mellomgenerasjon avtar deretter fordi foreldre dør og man rykker opp som eldste generasjon selv. Men bare få (3–10 prosent for ulike grupper av kjønn og alder) er i følge denne studien i 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 egen studie gir muligheter for å gjøre tilsvarende analyser for norske forhold. Hvor mange er lokalisert i en mellomgenerasjon i ulike faser av livet, og hvor mange av dem kan sies å være «i klemme» betydningen at de har

samtidige rolleforventninger som kan stå i konflikt med hverandre, som i konkret forstand vil si at de samtidig er i lønnet arbeid (definert som det å ha arbeid som sin hovedbeskjeftigelse) og har 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 (jf. tidligere). Friske og førlige foreldre og de noe eldre barna er oftere til hjelp enn til byrde og regnes ikke som en forpliktelse i omsorgsmessig forstand.

Vi forutsetter ikke at man gir 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, for har man barn som trenger tilsyn, blir foreldre gjerne både berørt og bekymret, og tilsvarende – har man eldre foreldre med et hjelpebehov, har de fleste barn i det minste en bekymring for foreldrene, uansett om det er dem selv, deres søsken eller omsorgstjenestene som står for den regelmessige hjelpen. Prevalenstillene for å være «i klemme» blir dermed noe høyere enn de ville vært med en smalere definisjon, der vi også forutsatte at man ga regelmessig hjelp til foreldrene, slik tilfellet var i den tyske studien. Hvordan prevalensen av de ulike roller og rollekombinasjoner er over livsløpet er illustrert i figur 6.11.



Figur 6.11. Prosentandel «i klemme» mellom barn, foreldre og arbeid etter alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

Figuren tar utgangspunkt i de som har både barn og foreldre i live og i denne forstand er «i mellom». Det store flertallet av befolkningen i alderen 30–50 år (ca. 75 prosent) er lokalisert i en slik mellomgenerasjon. De fleste av dem (80–90 prosent) er samtidig yrkesaktive; det er først i alderen 60–69 år at andelen yrkesaktive har falt til ca. 50 prosent (av denne mellomgenerasjonen). I 50-årene avtar andelen som befinner seg i en mellomgenerasjon fordi foreldrene dør og man selv rykker opp som eldste generasjon.

Figuren viser også at flertallet av befolkningen har mindreårige barn når de er i 30-årene, men det er få som da også har foreldre med et hjelpebehov. Tvert imot er de fleste foreldre på dette tidspunktet både friske og førlige og ofte til hjelp for sine barn. De fleste småbarnsforeldre er på dette punkt i livet yrkesaktive. Dagene er nok travle for disse småbarnsfamiliene, men mellom 80 og 90 prosent av dem er samtidig i arbeid, som er omtrent samme yrkesrate som blant deres jevngamle som *ikke* har mindreårige barn. En del småbarnsmødre «balanserer» kravene ved å arbeide deltid. Det er ikke tilfellet for småbarnsfedre, som tvert imot er tilbøyelige til å arbeide *mer* enn andre jevngamle menn, kanskje for å kompensere for lavere inntekter blant sine partnere.

I 40-årsalderen øker andelen som har foreldre med et hjelpebehov til en topp midt i 50-årene. I denne alderen har 20–25 prosent foreldre med et hjelpebehov, de øvrige har foreldre som klarer seg selv, eller de har mistet sine foreldre. Andelen som har foreldre med et hjelpebehov faller til ca. 10 prosent for befolkningen i alderen 60–69 år, men da har til gjengjeld det store 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 altså i den forstand ut til å kunne kombinere arbeid med å ha foreldre med et hjelpebehov, slik også Lingsom (1985) fant på 1980-tallet. Det sier seg selv at den som måtte være den hovedansvarlige for en pleietrengende forelder som bor hjemme, vanskelig kan kombinere et så omfattende ansvar med tilnærmet full jobb; i så fall måtte man ha betydelig hjelp utenfra. Men det er altså forholdsvis få i en slik situasjon, i det minste over lengre tid. De fleste gamle foreldre med betydelige hjelpebehov har oftest hjelp både fra offentlige tjenester og familien, og de mest hjelpetrengende vil før eller seinere flytte i institusjon. Før man kommer dit, kan det være en vanskelig periode, slik vi skal illustrere i større detalj i kapittel 8.

Ser vi på den «doble klemme», der man har et omsorgsansvar for mindreårige barn og for eldre foreldre samtidig, blir andelen naturlig nok enda lavere. På det meste dreier det seg da om 6–9 prosent av befolkningen i 40-årene, og 1–2 prosent av 50-åringene (figur 6.11). De små prosenttallene bør imidlertid ikke skygge for at det dreier seg om et betydelig antall personer som på ulike måter er «i klemme». De tre prosent i alderen 35–45 år som gir regelmessig hjelp til eldre foreldre samtidig som de har mindreårige eller syke barn og er yrkesaktive, utgjør hele 20 000 personer. Tar vi med aldersgruppen 45–55 år, kan vi legge til mellom 10 000 og 15 000 – alt i alt 30 000–45 000 personer, men de utgjør altså «bare» to prosent av befolkningen i denne aldersgruppa.

En multivariat analyse viser at mødre med mindreårige eller syke barn har noe lavere yrkesrater enn jevngamle kvinner, og en noe høyere andel på deltid. De ser dermed ut til å tilpasse seg ved å gå i deltid, eventuelt ved å slutte å arbeide for en tid. Dette er som nevnt ikke tilfelle for menn. Småbarnsfedre jobber snarere mer enn andre menn. Det synes å være lettere å kombinere omsorg for eldre foreldre med arbeid, fordi de som hjelper foreldre regelmessig har like høye yrkesrater som de som ikke gjør det. Hjelpende kvinner (døtre) er imidlertid noe oftere på deltid enn jevngamle kvinner som ikke hjelper foreldre regelmessig. Dette bekrefter mønstre som tidligere er rapportert av bl.a. Lingsom (1985, 1991) og Gautun (2008), og er vel også uttrykk for at det nok er mange voksne barn som hjelper sine eldre foreldre, men få som har et langvarig pleieansvar for dem.

Nærmere analyser viser at personer som gir regelmessig hjelp til eldre foreldre skårer noe lavere på subjektiv livskvalitet enn andre, men sammenhengen er ganske svak, og det er uvisst om det er bekymringen for foreldrene eller den opplevde byrden som slår ut. Andre faktorer ser ut til å bety mer for subjektiv velvære, så som alder, helse og yrkesstatus. Yrkesaktive skårer gjennomgående høyere på livskvalitet enn ikke yrkesaktive, også etter kontroll for forskjeller i helse, noe som taler for at jobben – eller kanskje arbeidskameratene – er viktig for trivsel og velvære også for omsorgsytere. Det kan nok være vanskelig å få tida til å strekke til, men den gode løsningen ser for de fleste ut til å ligge i ordninger som gjør det mulig for dem å beholde jobben.

UTEN FAMILIE

La oss til slutt gå til kontrasten hva familierelasjoner angår, til de som snarere har for få enn for mange familieforpliktelser, og som har tilsvarende få familieressurser. Noen står aleine igjen i sin familielinje i eldre år og har verken barn eller foreldre, kanskje heller ikke søsken eller partner. Hvor (u)vanlig er dette?

Andelen som verken har foreldre eller barn, og som dermed er alene i sin generasjonslinje, øker 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 dem er også uten partner. Det er dermed 9–14 prosent i alderen 70–84 år som verken har barn, foreldre eller en partner (i live), og som i så måte er i en særlig sårbar posisjon med liten eller ingen sikkerhet i sin familie.

Det er noe flere kvinner enn menn blant dem, og disse «familiefattige» bor oftere i byen enn på landet. Enslige kvinner flyttet gjerne til byen i yngre år for å søke utdanning og jobb; relativt flere enslige menn ble boende på hjemstedet. Mens høyere utdanning er relatert til større «familiefattighet» blant eldre kvinner, er det motsatt for menn. Tilnærmet 40 prosent har et eller annet hjelpebehov (IADL), mot 23 prosent blant dem med et familienettverk. Fjernere slekt går i noen tilfeller inn i barnas sted (Romøren, 2001). Alt dette illustrerer at familier er av mange slag, at noen har store familieressurser, andre har små eller ingen. De har liten nytte av en politikk som skal styrke familieomsorgen. Organiseringen av omsorgen må fange opp denne variasjonen; at noen har store, solide familier, mens andre ikke har det.

Kapittel 7

Generasjoner, hjelp og hjelpere

Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra

I dette kapitlet 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?¹ 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 vurdering av den hjelpen som hun (han) måtte motta og av den hjelpen som blir nære andre til del, dvs. hvilken hjelp foreldre, partnere og barn måtte ha.

PROSEDYRER, MÅL OG METODER

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 informanten selv, om partneren, foreldrene eller 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 både av 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. 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

¹ Deler av materialet er tidligere publisert i Daatland, Veenstra, & Lima, 2009.

den hjelp som under alle omstendigheter flyter mellom husholdsmedlemmer. For hjelp til foreldre, partnere eller barn gjelder ikke denne begrensningen. Her er inkludert både hjelp utenfra og innenfra husholdet.

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. Velferdsstaten er her representert ved (velferds)kommunen, som er den ansvarlige for pleie- og omsorgstjenestene. Staten holder seg i bakgrunnen, og styrer via lovgivning og økonomiske overføringer (se også kapittel 4 og 5).

Noen kan ha hjelp fra andre kilder så som naboer, venner og frivillige. Tjenester blir i noen tilfeller drevet av private aktører – frivillige organisasjoner eller omsorgsfirmaer – men private tjenesteytere driver i all hovedsak på oppdrag fra kommunen og dermed på offentlige midler og er en integrert del av kommunenes 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; Sundström, et al., 2011). Det er den praktiske 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 jevnlig 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 nødvendig hjelp fordi behovene tilsier det.

Vi starter med å ta for oss behov og hjelp blant de intervjuede selv. Vi minner igjen om at de er et selektivt utvalg hva førlighet angår, fordi det normalt er størst frafall blant personer med dårlig helse. Denne begrensningen berører ikke informasjonen om foreldrene, som er representert langs hele helseaksen, inklusive de som måtte ha flyttet i institusjon, og som altså «deltar» via opplysninger fra deres (intervjuede) barn. Fordi vi får

opplysningene fra barna, vil imidlertid ikke barnløse eldre være representert. Dette berører den observerte fordelingen av hjelp mellom familien og velferdsstaten, for barnløse vil normalt være mer avhengig av hjelp fra velferdsstaten.

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 eldre foreldre, fordi dette er den største gruppa, og den gruppa som i størst grad er et delt ansvar mellom familien og velferdsstaten. Små barn er først og fremst foreldrenes ansvar, mens partnere stort sett tar ansvar for hverandre, som vi skal se.

De 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 1). Dersom 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. 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 1: 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:

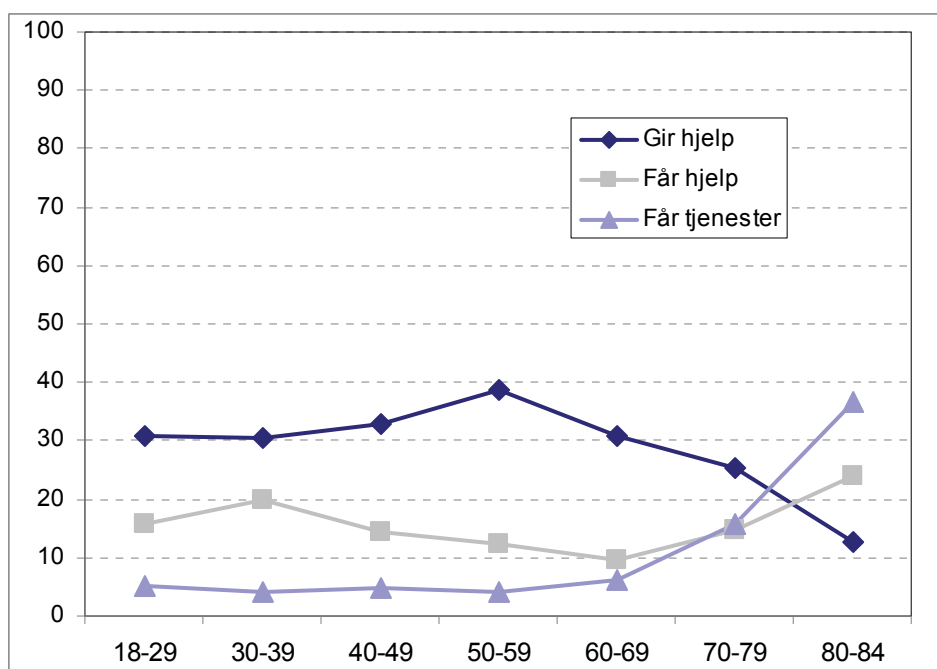
- (1) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til daglige gjøremål, for eksempel husarbeid, handling eller transport (ja/nei) (For barn under 18 år spørres om behov for «ekstra hjelp», for andre bare om behov for «hjelp»).
- (2) Har (navn) behov for (ekstra) hjelp til personlig pleie? (ja/nei).
- (3) (Dersom 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).

HJELP FRA HVEM?

Figur 7.1 viser hvor mange som får hjelp etter alder. Her er også lagt inn fordelingen av hvor mange som *gir* 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 enda høyere.



Figur 7.1. Prosentandel med jevnlig praktisk hjelp fra/til personer utenfor husholdet, og prosentandel som mottar hjemmetjenester (av personer med begrenset funksjon) etter alder. Kilde: LOGG 2007–2008.

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 hjelp enn får hjelp, har det muligens også sammenheng med at folk flest heller ser seg som givere enn som mottakere. Det kan med andre ord også ligge en del selvpresentasjon under 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.

Hvem er det så som hjelper? Vi kartlegger hjelpekildene så langt som intervjuuskjemaet gir muligheter for, og vurderer fordelingen mellom familien, omsorgstjenestene og andre kilder. I denne sammenhengen er vi opptatt av hvem som hjelper, ikke hvor mye man hjelper. Hver hjelper teller dermed like mye. Tabell 7.1 oppsummerer de viktigste (oftest nevnte) hjelpekilder for henholdsvis den intervjuede (informanten) selv, for partneren, barna og foreldrene.

Hjelp til informanten og partneren

De fleste *informanter* med et hjelpebehov ser ut til å klare seg uten hjelp (65 prosent), men merk at det her dreier seg om hjelp utenfra husholdet, og mønsteret betyr derfor ganske enkelt at samboende par stort sett klarer seg selv. I svarsmønsteret (at mange klarer seg uten hjelp) ligger også at det som her regnes som et hjelpebehov, også inkluderer ganske moderate behov.

Tabellen bekrefter at den viktigste hjelpekilden for *partnere* rimeligvis er informanten selv (68 prosent), dvs. at partnerne hjelper hverandre, med litt støtte fra hjemmetjenestene (19 prosent), til dels fra andre i familien (10 prosent). Parene klarer seg altså oftest selv, med nokså beskjedent med hjelp utenfra. Forholdstallet mellom familien og velferdsstaten (tjenestene) er nær fire til én i følge tabell 7.1.

Det er velkjent at enslige har større risiko for å flytte i institusjon, og er generelt mer avhengige av tjenester enn hva gifte (eller samboere) er (Gaymu et al. 2008). Tjenestene kan også være noe tilbakeholdne overfor par og prioritere enslige, og i noen tilfeller påføre den sprekeste partneren et for stort omsorgsansvar. Partnere er jo normalt de eldste omsorgsgiverne innenfor familieomsorgen. At menns levealder har nærmet seg kvinners de siste årene, er i så måte et godt tegn for velferdsstaten, for relativt flere vil dermed tilbringe alderdommen sammen med en partner (Keilman & Christensen 2010).

Tabell 7.1. Hvem hjelper informanter, partnere, barn og (eldre) 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

Hjelp til barna

Registreringen av behov og hjelp til *barna* ble bare stilt om hjemmeboende barn. Det er følgelig ingen overraskelse at den overveiende del av denne hjelpen kommer fra foreldrene selv, dvs. fra informanten og partneren. En del har også hjelp fra andre i familien, 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.

Alt i alt – barn med behov for «ekstra hjelp» er altså i all hovedsak foreldrenes ansvar, oftest med ganske beskjedent med støtte fra omsorgstjenester av ulike slag. Forholdstallet mellom familien og velferdsstaten er her som fem til én (tabell 7.1).

Hjelp til eldre foreldre

Prosedyren som er fulgt for hjelp til foreldre er redegjort for i Boks 1. 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 tillagt et hjelpebehov, er det også svært få som sier at foreldrene «ikke har noe hjelp». Det er nok stor variasjon i grader av hjelpebehov blant disse foreldrene, men at det dreier seg om reelle behov for hjelp utenfra husholdet, virker sikkert nok. Hvem er det så som hjelper? I tabell 7.1 skiller vi mellom hjelp til en eldre mor og en eldre far, men skillet ser ut til å gjøre liten forskjell.

Ansvar for foreldre med et hjelpebehov er fordelt nokså likt mellom familien og tjenestene slik det er målt her. Nærmere analyser viser imidlertid at med økende alder (og behov), øker tjenestenes rolle og blir den viktigste (oftest nevnte) hjelpekilden for de skrøpeligste, først og fremst ved at flertallet før eller senere flytter i sykehjem. Tjenestene framstår dermed alt i alt som en viktigere aktør i denne undersøkelsen enn fra studier i ikke-nordiske land, som gjerne konkluderer at familien står for 70 til 80 prosent av hjemmeomsorgen (Cantor & Little, 1985; Huber, et al., 2009; Sundström & Johansson, 2004). Familieomsorgen er rimeligvis viktigere, ja dominerende, i land med en lite utviklet velferdsstat. At tjenestene tar en større del av omsorgsansvaret i Norge, skyldes primært at tilgangen til omsorgstjenester (sykehjem, omsorgsboliger, hjemmetjenester) er større.

Variasjonen i anslagene fra land til land, ja fra studie til studie, skyldes ikke bare at virkeligheten er forskjellig, men også at mål og metoder er det. Når det dreier seg om såkalt «hands-on care», dvs. den praktiske, instrumentelle innsatsen i form av renhold og klesvask, sårskift og pleie, står tjenestene sterkt. Alt det andre som fyller dager og uker med innhold er det vanskeligere å få hjelp fra omsorgstjenestene til. Dette er kjente oppgaver for familie og venner.

FAMILIE OG VELFERDSSTAT I SAMSPILL

Familien og velferdsstaten (kommunen, tjenestene) er i realiteten avhengige av hverandre; det er vanskelig å tenke seg en eldreomsorg uten at begge inngår i et formelt eller uformelt samarbeid. Skal samfunnets formelle

organisasjoner fungere, er de avhengige av velfungerende primærgrupper av familier, venner og naboskap, og mellomliggende sosial organisering innenfor det sivile samfunn (frivillige organisasjoner). Pleie- og omsorgstjenestene er avhengig av et samarbeid med familien og andre nærstående, og omvendt. Skal familien og andre nærstående kunne gjøre sin del, må de støttes av velferdsstaten.

Eugene Litwak (1985) har kanskje truffet best når han konkluderer med at partnerskapet mellom familien og velferdsstaten følger den såkalte oppgavespesifikke modellen (task specificity model), med en arbeidsdeling mellom partene som nyter godt av den særskilte styrken til hver av dem. En illustrasjon av denne både-og-karakteren er gitt i tabell 7.1. Andre eksempler er gitt av Lingsom (1997) og av Romøren (2001). Sistnevnte fulgte de siste årene til alle over 80 år i en by på Østlandet, og fant at praktisk talt alle fikk uformell omsorg, oftest fra familien, i kortere eller lengre tid i den siste fasen av livet. Halvparten fikk samtidig kommunal hjemmehjelp, 70 prosent fikk også hjemmesykepleie, og tre av fire flyttet før eller seinere i sykehjem.

Det er likevel praktisk talt umulig å beregne hvor mye den ene og andre part står for, og det er ingen naturlig grense for hvor familiens og samfunnets ansvar slutter. Dette endres over tid og må forhandles fram, der ulike typer normer og hensyn veies mot hverandre, slik Finch & Mason (1993) har beskrevet det. Man kan nok gjøre seg noen regnestykker, for eksempel om hvor mange pleietrengende eldre som er i institusjon og hvor mange som pleies hjemme. Vanskeligere blir det om vi skal veie familiens rolle innenfor institusjonene og tjenestenes rolle i hjemmet. Like vanskelig er å kunne skille mellom ordinært sosialt samvær og sosial omsorg. Når vi finner at (de offentlige) tjenestene for Norges del ser ut til å dominere den instrumentelle hjelpen (hands-on care) overfor de mest hjelpetrengende eldre, trenger det ikke bety at tjenestene bruker like mye tid som familie, venner og andre gjør, men at de bruker sin instrumentelle tid på nettopp disse oppgavene, 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 hvordan folk synes det bør være, må vi dypere inn i omsorgens hverdag. Neste kapittel (kapittel 8) tar oss et stykke inn i denne hverdagen ved å følge et mindre antall pårørende til sykehjemsbeboere de siste månedene før innflytting i sykehjem.

Kapittel 8

Inn i sykehjemmet.

Trinn for trinn eller i store sprang?

Pårørendes fortellinger om en eldre slektnings omsorgsforløp fram til tildeling av sykehjems plass

Helene Aksøy

I dette kapitlet beskriver vi eldre pleietrengendes vei inn i sykehjem ved hjelp av fortellinger fra deres pårørende. Disse fortellingene handler om utviklingen av omsorgsbehov over tid, og om pårørendes og omsorgstjenestenes rolle fram til tildeling av langtids plass og flytting til sykehjem. Vi vil i det følgende beskrive mønstre i tjenestebehov og tjenestebruk hos eldre som nylig har fått sykehjems plass, og formidle de nære pårørendes erfaringer med disse forløpene.

OMSORGSTRAPPEN OG LEON-PRINSIPPET

Omsorgstrappen blir ofte brukt av kommunene som en illustrasjon av de ulike nivåer av tjenester som tilbys (se figur 8.1). De laveste trinnene i omsorgstrappen består av tilbud som eldresenter og trygghetsalarm; mellomtrinnene består av praktisk bistand (hjemmehjelp), hjemmesykepleie, og rehabiliteringstjenester (dag- eller korttidsopphold i institusjon og ulike boformer). Langtidsopphold i sykehjem er øverste trinn i den kommunale omsorgstrappen. LEON (Laveste Effektive OmsorgsNivå) er et tildelingsprinsipp som går ut på det skal tildeles tjenester på det laveste effektive omsorgstrinnet. På denne måten ønsker man å sikre at alle får den hjelpen de har behov for, og at ingen får verken mer eller mindre enn de har behov for, slik at tjenestene både er kostnadseffektive og gode (nok).

Vurderingen av hva som er riktig omsorgsnivå bygger i stor grad på skjønn, og det kan være uenighet mellom ulike fag og fagpersoner, brukere og

pårørende om hva som er et effektivt (og forsvarlig) nivå. Varig sykehjemsplass er et knapphetsgode. Når man får tildelt en sykehjemsplass, betyr det i de aller fleste tilfellene at man har store pleiebehov og flere diagnoser, ofte med en lang forhistorie med tiltakende skrøpeligheit. Både britiske (Livingston, et al., 2010) og norske studier (Fjelltn, 2009; Gjevjon & Romøren, 2010; Otterstad, 2009), peker på at akutt sykdom og sykehusinnleggelse ofte er den direkte foranledningen til tildeling av plass. Mange sendes rett fra opphold på sykehus til sykehjemmet. Saksbehandlere som ble intervjuet i Gjevjon og Romørens studier av praksis for sykehjemstildeling (2010), fortalte at de oppfattet kriteriene for tildeling av sykehjemsplass som vage. Norske kommuner bruker ulike retningslinjer for tildeling av plass. I noen kommuner sies at det *skal* prøves ut alternative tiltak først og at tiltakene skal følge et bestemt, og nærmest hierarkisk forløp opp omsorgstrappen. Andre kommuner har mindre faste regler. Felles er at LEON-prinsippet skal følges, og at det skal utøves faglig skjønn ved behandling av søknad om plass.

Pasienters og pårørendes forventninger er ikke alltid i samsvar med kommunens praksis. I dette kapitlet skal vi se nærmere på nettopp dette. Hva kjennetegner omsorgsforløpene til personer som nylig har fått tildelt sykehjemsplass? Følger forløpene omsorgstrappen? Hvordan har omsorgsansvaret vært fordelt mellom familien og tjenestene? Hvilke faktorer bestemmer hvor mye pårørende ser seg i stand til å bidra med?

Beboernes vei inn i sykehjemmet beskrives som omsorgsforløp i en stilisert modell av en kommunal omsorgstrapp. Sykehuset har en vesentlig plass i de ulike omsorgsforløpene, selv om det ikke er en del av det kommunale tjenestetilbudet, og vi har derfor plassert sykehuset på nivået over langtids plass i sykehjem i modellen for å illustrere de ulike omsorgsforløpene.

Sykehus	
Langtidsopphold/fast plass i sykehjem	
Bolig med service/omsorgsbolig	
Korttidsopphold i institusjon: rehabilitering, vurdering, avlastning	
Hjemmesykepleie	Omfattende pleie og oppfølging flere ganger i døgnet Daglig besøk Ukentlig besøk
Rehabiliteringstjenester utenfor institusjon	
Dag- og aktivitetstilbud	
Praktisk bistand; hjemmehjelp, omsorgslønn etc.	
Forebyggende tiltak som eldresenter, trygghetsalarm, hjelpemidler i hjemmet etc.	

Figur 8.1 Modell for omsorgstrapp.

OM UNDERSØKELSEN

Vi gjennomførte kvalitative intervjuer med den nærmeste pårørende til 12 eldre som hadde blitt tildelt fast sykehjemsplass i løpet av de siste tre månedene i et utvalg av kommuner og bydeler som var inkludert i Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). Kommunene og bydelene var lokalisert i Oslo (to bydeler), Akershus (én kommune), Aust-Agder (én kommune), Nord-Trøndelag (én kommune) og Troms (én kommune). Intervjuene ble utført i første kvartal 2011. Sykehjemsbeboerne var mellom 67 og 97 år gamle, 11 kvinner og én mann.

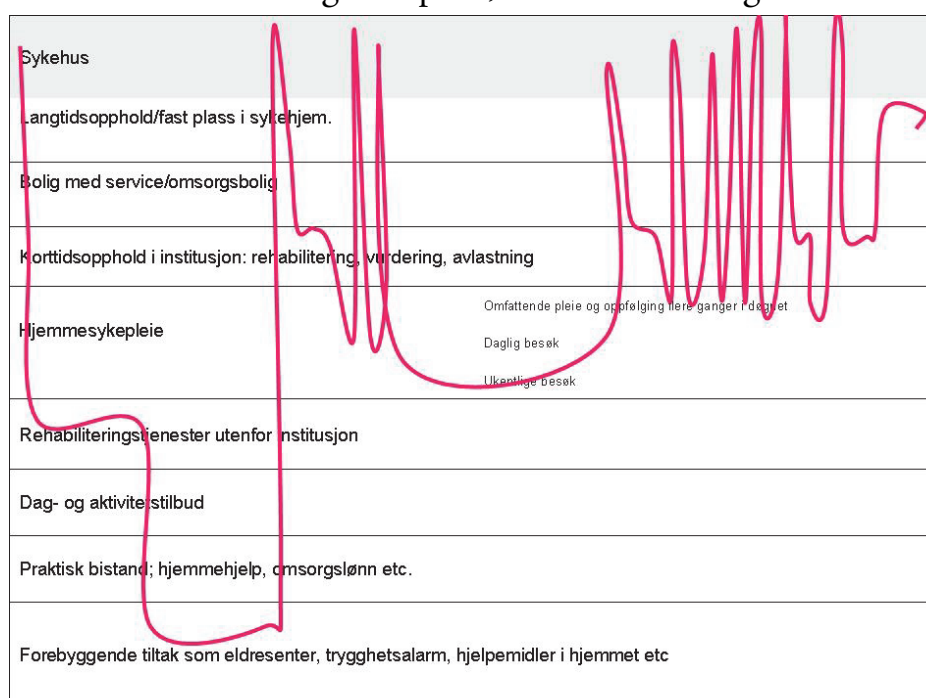
Ved noen av intervjuene var to pårørende til stede; det var derfor totalt 16 pårørende som ble intervjuet, åtte menn og åtte kvinner. De pårørende var mellom 44 og 71 år gamle. En av de pårørende var en ektefelle, to var niese eller nevø, de øvrige var barn og svigerbarn. Intervjuene ble som regel gjort hjemme hos pårørende eller på sykehjemmet etter informantenes ønske. To av intervjuene ble gjort over telefon. Informert samtykke fra tjenesteleder, pårørende og beboer (der mulig) ble innhentet etter godkjente prosedyrer. Presentasjonen av kasus er bearbeidet slik at personer ikke lar seg identifisere.

I forkant av undersøkelsen ble det utarbeidet en samtaleguide som tok utgangspunkt i forfatterens kliniske erfaring og i kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (HOD, 2002–2003).

Kvalitetsforskriften gir kommunene ansvar for å etablere systemer som sikrer at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for og at tjenestene gis til rett tid. Vi spurte om *når* den pårørende først hadde oppdaget at den eldre hadde fått behov for hjelp, og om hva slags hjelp vedkommende hadde mottatt fra både familie og offentlige tjenesteytere i løpet av omsorgsforløpet fram mot tildelingen av sykehjemsplass. Plan og prosedyrer ble fremlagt for NSD og godkjent i desember 2010.

OMSORGSFORLØP

I det følgende beskriver vi noen av de 12 omsorgsforløpene. Selv om de hver for seg var unike, hadde de også likhetstrekk, og kan derfor grupperes i tre kategorier: (1) de lange, gradvise forløpene, (2) de akutte forløpene, og (3) svingdørsforløpene. De første karakteriseres av at de har utviklet seg over tid, og selv om de ikke nødvendigvis følger omsorgstrappen trinn for trinn, utvikler de seg over relativt lang tid fra et lavt til et stadig høyere trinn i omsorgstrappen. De akutte forløpene beveger seg i store sprang oppover omsorgstrappen i løpet av svært kort tid. Svingdørsforløpet karakteriseres av at omsorgsbehovet endres seg over tid, personen flyttes mellom nivåene og mellom første- og andrelinjetjenesten. Kortere svingdørsperioder forekom også mot slutten av de første to omsorgsforløpene, som illustrert i figurene nedenfor.



Figur 8.2. Langvarig, trinnvis forløp med svingdørsperiode mot slutten

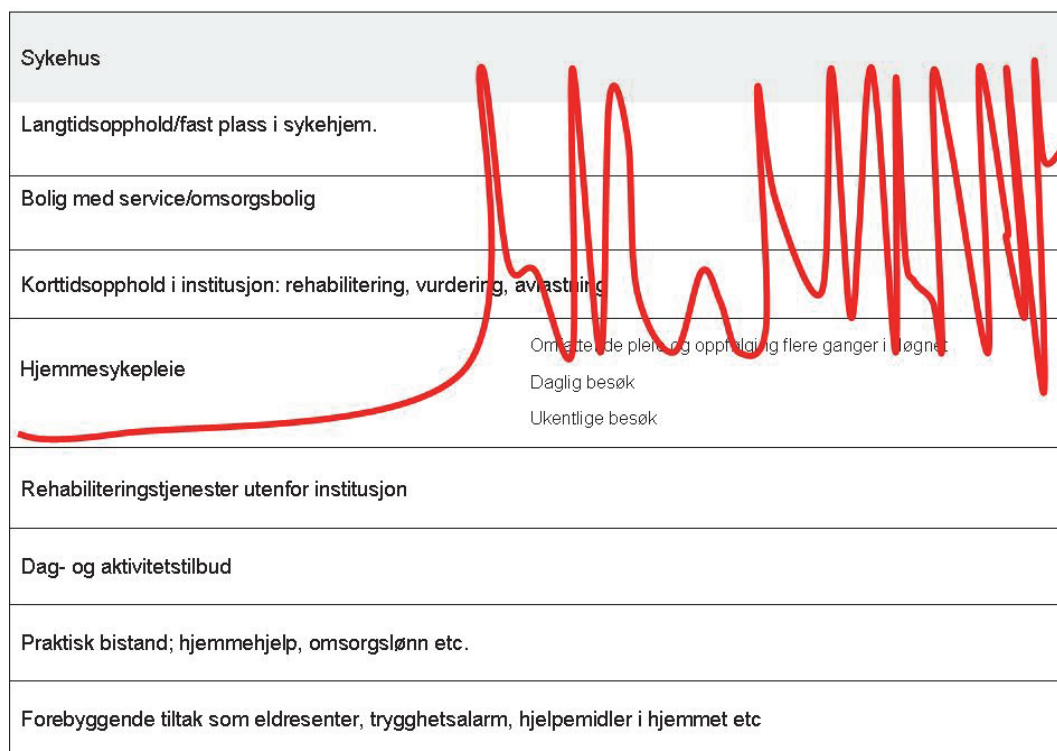
Forløpet som er illustrert i figur 8.2 går over åtte år. Dette er en kvinne med en alvorlig kronisk sykdom. Første gang hun fikk behov for pleie- og omsorgstjenester var etter et sykehusopphold åtte år før tildeling av sykehjemsplass. De siste årene hadde hun en progredierende sykdomsutvikling med gode og dårlige perioder. Tre år før innleggelse i sykehjem hadde hun en periode med forverring og flere sykehusopphold. Etter dette fikk hun hjemmesykepleie opptil seks ganger i døgnet. De siste 18 måneder før sykehjemsinleggelsen ble hun stadig dårligere og mer ustabil, og var innlagt i sykehus mer enn ti ganger. Datteren bisto med daglig omsorg og hjelp til moren gjennom hele forløpet. Det siste året ga hun moren omfattende oppfølging og daglig hjelp, med telefonkontakt flere ganger i døgnet.

Moren ble vurdert å være sykehjemstrengende av datteren flere måneder før hun fikk tildelt sykehjemsplass. Hjemmetjenesten var enig i at situasjonen hjemme var marginal, men ønsket å prøve ut tilbud på et lavere nivå. Søknad om sykehjemsplass ble derfor utsatt for lenge ifølge datteren: *«Jeg ville jo gjerne hjelpe mamma til å få bo hjemme hos seg selv, slik hun gjerne ville. Men i ettertid ser jeg at det ble alt for mye mot slutten. Jeg var helt utslitt da hun endelig fikk plass.»*



Figur 8.3 Akutt omsorgsforløp

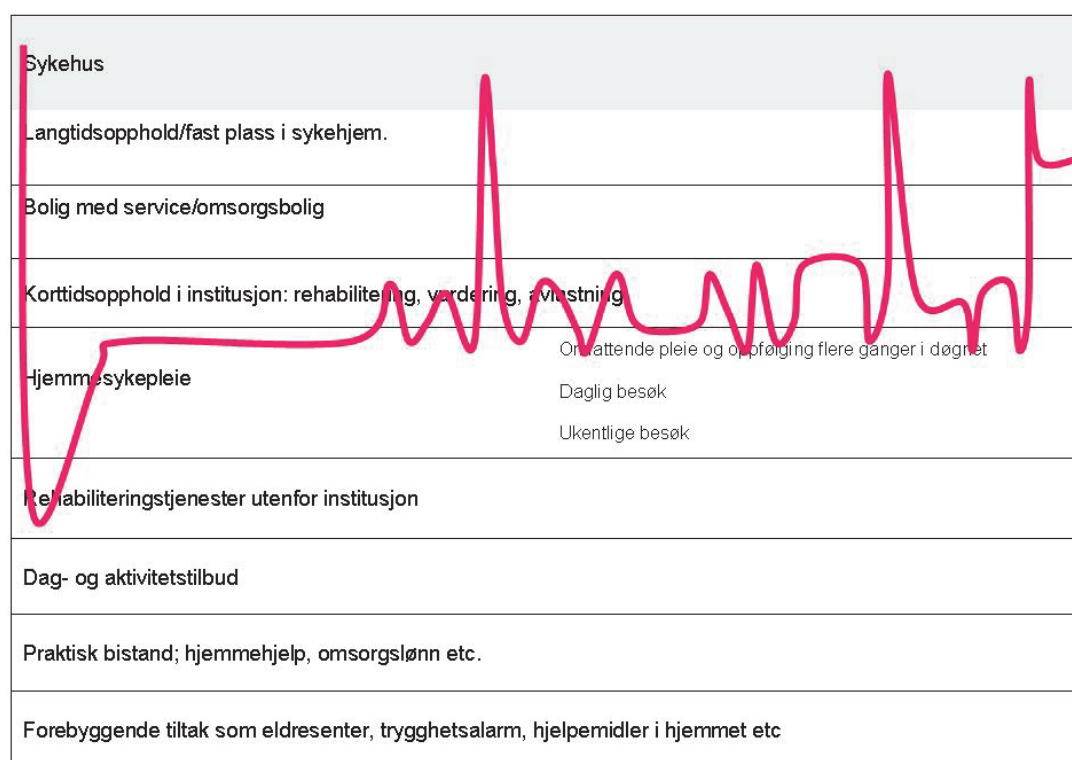
Figur 8.3 viser omsorgforløpet til en kvinne som klarte seg hjemme med trygghetsalarm og hjemmehjelp helt til hun var mange-og-nitti år gammel. Nevøen bisto med transport og jevnlig ærender for tanten, som ellers klarte seg fint selv. Etter å ha falt hjemme og skadet seg alvorlig, ble hun innlagt på sykehus for en operasjon. Deretter ble hun svært redusert, og ba selv om fast plass i sykehjem. Hun fikk innvilget og flyttet direkte til sykehjemmet fra sykehuset.



Figur 8.4. Et svingdørsforløp

Figur 8.4 viser omsorgsforløpet til en 89 år gammel kvinne, som ble tildelt hjemmesykepleie for første gang seks–syv år før innleggelse i sykehjem. På den tiden bodde hun sammen med sin ektefelle, som også fikk hjelp av hjemmetjenesten. Mannen fikk først plass på sykehjem og dør der cirka seks måneder etter innleggelsen. Selv blir hun gradvis dårligere. Det siste året legges hun gjentatte ganger inn på sykehus for så å skrives ut til et korttidsopphold i sykehjemmet med påfølgende utskrivning hjem hvor hun får omfattende hjemmesykepleie. En av døtrene var den primære omsorgsgiveren og bisto med daglig kontakt og omfattende praktisk hjelp gjennom hele perioden. Datteren ønsket å søke om sykehjemsplass flere måneder før

moren fikk plass, men den kommunale saksbehandler ønsket å avvente til moren hadde prøvd ut et tilbud på lavere omsorgsnivå først. Datteren opplevde den siste måneden moren bodde hjemme som uverdigg: «*Jeg søkte og søkte om sykehjem, men de (hjemmesykepleien) sa at vi skulle prøve litt mer hjemme, så da ventet jeg da.*»



Figur 8.5. Et blandet forløp.

Figur 8.5 viser forløpet for en kvinne som fikk hjerneslag seks år før hun fikk varig plass i sykehjem. Etter utskrivning fra sykehus fikk hun omfattende hjemmerehabilitering og intensiv hjemmesykepleie fire til seks ganger i døgnet. Etter hvert fikk hun også rullerende korttidsopphold for avlastning. Hun bodde sammen med sin ektefelle som var den primære omsorgsgiveren gjennom hele omsorgsforløpet og ga til dels meget omfattende hjelp. Ekteparet fikk tilbud om langtidsplass cirka seks måneder før innleggelsen, men valgte å vente så lenge som mulig. Etter et nytt hjerneslag og sykehusopphold takket de ja til fast plass i sykehjemmet.

HJELPEN FRA PÅRØRENDE

Eksemplene illustrerer den store variasjonen av omsorgsforløp forut for sykehjemsinnleggelse. Ingen av forløpene kan betegnes som trinnvise langs nivåene i omsorgstrappen. Forløpene er ellers ganske ulike, men sykehusinnleggelse er en felles faktor. Alle hadde også et omfattende pleie- og omsorgsbehov ved tildelingen av fast plass.

Alle pårørende hadde gitt praktisk hjelp forut for opptak i sykehjemmet: transport, ærender, følge til lege og liknende. De hadde også bidratt med innkjøp og matlaging, hjelp med personlig økonomi, renhold og vedlikehold.

Noen hadde også utført pleie og personlig stell, særlig den aller siste tiden før sykehjemsinnleggelsen. Selv om en av informantene opplevde dette som uproblematisk, syntes de fleste det var vanskelig å gi intim hjelp til slektninger; det var noe de helst ville unngå.

Når det gjelder motiver for å yte omsorg, sa alle intervjuede at det hadde vært en selvfølge å gjøre det. De oppga grunner som at *«det skulle bare mangle – det er jo moren min!»* og *«tante har alltid hjulpet meg, så da hun fikk behov for hjelp, var det en selvfølge og en glede å gjøre gjengjeld.»*

Men flere ga uttrykk for at det ble for mye for dem den siste tiden før sykehjemsinnleggelsen, og hadde ønsket mer hjelp utenfra: *«I ettertid ser jeg at det ble for mye; jeg var helt utslitt da hun endelig fikk plass.»*

En viktig forutsetning var å ha tid og anledning til å hjelpe. En datter hadde i perioder brukt opp til tre timer daglig: *«Vi fikk jo tilbud om hjelp, og hjemmesykepleie er jo en strålende oppfinnelse, men når de to gamle sitter der og er engstelige, er det ikke mye hjelp i at noen stikker innom i 15 minutter, selv om de gjorde det flere ganger om dagen.»*

En av informantene hadde fått barn samtidig som moren ble tiltakende dement: *«Jeg hjalp henne så gjerne, men jeg har jo min egen familie, så det var viktig for meg å kunne sette noen grenser.»*

Flere av historiene handlet om personer som gradvis mistet evnen til å ta vare på seg selv: *«Jeg fant henne stadig med fulle bleier, sulten, tørst. Det var et uverdige liv.»* En sønn og hans familie bodde i nabohuset. Moren ble tiltakende dement og desorientert, vandret utendørs, til dels mangelfullt kledd. Han ønsket ikke at barnebarna skulle oppleve bestemoren slik.

KONKLUSJON

I retningslinjene for tildeling av sykehjemsplass i en av kommunene står det at alternative tiltak på et lavere nivå i omsorgstrappen *skal* være prøvd før man får langtidsplass i sykehjem. Forløpenes ulike karakter viser at å praktisere denne regelen fullt ut, kan få uheldige følger. Den passer simpelthen ikke alle. Flere pårørende følte at sykehusets personale var lite opptatt av sikkerheten til pasienten etter utskrivning. Da var det ikke lenger deres ansvar. Det er viktig å sørge for at ansvaret følger pasienten. Skrøpelige eldre skrives ut fra sykehus til kommunale omsorgstjenester hver eneste dag, og det som for pårørende kan være en unik og traumatisk hendelse, kan være dagligdags for både hjemmesykepleien og sykehuspersonalet. Å finne en gammel slektning skadet og forkommen hjemme, gjør et sterkt inntrykk.

Erfaringer med de kommunale tjenestene var blandet: *«Jeg hadde hele tiden kontakt med dem (hjemmesykepleien), og de fulgte nøye med på hvordan mor hadde det».* Og: *«De er tilsynelatende mer opptatt av å sette grenser for sitt eget ansvar enn å gi de gamle og deres pårørende et godt tilbud.»*

Pårørende er ofte i en sårbar situasjon i løpet av en slik prosess; det er viktig å ta kommunikasjonen på alvor. Mange pårørende følte seg veldig alene om ansvaret, og alene om å ivareta den gamles verdighet. Når pårørende følte seg trygge på at det var hjelp og støtte å få fra tjenestene, var de selv villige til å yte ganske omfattende hjelp. Pårørende er sentrale i arbeidet med å skape helhetlige og koordinerte tjenester, og funnene i dette kapitlet understreker hvor viktig det er med godt samarbeid mellom det kommunale tjenesteapparatet og brukere og deres pårørende.

Trinn for trinn eller i store sprang? Svaret er både og, men for mange en akutt periode – og sykehusopphold – før sykehjemmet. Sykehuset har dermed en sentral rolle. Samhandlingsreformen fra januar griper rett inn i dette. En lengre del av pasientforløpene skal overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Reformen vil gi økt behov og etterspørsel etter tilbud på de høyeste trinnene i den kommunale omsorgstrappen, noe som kan medføre at kommunene i større grad må foreta avveininger omkring omsorgsnivået til ulike brukere. Det blir avgjørende at også kompetansen og ansvaret følger med.

Kapittel 9

Fra praksis til idealer: Hvem bør ha ansvar for hva?

Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra

Hvordan mener folk flest at ansvaret for barn og eldre bør fordeles mellom familien og velferdsstaten, og hvordan bør ansvaret fordeles mellom generasjonene?

ANSVARSNORMER

Observerte behov er i seg selv motiverende for å hjelpe, især om man er den nærmeste til det, fordi man er fysisk nær eller fordi man er sosialt nær. Fysisk nærhet er i alminnelighet nok til å aktivere den generelle ansvarsnormen, at man skal hjelpe mennesker i nød. Det er ikke gitt at man dermed vil hjelpe. Der er nok av eksempler på at folk går utenom, men i så fall sjelden uten dårlig samvittighet. Skal hjelpen vare ved – skal man påta seg et mer varig ansvar – skal det normalt også sosial nærhet til, og desto mer som kreves.

Normen om å hjelpe hviler i regelen tyngst på den nære familien, først partneren, dernest barn, og deretter fjernere slekt, venner og naboer. Ansvarsnormen følger et hierarkisk mønster etter sosial nærhet (Qureshi & Walker, 1989), men med variasjon også langs andre akser, så som kompetanse, emosjonell tilknytning og anledning. Har man konkurrerende forpliktelser i form av arbeid eller ansvar for egen familie (partner og barn), kan dette fungere som det Janet Finch (1989) har kalt «legitime unnskyldninger». Hvor langt ansvaret så strekker seg, er også avhengig av hvor krevende det er, og om det fordrer særskilt kompetanse. Og over alt dette hviler en kjønnsdimensjon, den at kvinner normalt har tatt det største ansvaret og fortsatt forventes å gjøre det, men idealet om like muligheter for kvinner og menn får stigende oppslutning, og kvinner har i stigende antall gått inn i (det

lønnede) arbeidslivet på lik linje med menn. Begge deler peker i retning av en likere kjønnsbalanse i familien, etter hvert kanskje også innenfor den formelle omsorgstjenesten, som er enda skjevare kjønnsfordelt.

Omsorgen beveger seg altså innenfor et normativt organisert felt, med til dels strenge regler og sanksjoner, men primært av uformell karakter. Dette hierarkiet av normer har nok en biologisk forankring, men er først og fremst en kulturell form som varierer over tid og sted. Det varierer både med hensyn til balansen av ansvar mellom familien og velferdsstaten, mellom privat og offentlig sektor, og det varierer mellom posisjoner og roller innenfor familien.

NORMER, NÆRHET, NYTTE

Behov nedover generasjonslinja (hos barn) har som regel prioritet framfor behov oppover generasjonslinja (hos foreldre og besteforeldre) i vår kultur. I andre tider og kulturer kan den eldre generasjonen stå sterkere, slik tilbøyeligheten er i mer patriarkalske og tradisjonelle samfunn. Felles er at de viktigste motiver for å hjelpe innenfor familien og andre primærgrupper, ofte kan knyttes til en kombinasjon av tre faktorer: normer, nærhet og nytte.

Normer kan ha karakter av plikt overfor bestemte andre, eller være knyttet til gjensidighet; at man skylder den andre en gjenytelse for tidligere tjenester. *Nytte* viser til egeninteressen; at hjelpen kan være motivert av et ønske om egne fordeler. Med *nærhet* tenkes her på emosjonell tilknytning eller sosial identifisering som kan motivere hjelp, fordi man er glad i den andre og/eller fordi man identifiserer seg med ham eller henne.

Ofte vil flere motiver være til stede samtidig og kunne trekke i samme retning, i andre tilfeller virker de mot hverandre. Hjelp til foreldre kan for noen kjennes som en kjær plikt, for andre kan takknemlighet (gjensidighet) være en sterk drivkraft. Andre typer av motiver kan være vanskeligere å gruppere. Er egeninteressen drevet av makt eller nytte? Er altruisme og solidaritet å regne som personlige egenskaper eller som normative orienteringer om å gjøre godt (altruisme) eller å forsvare den egne gruppen (solidaritet)? De sosiale bånd som ligger i ulike typer av ansvarsnormer («for andre») vil dessuten i mange sammenhenger måtte konkurrere med normer

som framhever autonomi og uavhengighet («for seg selv»). Foreldre vil gjerne at barna skal bli både ansvarlige og selvstendige.

Bak hjelpen og hjelperelasjonene ligger dermed et komplekst samspill av forhold som virker med og mot hverandre. Vi har i realiteten ganske overflatiske kunnskaper om disse prosessene, for eksempel om styrken i forklaringer som peker bakover i tid (sosialisering, meritering) sammenliknet med forklaringer her og nå (behov, plikt) og motiver som peker framover (egeninteresse, nytte). Ulike fag og forskningstradisjoner er også tilbøyelige til å velge innfallsvinkler som favoriserer den ene eller andre synsvinkelen. Økonomer vurderer gjerne betydningen av egeninteresse, altså den rasjonelle kalkulering av hva som tjener en selv. Sosiologer studerer gjerne normenes makt (kultur) sammenliknet med virkningen av sosiale strukturer. Psykologer analyserer gjerne forholdet mellom holdninger og atferd, ikke minst hvorvidt og hvorfor de står i strid med hverandre.

Vi skal i dette kapitlet ta for oss en del av dette problemfeltet fra to synsvinkler, først ved å undersøke hva «folk flest» mener om familiens og velferdsstatens ansvar for barn og eldre, og dernest – innenfor familien – hvordan de ser på ansvaret mellom familiegenerasjoner, og da ikke bare fra voksne barn overfor eldre foreldre, som det har vært en god del forskning omkring, men også fra eldre foreldre vis-a-vis voksne barn, som det er forsket langt mindre på. Av interesse er dermed ikke bare hva som motiverer voksne barn til å hjelpe eldre foreldre, men også hva som motiverer eldre foreldre til å ta imot, eller ikke ta imot, hjelp fra barna. Hjelp skal ikke bare gis, men også tas imot; det skal to til for å danse tango. Sammenlikninger mellom de to synsvinklene (ovenfra og ned, nedenfra og opp) kan gi innsikt i hvordan folk flest synes at ansvar og hensyn bør balanseres «generasjoner imellom».

VELFERDSSTATEN OG FAMILIEN

Kunnskaper om normer og preferanser i befolkningen er viktige av flere grunner. Én grunn er at idealer er retningsgivende for atferd, og selv om det av ulike grunner kan være langt fra idealer til praksis, kan idealene likevel hjelpe oss å forstå hvorfor folk handler slik de gjør, eller hva som hindrer dem fra å følge sine idealer. 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?

Spørsmålene har også teoretisk interesse med røtter både i velferdsstaten og i familien. Velferdsstater skiller seg fra hverandre ikke bare i volum og dermed med hensyn til hvor omfattende det offentlige ansvaret er, men også i profil – det vil si i hva man prioriterer innenfor denne rammen. Den siste typen forskjeller kan vanskelig forklares ved behov eller ressurser, men er et resultat av prioriteringer (valg). Skandinaviske velferdsstater har f.eks. ikke bare et stort volum, men gir høy prioritet til tjenester, og dermed til høy grad av kontroll med hva velferdsstatens ytelser skal brukes til. Kontinentale velferdsstater tar ofte et mer indirekte ansvar, med større vekt på kontantytelser, som mottakerne selv får omsette i velferd. Velferdsstatene varierer også i prioriteringen mellom behov og brukere, f.eks. mellom medisinske og sosiale behov på den ene siden og mellom barn og eldre på den andre. Etter en gjennomgang av aldersorienteringen i 21 OECD-land, finner Julia Lynch (2001, 2006) at land som Japan, USA, Italia og Spania er «eldreorienterte velferdsstater», som prioriterer tiltak for eldre framfor tiltak for barn. Nederland, Canada og Norden har i følge Lynch en mer aldersbalansert velferdsstat, med et betydelig offentlig ansvar for både barn og eldre.

Velferdsstaten vokste fram og fant sin form i en periode da det var få gamle, som til gjengjeld hadde store behov. Politikken og prioriteringene kom til å preges av dette. Velferdsstater med større ambisjoner, som utvidet sitt ansvarsrom slik tilfellet var i Norden, inkluderte etter hvert også andre grupper og behov som et offentlig ansvar, mens mer tilbakeholdne velferdsstater, som holdt fast på familiens primæransvar, kom til å bli preget av sitt utgangspunkt og dermed av et smalere statlig ansvar, med en balansering til fordel for eldre. Debatten om en rettferdig fordeling mellom generasjonene tok farge av dette, og har vært skarpere i land som i utgangspunktet prioriterte eldre, fordi prioriteringen av én gruppe (eldre) ble antatt å gå på bekostning av andre (unge). At det ikke trenger å være noen interessekonflikt mellom aldersgrupper i velferdsstaten, har Esping-Andersen & Sarasa (2002) påpekt. En forbedring for den ene trenger ikke å gå på bekostning av den andre, tvert imot vil en investering i barn også kunne få positive ringvirkninger for eldre. Det er foreløpig ingen konsensus om dette verken

innenfor eller mellom land, men vi kan trygt forutse at debatten kan melde seg på ny som følge av aldringen av befolkningen i en tid med knappe velferdsgoder som det lett kan bli strid om.

Folkemeningen

Vi forsøker å danne oss et inntrykk av folkemeningen om familiens og velferdsstatens ansvar ved å se på svarfordelingen på et spørsmål om hvem som bør ta ansvaret for barn og eldre som trenger det¹. Hvem har hovedansvaret for å sikre barnefamilier og eldre en økonomisk og sosial trygghet? Informantene ble forelagt at det kan være mange oppfatninger av hvordan vi bør ta vare på menneskene i samfunnet. Dernest ble de bedt om å vurdere familiens og samfunnets ansvar for omsorg for pleietrengende eldre, for barn under skolealder, og for økonomisk støtte til henholdsvis fattige eldre og fattige barnefamilier (unge foreldre). Nærmere detaljer om hvordan spørsmålene ble stilt er gitt i Boks 1.

BOKS 1: 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 9.1, der Norge sammenliknes med tre andre land som deltar i den internasjonale Generations and Gender Survey (GGS), som vår undersøkelse (LOGG) er koblet til. De tre øvrige landene er

¹ Deler av dette materialet er tidligere publisert i Daatland, Slagsvold, & Lima, 2009.

Frankrike, Bulgaria og Georgia, som er et noe uvanlig sett av land å sammenlikne Norge med, men som er lokalisert langs en geografisk akse som skiller velferdsregimer og familiekulturer i Europa. 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 9.1. 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 pass av førskolebarn blir i alle landene i all hovedsak tillagt familien, for Norges del med et del-ansvar også fra samfunnets side. Vi ser ellers at folk flest er tilbøyelige til gi samfunnet et større ansvar for økonomisk trygghet enn for omsorg i alle landene, men forskjellene er minst for Norges del, som er rimelig med tanke på den bredere og mer aldersbalanserte norske velferdsstaten, sammenliknet med Bulgaria og Georgia. Økonomisk hjelp til «fattige» eldre og unge – en formulering som dermed refererer til en situasjon med betydelige økonomiske 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 9.1 at folk er tilbøyelige til å gi samfunnet større ansvar for eldre enn for barn i alle landene, for så vidt i tråd med velferdsstatens karakter, der barna primært er familiens (foreldrenes) ansvar. 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 – andre muligheter er vel heller ikke tilgjengelige.

Hvorvidt fordelingen primært er uttrykk for kulturelle idealer, eller snarere speiler ulike muligheter – det at det er godt om offentlige omsorgstjenester i Norge og praktisk talt ingen slike tjenester i Georgia – er som

nevnt vanskelig å avgjøre. Det ligger nok både kulturelle og strukturelle føringer under. Framtidige analyser må til for å skille det ene fra det andre. For denne rapportens del kan vi konstatere at det alt i alt synes å være et forholdsvis godt samsvar mellom folkemeningen og politikken for Norges del i den forstand at eldreomsorgen i hovedsak blir sett som *samfunnets* ansvar, ja folkemeningen – om vi skal ta den bokstavelig – legger *enda større* ansvar på samfunnet enn hva samfunnet (staten, kommunene) faktisk påtar seg.

INNENFOR FAMILIEN

Familiekulturer varierer øyensynlig langs geografiske akser i Europa (Castles, 1993; Castles & Obinger, 2008; Reher, 1998), slik også velferdsregimer gjør det, og hva som følger av hva er ikke uten videre gitt. Familienormene er ikke bare tettere i sør og øst enn i nord og vest. Prioriteringene kan dessuten være ulikt balansert mellom yngre og eldre generasjoner. Hensynet til den eldre generasjonen ser ut til å stå relativt sterkere i sør og øst, mens uavhengighet mellom generasjonene er mer av et ideal i nord og vest – et mønster som i følge historikere kan ha lange tradisjoner (Gaunt, 1983; Laslett, 1983). I vurderingen av balanseringen mellom familiegenerasjoner bygger vi på fire, til dels konkurrerende teoretiske posisjoner: teorien om generasjonssolidaritet, hypotesen om generasjonsinvesteringer (developmental stake), sosial utvekslingsteori og ambivalensmodellen.

Teorien om generasjonssolidaritet (Bengtson & Roberts 1991) ser solidaritet som et flerdimensjonalt fenomen, som ytrer seg som samvær, samfølelse, gjensidig hjelp og som forpliktelse, det siste gjerne kalt «normativ solidaritet». Teorien legger til grunn at det er en betydelig grad av solidaritet mellom familiegenerasjonene også i det moderne samfunn, og denne solidariteten er ikke begrenset til kjernefamilien, men inkluderer den eldre generasjonen. Yngre generasjoner er dermed forpliktet overfor eldre (filial solidarity), og prioriteringer oppover generasjonslinja antas å stå sterkt.

Hypotesen om generasjonsinvesteringer (developmental stake, Giarusso, Stallings, & Bengtson, 1995) legger til grunn at foreldre vanligvis investerer mer i barna enn omvendt. Barna er viktigere for foreldrene enn foreldrene er for barna, og foreldrene er dermed tilbøyelige til å beskytte barna mot byrder, for eksempel ved å være tilbakeholdne med å forvente hjelp fra dem. Denne

holdningen kan også være motivert av det Erik Erikson (1968) kaller en «generativ» holdning, og som i følge Erikson utvikler seg i midtre og eldre år i form av et hensyn til (en solidaritet med) kommende (yngre) generasjoner. Under dette perspektivet vil prioriteringer nedover generasjonslinja stå sterkt.

I følge *sosial utvekslingsteori* er mennesker motivert av et ønske om å maksimere goder og minimere kostnader. Begge parter i en relasjon burde i så fall være motivert av å oppnå fordeler, men også av å beskytte seg mot kostnader. Noen ganger kan det lønne seg å gi; det kan «betale seg» i det lange løp via sosial gjeld som kan innkasseres i framtida (Antonucci & Jackson, 1990). Andre ganger ligger det en risiko i å yte, som kan komme til å koste mer enn det smaker. Denne teorien peker dermed i ulike retninger, enten i retning av en balanse mellom generasjonene, eller ved en prioritering av den sterkere part (den yngre) eller den som har størst sosial kapital «til gode» (den eldre).

Den fjerde posisjonen – *ambivalensmodellen* – har kritisert teorien om familiesolidaritet for å være blind for at familier ofte balanserer mellom solidaritet og konflikt. Forholdet mellom generasjonene er derfor best beskrevet som ambivalent, og er karakterisert av blandede følelser og konflikterende forpliktelser (Connidis & McMullin, 2002; Luscher & Pillemer, 1998). Foreldre viderefører på sett og vis denne ambivalensen når og dersom de oppdrar barna til å være både forpliktet og uavhengige. Også denne teorien peker i ulike retninger hva prioriteringer angår, men vekten på uavhengighet indikerer at prioriteringer nedover generasjonslinja står relativt sterkest, i det minste innenfor den vestlige tradisjonen.

Balansering mellom generasjoner²

Kunnskaper om normer som styrer prioriteringer mellom generasjoner kan være nyttige og nødvendige for å vurdere potensialet for familieomsorg, selv om normer bare er retningsgivende for handling, og må konkurrere med andre motivasjoner i faktisk atferd. Normer er under alle omstendigheter viktige i utforskningen av familieomsorgen, og da ikke bare normer om voksne barns ansvar (filial norms), men også foreldres ansvar overfor voksne

² Deler av materialet er tidligere publisert i Daatland, Herlofson, & Lima, 2011.

barn (foreldrenormer), etter som eldre foreldre ikke bare er passive objekter for oppmerksomhet fra barnas side, men er selv aktører og kan påvirke relasjonen både direkte og indirekte. Foreldre er i storparten av livet ressurser for sine barn og kan være det også når de blir hjelpetrengende på sine eldre dager ved å bidra med økonomisk hjelp. Tilgangen til offentlige tjenester av god kvalitet, har fått en stor og stigende andel eldre til å foretrekke tjenester framfor familiehjelp, især ved tyngre behov. Man vil ikke «være til byrde for» barna, som det heter. At man samtidig ønsker god og ofte kontakt med barna, er kanskje to sider av samme sak.

Hvorvidt barna ses som den naturlige og primære kilde til hjelp eller ikke, varierer med både familiekultur (tradisjon) og velferdsstat (alternative muligheter). En sammenlikning mellom Norge og Spania illustrerer dette. Både kultur og anledning bidrar til å forklare at norske eldre foretrekker (offentlige) tjenester og at spanske eldre foretrekker hjelp fra familien (Daatland 2008). Omsorgspreferanser ser alt i alt ut til å være nokså nært korrelert med det omsorgsregimet man er en del av (Blome et al 2009). Dette forklarer trolig også at gjensidighetsnormen ser ut til å stå langt sterkere i et land som Spania enn i Norge, i den forstand at folkemeningen i Spania støtter at eldre foreldre har et rettmessig krav på en gjenytelse fra barna i eldre år, men ikke så i Norge, der foreldrene er mer tilbakeholdne med å forvente – enn si kreve – noe tilbake fra barna.

Vi skal belyse denne problematikken via holdninger til barns ansvar for eldre foreldre (filial responsibility) og foreldres ansvar for voksne barn (parental responsibility), målt ved grad av enighet i to utsagn som konkretiserer denne typen ansvar. For barns ansvar (filial responsibility): (1) Barna bør gi økonomisk hjelp til foreldre med økonomiske vansker, (2) Barna bør tilpasse sin jobb etter foreldres behov. For foreldres ansvar (parental responsibility): (1) Foreldre bør gi økonomisk hjelp til voksne barn som har økonomiske problemer, (2) Hvis voksne barn trenger hjelp, bør foreldre tilpasse sitt liv for å hjelpe dem. Prosentandelen som sier seg enig i hvert av disse utsagnene, er vist i tabell 9.2 for Norge og et utvalg andre land, sammen med et samlemål for grad av enighet for hver av disse ansvarsnormene (0 er helt uenig; 4 er helt enig).

Tabell 9.2. Befolkningens holdning til barns ansvar for eldre foreldre (filial responsibility) og vice versa (parental responsibility) etter land (Prosent som er enige i utsagnene, og skårer på additive indekser for hver norm).

	Norge	Tyskland	Frankrike	Romania	Bulgaria	Rusland	Georgia
<i>Barna bør</i>							
Tilpasse jobb	13	24	11	19	32	58	76
Gi økonomisk hjelp	44	60	65	83	83	87	97
<i>Foreldre bør::</i>							
Tilpasse sitt liv	19	33	37	44	48	56	87
Gi økonomisk hjelp	38	67	77	73	67	70	96
Index filial responsibility (n)	1.5 (14 372)	2.1 (9 746)	1.8 (9 937)	2.4 (11 986)	2.5 (12 974)	2.8 (11 248)	3.1 (10 000)
Index parental resp. (n)	1.9 (10 634)	2.3 (9 792)	2.5 (9 939)	2.6 (11 986)	2.5 (12 814)	2.6 (11 248)	3.2 (10 000)
Korrelasjon							
filial x parental resp.	0.19	0.48	0.31	0.42	0.39	0.32	0.44

Tabellen viser at landene følger det forventede mønsteret, der normene står sterkere desto lenger sør og øst i Europa en kommer, med Norge (lavt) og Georgia (høyt) som kontraster. Dette gjelder både for barn og foreldre, men kontrasten mellom landene er sterkest for barnas forpliktelser, som er særlig lave i Norge. Vi merker oss også at kravene på foreldrene er sterkere, det vil si tiltrekker seg større enighet, enn kravene på barna i de tre vestlige landene, i tråd med hypotesen om at prioriteringen nedover generasjonslinja står relativt sterkere i nord og vest av Europa. Den eldre generasjonen står relativt sterkere i sør og øst.

Familienormene står forholdsvis sterkt i alle landene med unntak av Norge, der familien nok anses å ha et ansvar, men i en vagere forstand, og betinget av at ansvaret kan kombineres med andre forpliktelser, som foreslått av ambivalensmodellen. Det vestlige idealet ser ut til å være preget av uavhengighet mellom generasjonene snarere enn av likegyldighet: Begge generasjoner skal så langt som mulig kunne leve sine liv slik de ønsker det, men være tilgjengelig for den andre når det er nødvendig, og da innenfor visse grenser.

Det er interessant å merke seg at kvinner i Norge, Tyskland og Frankrike – altså i de nord-vestlige landene – er mer tilbakeholdne med å forvente hjelp fra barna enn hva menn er, og at eldre er mer tilbakeholdne enn yngre (for Norges del). Kvinner gir i denne forstand mindre støtte til den pliktdrevne familien enn menn gjør, kanskje i et forsøk på å forene motstridende forventninger som mor og datter på den ene sida, og som et uavhengig individ (yrkesaktiv og borger) på den andre.

Denne kjønns- og aldersfordelingen kan være uttrykk for en altruistisk orientering innenfor familiekretsen; at både den yngre og eldre gir svar som antyder at man tar hensyn til «den andre» part. Vi avrunder kapitlet nettopp i balansen mellom altruisme og egeninteresse, der vi spør om altruismen (solidariteten) står sterkere i familiekretsen, mens det er egeninteressen som rår i forholdet mellom «generasjoner» (aldersgrupper) på samfunnsnivå, nærmere bestemt i velferdsstaten.

ALTRUISME ELLER EGENINTERESSE?³

Aldringen av befolkningen har skapt bekymringer for en rettfærdig fordeling mellom generasjoner ved å endre balanseringen av goder og byrder mellom dem. Vil også normer og holdninger endre seg? Vil yngre mennesker bli mindre villige til å støtte opp om eldre? Kan politikken komme til å bli mer lydhor for eldre menneskers behov i takt med at de utgjør en stigende andel av velgermassen, og vil eldre selv bli mer selvbevisste, ja selvopptatte, når nye og mer forventningsglade seniorer overtar for gamle slitere?

Forskning til nå tyder på at det solidariske sinnelaget fortsatt står sterkt både blant nære andre (familie) og fjerne andre (i storsamfunnet), men i varierende form og grad. Familienormene er gjennomgående svakere i Norge og det øvrige Norden sammenliknet med land lenger sør og øst i Europa. Til gjengjeld er det sterk oppslutning om velferdsstaten i de nordiske land, og i den forstand en betydelig grad av alderssolidaritet (Svallfors, 2011). Vi vet mindre om sammenhengen mellom nivåene; hvorvidt og hvordan solidaritet i familien slår ut for solidaritet på samfunnsnivå.

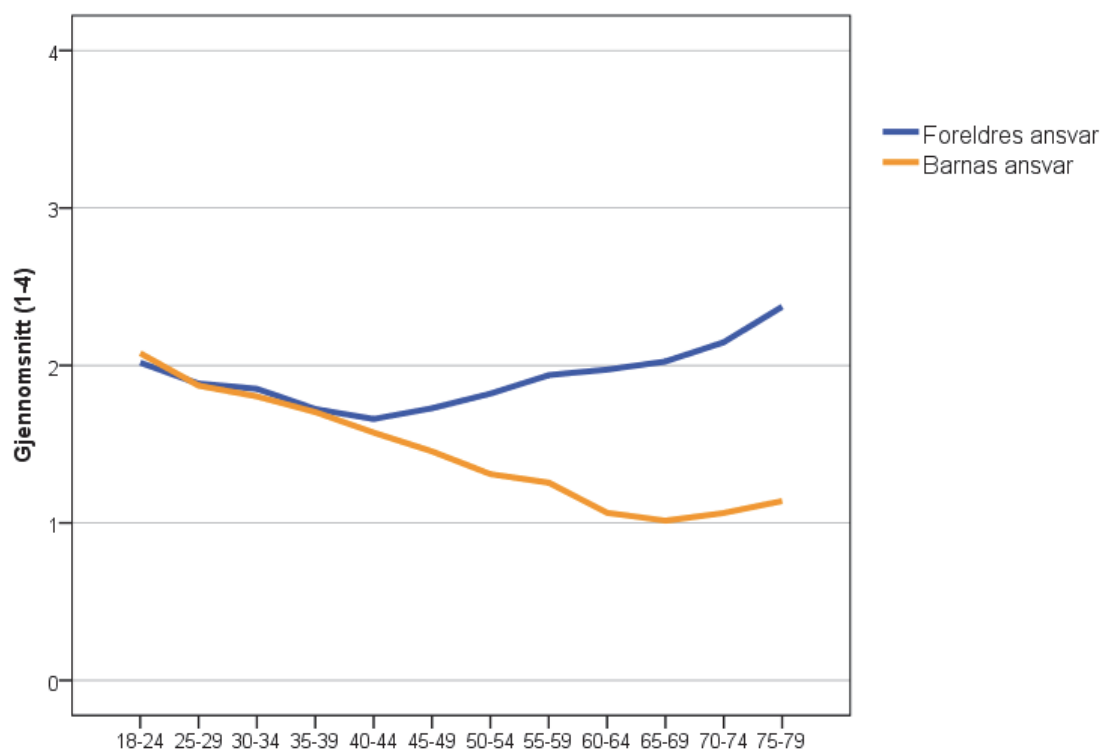
³ Deler av materialet er også publisert i Daatland, Veenstra, & Herlofson, 2012 (in print).

En rekke studier bekrefter at det fortsatt er betydelig oppslutning i befolkningen om å styrke velferdsstaten (Taylor-Gooby, 2004), som i det minste for Nordens del synes å være ganske robust: En nylig publisert studie fra Sverige viser stabil oppslutning om den solidariske velferdsstaten de siste 30 årene, og i den grad det er noen endring, går den snarere i retning av stigende enn fallende oppslutning (Svallfors 2011). Vi vet mindre om holdningene til nærmere bestemte ordninger innenfor velferdsstaten, og i hvilken grad denne typen holdninger er preget av egeninteresse eller av omtanke for andre. Vi har derfor undersøkt om folk har holdninger til velferdsstatens ordninger som primært tjener deres egen eller andre aldersgruppers interesser, og om egeninteressen, eller dens motsetning altruismen (eller solidariteten), står sterkest tidlig eller seint i livet.

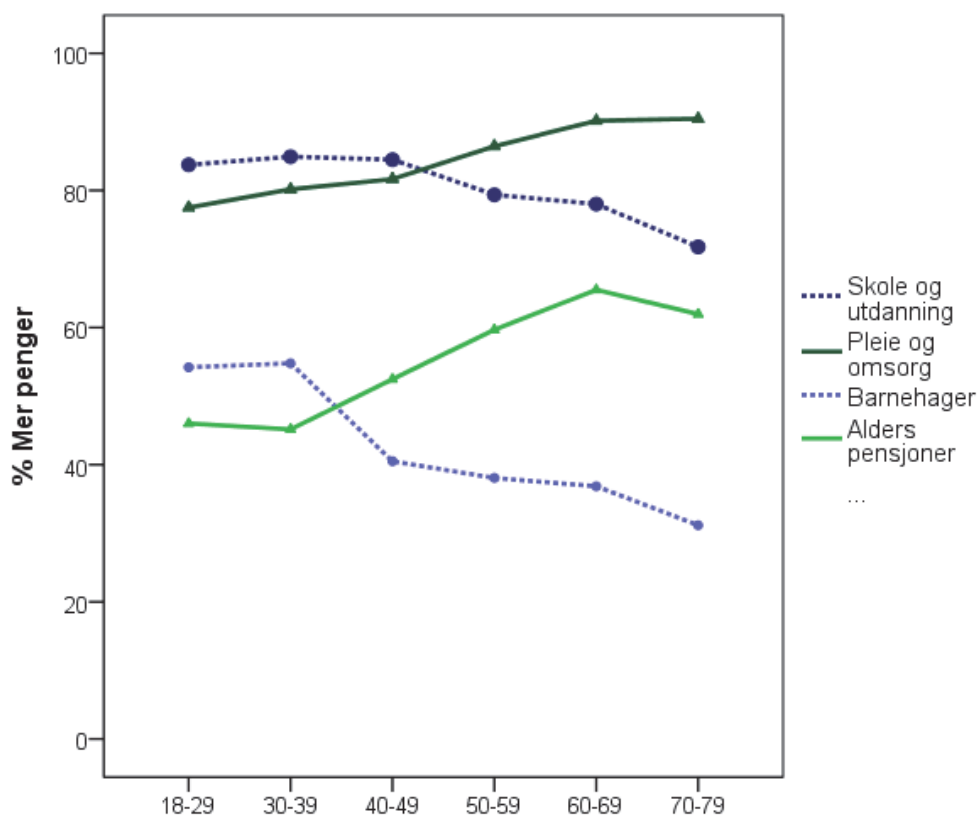
Komparative studier tyder på at noen grupper og tjenester har særlig sterk støtte i befolkningen. Aller fremst står da gjerne eldreomsorg og helse-tjenester, fordi det her dreier seg om personer og tilstander som anses som særlig verdige, med universelle behov som berører alle før eller siden, og som det følgelig er lett å identifisere seg med (Svallfors, 1997; van Oorschot, 2000, 2006). Det samme kan gjøres gjeldende for barn, men familiens primæransvar står sterkere for barn enn for eldre. Tidligere forskning har også blandede resultater hva sammenhengen mellom alder og holdninger angår. Vanligst er å finne en moderat (Blekesaune & Quadagno, 2003) eller sterk (Svallfors, 2008) grad av egeninteresse i holdninger til velferdsstaten. Hver aldersgruppe er særlig tilbøyelige til å støtte opp under tjenester som er aktuelle for dem selv. Bare få har undersøkt hvorvidt og hvordan personlige erfaringer i familien slår ut på samfunnsnivå. Silverstein & Parrot (1997) finner at kontakt med besteforeldre i barndommen slår positivt ut for holdninger til eldretjenester seinere i livet. Goerres & Tepe (2010) finner at høy grad av familiesolidaritet bidrar til en sterkere oppslutning om tjenester for barn. I begge tilfeller opptrer familien som en læringsarena for solidaritet, som så generaliseres til fjernere relasjoner. Solidariteten i familiekretsen kan imidlertid også stå i konflikt med solidaritet på samfunnsnivå, for eksempel ved at liten tillit til staten kan motivere til å søke beskyttelse i familien eller omvendt, at samfunn med sterke familieband kan ha vanskeligere for å få tilslutning til solidaritet på et bredere grunnlag – utover den egne kretsen.

Vi legger til grunn at holdninger til velferdsstatens ordninger ofte er sammensatte, der både hensynet til seg selv og andre kan spille seg ut. Mer konkret spør vi derfor først om holdningene til velferdsstatens ordninger er preget av aldersmessig egeninteresse eller altruisme. Vi spør også om denne balanseringen er forskjellig i eldre og yngre år. Kan vi for eksempel observere en stigende altruisme fra midtre til eldre år slik vi skulle vente på bakgrunn av Eriksons generativitetsteori (Erikson 1968), eller har den eldre generasjonen mistet sine ungdommelige idealer og henfalt til den selvopptatte egeninteressen?

Holdningene til velferdsstatens ordninger er målt ved oppslutningen om et antall navngitte tjenester, indikert ved om en synes at staten burde bruke «mer penger», «som nå», eller «mindre penger» på disse tjenestene. Her er vi bare interessert i holdningen til de aldersbaserte tjenestene, og sammenlikner holdningene til «barnetjenester» (skoler, daghjem) og «eldretjenester» (alderspensjon, eldreomsorg). Vi sammenlikner disse holdningene med holdninger i familiekretsen – mellom ansvar overfor eldre (barns ansvar, filial responsibility) og ansvar for barna (foreldreansvar, parental responsibility) – som ble beskrevet tidligere i kapitlet. Hvordan holdningene varierer med alder, er vist i figur 9.1 og 9.2.



Figur 9.1 Forventninger til foreldres og barns ansvar, etter alder; gjennomsnittskåre på indekser (1: helt uenig – 4: helt enig). Kilde: LOGG 2007–2008



Figur 9.2 Holdninger til finansiell støtte for velferdsstatsprogrammer. Andel som vil gi mer penger til fire ulike programmer. Kilde: LOGG 2007–2008.

Resultatene tyder på at holdningene er blandet på begge arenaer, men at altruismen står relativt sterkere i familiekretsen og egeninteressen relativt sterkere i velferdsstaten. Dette er illustrert ved at både oppslutningen om eldretjenester (stiger med alderen) og barnetjenester (faller med alderen), er i tråd med den egne aldersgruppens interesser (figur 9.2). Det er motsatt for familienormene, der man med økende alder er tilbøyelig til å støtte opp om normer som er i «den andres» interesser: med økende alder blir man mindre tilbøyelig til å kreve noe fra barna, og mer tilbøyelig til å legge vekt på foreldres (og dermed eget) ansvar (figur 9.1).

At det er betydelig grad av solidaritet (altruisme) også i velferdsstaten, ses ved at oppslutningen om tiltakene generelt er høy, selv når de er uaktuelle for ens egen aldersgruppe. På den annen side er det også et element av egeninteresse i familiekretsen, som ses ved den kurvilineære sammenhengen mellom alder og holdninger: De aller yngste støtter også sterkt opp om foreldres plikter, og de aller eldste om barnas plikter – som for begge er til egen aldersgruppes fordel (figur 9.1).

Nærmere analyser viser at kvinner slutter sterkere opp om velferdsstaten enn menn, men er mindre positive til familieforpliktelser, som i begge tilfeller kan være til egen fordel i og med at det er kvinnene som bærer det største omsorgsansvaret. Her ligger kanskje også nøkkelen til en bærekraftig omsorg fra dem som vet best hvor skoen trykker: i velferdsstaten snarere enn i familieplikten. Neste kapittel tar for seg ulike modeller for ansvarsdelingen mellom familien og velferdsstaten, og plasserer den norske modellen i en internasjonal sammenheng.

DEL IV: SAMMENHENGER

Kapittel 10

Komparative perspektiver på omsorgstjenestene – Norge i en internasjonal sammenheng

Svein Olav Daatland

Like problemer burde innby til like løsninger, men idealer og praksis har institusjonaliserte vaner og er tilbøyelige til å følge den veien som allerede er valgt. Landene er derfor tiltrukket av ulike tiltak selv når omstendighetene er like. Noen leter primært etter løsninger i velferdsstaten, andre i familien, og andre igjen i markedet eller det sivile samfunn. Dette kapitlet tar for seg slike særegenheter, denne sti-avhengigheten som den ofte kalles, slik den spiller seg ut innenfor pleie- og omsorgsområdet i Europa, med særlig vekt på Norge og Norden. Skandinaviske land framstår som en distinkt modell i de fleste velferdsstatlige typologier, om de måtte bygge på politisk ideologi (Esping-Andersen, 1990) eller kulturelle karaktertrekk (Castles, 1993).

De etablerte typologier har blitt kritisert for å passe bedre for økonomisk beskyttelse (pensjoner, overføringer) enn for det Alber (1995) kaller «de nye sosiale problemene», som ikke primært har sin rot i arbeidsmarkedet og klassestrukturen, men er knyttet til demografisk utvikling, til kjønn, migrasjon og familier i endring. Sentralt blant disse problemene er omsorg – på ingen måte noe nytt problem for individer og familier, men forholdsvis nytt som et velferdsstatlig ansvar, og representerer som sådan en ekspanderende del av den moderne velferdsstaten.

Sosiale tjenester generelt, og omsorgstjenester spesielt, har derfor vokst fram som et tema for komparative studier av velferdsstaten, og «sosiale tjenestemodeller» (Anttonen & Sipilä, 1996) har blitt et korrektiv for mer generelle velferdsstatlig «regimer». Dette kapitlet følger i denne tradisjonen, men begrenset til pleie- og omsorgstjenestene og til eldreomsorgen spesielt. Vi ser det som mer realistisk å kunne identifisere distinkte modeller på mer begrensede områder av velferdspolitikken enn for velferdsstaten i stort. Noen

land passer ikke like lett inn i de store typologiene, og kan være formet og styrt av ulike idealer og tradisjoner på ulike del-områder (Pfau-Effinger, 2005).

I første del av kapitlet diskuterer vi hvorvidt det er en distinkt skandinavisk modell for eldreomsorg, og i så fall hva som kjennetegner denne modellen og hvor godt den «passer» inn i de mer generelle velferdsregimene. Vi skal foreslå at det *er* en slik (skandinavisk) modell og et antall andre, kontrasterende modeller, med hver sine røtter, som til dels har en lang forhistorie. Den andre delen beskriver den skandinaviske modellen mer konkret i form av volum og profil av tjenester, bruksrater og standard på tjenester, med særlig vekt på det norske eksemplet. Vi viser i denne sammenhengen også til den mer inngående diskusjonen av pleie- og omsorgstjenestenes økonomi i kapittel 3, og til beskrivelsen av den norske pleie- og omsorgstjenesten på nasjonalt og lokalt nivå i kapittel 4 og 5.

I denne tredje delen av rapporten oppsummerer vi de viktigste trender og tilpasninger fra de siste årene, og i hvilken grad de peker i retning av en konvergens mellom land og regimer. I det påfølgende og siste kapitlet, avrundes rapporten med en vurdering av forutsetningene for en bærekraftig omsorg: Hvor adekvate er de ulike modellene for samfunn med en aldrende befolkning?

VELFERDSSTATLIGE MODELLER

Der er en lang tradisjon i komparativ velferdsstatsforskning for å prøve å trekke ut noen få og grunnleggende velferdsstatlige modeller fra den store variasjonen av nasjonale politikker på området. Skillet mellom Bismarck- og Beveridge-type velferdsstater var blant de første forsøkene. Mens Bismarck la hovedvekten på å beskytte arbeidere og deres familier mot tap av inntekt på grunn av sykdom eller høy alder, finansiert via en obligatorisk sosialforsikring, forsøkte Beveridge å bekjempe fattigdommen ved en grunnleggende økonomisk trygghet for alle borgere, finansiert via skatter (Blome, Keck, & Alber, 2009). Disse forskjellene kom til å leve videre som særtrekk ved henholdsvis den tyske og engelske modellen, ja de setter fortsatt sitt preg på hver av disse modellene.

Mer komplekse og ambisiøse typologier ble utviklet seinere, først av Richard Titmuss og kolleger (1974), som skilte mellom borgerskapsbaserte,

forsikringsbaserte og behovsbaserte velferdsstater, og betegnet dem følgelig som den institusjonelle, den forsikringsbaserte (meriterende) og den residuale (behovs-prøvende) velferdsmodellen. Esping Andersen (1990) utvidet denne modellen på en måte som kom til å gi den komparative velferdsstatsforskningen ny energi, da han identifiserte de ideologier og interesser som ulike løsninger var uttrykk for, og dermed innbød til analyser av aktører, prosesser og (politiske) konflikter innenfor velferdsstaten. I følge Esping-Andersen kan man skille mellom et sosialdemokratisk, et konservativt og et liberal(istisk) velferdsstatlig regime. Blant trekk som er karakteristiske for den sosialdemokratiske modellen – representert ved de skandinaviske landene – er den framtreddende rolle staten spiller, inkludert statens aktive regulering av arbeidsmarkedet, og dermed en politikk som beskytter borgerne mot å anses som varer og være prisgitt markedets lover eller snarere tilfeldigheter (dekommodifisering).

Som svar på feministisk kritikk for å være ensidig opptatt av økonomisk trygghet og derigjennom «blind» for kvinners rolle og påtvungede ansvar, så reviderte Esping-Andersen modellen ved å inkludere også sosiale tjenester, og dermed i hvilken grad velferdsstaten (også) beskyttet borgerne mot avhengighet av familien (de-familisering). Denne utvidelsen passet i følge Esping-Andersen glatt inn i den allerede etablerte typologien, som kunne leve videre som den var, men med et rikere innhold. En sørlig modell har seinere blitt lagt til som en mer rudimentær variant av den konservative modellen og som karakteristisk for de europeiske middelhavslandene (Ferrera, 1996; Leibfried, 1992). Etter kommunismens fall har det også blitt foreslått en egen østlig, post-kommunistisk «overgangsmodell» (transitory model).

Esping-Andersens typologi hviler på en kombinasjon av strukturelle og politiske faktorer, og dermed på ideen om at en bestemt type velferdsstat har utviklet seg som svar på felles problemer (struktur) med en felles ballast av tradisjoner (kultur). Den aktive rolle til staten under den skandinaviske modellen blir blant annet forklart ved styrken av de sosialdemokratiske partiene i disse landene under de konstituerende årene for den moderne velferdsstaten, som motiverte disse partiene til å utvikle velferdsløsninger innenfor det de på sett og vis så som deres «egen stat». Universelle ordninger – finansiert av generelle skatter – ble trolig også populære fordi befolkningen i de

skandinaviske landene var svært homogene i denne perioden. Skatter, tjenester og klienter hadde høy legitimitet fordi de refererte til folk som en selv.

Andre velferdsstatlige typologier har en kulturell mer enn en politisk basis. Etter som velferdspolitikken ser ut til å «klynge seg» geografisk, med liknende trekk i nærliggende land, foreslo Castles (1993) at disse klyngene viser til en «familie av nasjoner» (family of nations), med en felles bakgrunn i historie, språk, religion eller familiekultur. Den geografiske lokaliseringen av disse klyngene er indikert ved de navn han satte på dem, så som den skandinaviske modellen (eller klyngen), den kontinentale, den middelhavsbaserte, og den anglo-saxiske. Også en østlig (post-kommunistisk) klynge har seinere kommet til.

Overlappet mellom typologiene til Esping-Andersen og Castles kommer tydelig fram i tabell 10.1, og det faktum at den strukturelle (Esping-Andersen) og kulturelle (Castles) typologien er så lik, viser at de har røtter i den samme jorda. Når vi snakker om velferdsmodeller eller regimer, så refererer vi til et begrenset antall land med karakteristiske likheter innad og karakteristiske forskjeller utad, dvs. i forhold til andre land og modeller. Bakgrunnen for disse forskjellene kan være strukturelle, kulturelle eller begge deler. Den geografiske lokaliseringen tyder på at kulturell arv har hatt en betydelig innflytelse, og trolig især på områder som av tradisjon har vært et familieansvar.

Tabell 10.1. Velferdsstatlige modeller etter Esping-Andersen (politisk) og Castles (kulturelt, geografisk).

Velferdsstatlige regimer (Esping-Andersen)	Familie av nasjoner (Castles)
Sosialdemokratisk	Skandinavisk
Liberal(istisk)	Engelsk-talende
Konservativ	Kontinental
(Sørlig)	(Sørlig)
(Post-kommunistisk)	(Østlig)

KULTURELL ARV

Den sør-europeiske familien er tettere og mer kollektivistisk enn den nordlige i følge Reher (1998). Det samme gjelder for den østlige sammenliknet med den vestlige i følge Hajnal (Hajnal, 1965, 1982). De argumenterer begge for at de europeiske familiekulturene har utviklet seg over århundrer og er nokså stabile, men også i bevegelse som svar på sosial endring. Deres særegne former er likevel bemerkelsesverdig robuste og motstandsdyktige (resilient), og representerer noen grunnleggende trekk som sosialpolitikken og velferdsstaten vokser ut fra snarere enn omvendt.

Styrken og karakteren av familienormene er likevel neppe formet av geografien, selv om klima og levekår kan ha vært med på å prege livsstiler og levemåter. Forskjeller i familieideal og familiepraksiser har mer sannsynlig røtter i historie og religion, og kan fortsatt ha spor fra de historiske grensene mellom kristendom og islam, katolisisme og protestantisme (Höllinger & Haller, 1990; Reher, 1998). Påvirkninger fra romerriket kan for eksempel observeres i familie- og arvelovgivning (Hantrais, 2004). I nyere tid kan mer eller mindre dramatiske politiske hendelser ha satt sine spor i familien, så som de to verdenskrigene og jernteppet deretter. Den undertrykkende kommunismen i Sovjet og randstatene kan ha motivert, ja kanskje tvunget, folk til å søke beskyttelse i familien, og da primært i mer tradisjonelle familierformer (Szydlic, 1996).

Det nord-vestlige Europa har – som kontrast – en lang tradisjon for mer uavhengige relasjoner mellom familiegenerasjoner i følge historikere som Laslett (1984) og Gaunt (1983). Når England og Skandinavia var tidlig ute med etableringen av sosiale tjenester på områder som av tradisjon var familiens ansvar, så var det derfor ikke bare fordi mulighetene (økonomien) tillot det, men også fordi det ble mulig å etterleve det som ble sett som rett og riktig. Etter hvert ga de skandinaviske landene staten en enda større og mer aktiv rolle enn i England – en politikk som har redusert avhengigheten av familien i Skandinavia mer enn i nær sagt alle andre land. Disse utviklingslinjene har hatt gunstig innvirkning på kjønnsroller og likheter mellom kjønnene, selv om årsaksretningen – hva som følger av hva – ikke er entydig. Utviklingen har også vært kontroversiell, og illustrerer dermed at familien og velferdsstaten opererer i et verditungt felt der mange, og til dels motstridende, idealer konkurrerer med hverandre.

I virkeligheten spiller både tradisjonens lange linjer og mer lokale og strukturelle faktorer en rolle. Den kulturelle arven kan representere noen av de vedvarende karakteristika ved velferdspolitikken, mens strukturelle fordringer og skiftende idealer kan bidra til endring. Selv om kollektive familienormer kan være dypt rotfestet i et land, og både politikk og befolkning derfor kan være tiltrukket av en modell der familiens ansvar står sentralt, så kan politikken endres om omstendighetene krever det. Den kulturelle, politiske og institusjonelle tradisjonen i et land representerer under alle omstendigheter en sosial arv og en sti-avhengighet av fortida, som ikke nødvendigvis vil hindre ny kurs, men i det minste sette gammel farge på nye hus. Den tyske omsorgsforsikringen fra 1995 kan tjene som et eksempel. Det at staten kom så seint inn med et ansvar for sosiale behov (omsorg, pleie) i sammenlikning med medisinske behov (behandling), har rimeligvis sammenheng med den familistiske orienteringen i den tyske velferdsstaten. Utviklingen (aldringen av befolkningen, familier i endring) tvang staten til å utvide sitt ansvarsområde, men i velkjent drakt. Man etablerte en universell ordning, men finansiert som forsikring, ikke skatt. Man dekket bare delvis behovet, men tilbød kontantytelser for å støtte familieomsorgen og la det primære ansvaret fortsatt ligge der.

DEN SKANDINAVISKE MODELLEN

Både velferdsregimene til Esping-Andersens og velferdsnasjonene til Castles, identifiserer den skandinaviske velferdsstaten som en distinkt modell, enskjønt under hver sin betegnelse. Hvorvidt det *er* en distinkt nordisk modell for omsorgsområdets vedkommende, er fortsatt et kontroversielt spørsmål (Rauch 2007). Vi legger til grunn at der *er* en slik modell, selv om enkelte kjennetegn er noe flytende, og grensen mellom dem er vage. Hvert land er kjennetegnet også av sine idiosynkratiske trekk. Tabell 10.2 oppsummerer noen viktig karaktertrekk, og hvordan disse konvergerer innenfor og mellom «klynger» eller «regimer». De utvalgte variablene er temmelig generelle, og viser til strukturelle og kulturelle rammebetingelser på den ene sida, og innsatsfaktorer og resultater av slike på den andre sida. Landene er i denne tabellen gruppert etter Castles' typologi, med data hentet og tilpasset fra Castles & Obinger (2008).

Tabell 10.2. Innsatsfaktorer og resultater etter type velferdsstat (ca. 2005) – gjennomsnitt.

	Skandinavisk	Britisk	Kontinental	Sørlig	Østlig (Post-kommunisme)
Fertilitet	1,7	1,6	1,5	1,3	1,3
Kvinnelig sysselsetting	71,4	59,1	57,7	41,3	54,4
Direkte skatter	43,1	29,2	26,2	26,8	20,9
Sosiale forsikringer	14,7	25,9	32,8	29,0	30,7
Samlede skatteinntekter	50,6	36,1	43,3	37,6	31,5
Offentlige utgifter	55,9	42,1	49,5	45,1	38,2
Sosiale overføringer	17	12	16,8	14,5	11,3
Utdanning (utgifter)	7,9	4,9	5,7	4,3	5,3

Kilde: tilpasset fra Castles og Obinger (2008), tabell 2.

Skandinaviske land skiller seg ut med (relativt sett) høye fødselsrater og høye nivåer for kvinnelig sysselsetting, som begge er uttrykk for en aktiv statlig politikk for like muligheter for kjønnene, herunder å kunne kombinere lønnsarbeid med familieforpliktelser. Fødselsratene er i vår tid særlig lave i sør-europeiske og øst-europeiske (post-kommunistiske) land, der også den kvinnelige sysselsettingen er lav og indikerer at velferdspolitikken er familiebasert og at tradisjonelle kjønnsroller står sterkt.

Tabell 10.2 illustrerer også den store statlige sektoren i Skandinaviske land. Samlede offentlige utgifter er høyere enn i noen av de andre klyngene; merk også at direkte skatter er høye. Andre land har oftest lavere skatter, men til gjengjeld høyere finansiering via forsikringsordninger. Skandinavisk velferdspolitik er i hovedsak finansiert av generelle skatter i kombinasjon med moderate egenbetalinger. Andre velferdsstater bygger på universelle forsikringer eller mer selektive ordninger, ofte med forholdsvis høy egenbetaling (Rodrigues & Schmidt 2010).

De to indikatorene for resultatene av velferdspolitikken i tabell 10.2, sosiale overføringer og utdanning, indikerer begge at nivået på den offentlige velferdspolitikken er høyere under det skandinaviske regimet enn under de andre modellene. Disse trekkene kommer også til uttrykk i deres omsorgstjenester.

OMSORGSTJENESTER (LONG-TERM CARE MODELS)

Karaktertrekkene ved de ulike modellene kommer enda tydeligere fram når vi begrenser oss til sosiale tjenester, og mer spesifikt til omsorgstjenester. Anttonen & Sipilä (1996) har analysert europeiske modeller for «sosiale tjenester» ved å sammenlikne nivået på tjenester for barn (barnehager, førskoler) og eldre (hjemmetjenester, institusjonsomsorg). På denne bakgrunn identifiserte de to forskjellige modeller, og to–tre mer tentativt forskjellige. En av de to distinkte var «den skandinaviske modellen av offentlige tjenester», der tjenester for både barn og eldre er universelle, bredt tilgjengelige og i hovedsak gitt av offentlige instanser på lokalt nivå, altså av kommunene. I kontrast til denne står «familieomsorgs-modellen», som er typisk for sør-europa. Disse landene har et begrenset tilfang av sosiale tjenester for både barn og eldre, og ser begge primært som familiens ansvar.

Andre modeller var ikke like distinkte, men Anttonen & Sipilä trakk også fram en britisk «behovsprøvet modell», der staten påtar seg ansvaret for sosiale tjenester, men på et lavere nivå enn i Skandinavia, og derfor med sterkere behovsprøving. Til slutt la de til en «kontinental subsidiaritetsmodell», med Tyskland som et typisk eksempel. Det primære ansvaret blir også her lokalisert i familien, men dekningen (omsorgsforsikring) er universell, og tjenestenivået betydelig høyere enn i middelhavslandene. Staten påtar seg imidlertid en mer indirekte rolle enn i Skandinavia, ved å sørge for finansieringen av omsorgstilbudet, mens tjenester og omsorg for øvrig er forankret i familien og i den private sektor.

Enkelte land passer ikke helt inn i noen av modellene, fordi de skårer høyt på omsorg for barn og lavt på eldreomsorg eller omvendt. Leitner (2003) foreslår at der er ulike former for «familisme». Velferdspolitikken kan av-forplikte familien ved å tilby tjenester som et alternativ til familieomsorg (de-familisme). Politikken kan også – eller alternativt – støtte familien som omsorgsyter (familisering). Begge typer tilbud er til stede i de fleste velferdsstater, men ulikt balansert mellom og innenfor land. Familisering er ofte karakteristisk for omsorgen for barn, de-familisering er mer typisk i eldreomsorgen. Modelleringen blir derfor mer distinkt om vi tar for oss mer avgrensede deler av velferdspolitikken, som nettopp eldreomsorgen. Vi foreslår at de mest distinkte trekk ved de ulike modeller av eldreomsorg ytrer seg langs følgende dimensjoner: statens rolle, finansieringsmåten, de sentrale virkemidlene og tilgjengeligheten av tilbud. Dette gir grunnlag for en

organisering i fire typer av regimer, med den offentlige tjenestemodellen (Skandinaviske land) og familieomsorgsmodellen (middelhavslanene) som ytterpunkter, slik Anttonen & Sipilä (1996) foreslo. Imellom disse er den (statlige) behovsprøvede modellen og (den familiebaserte) forsikringsmodellen – den første representert ved England (og «Britain-abroad», det vil si engelsk-språklige land), den andre ved Tyskland og naboland på kontinentet. Den skandinaviske og engelske modellen er begge skattefinansiert, med staten som primært ansvarlig, men mindre sjenerøst under den engelske modellen. Den kontinentale og sørlige modellen bygger begge på at familien har det primære ansvaret, men mindre så (moderert via velferdsstaten) i Tyskland og naboland enn langs middelhavet. Den familiedominerte modellen som vi fortsatt finner her, er så å si den tradisjonelle orden som de andre modellene har utviklet seg fra.

Tabell 10.3 oppsummerer de karakteristiske kjennetegn ved de fire modellene, med Norge som representant for Skandinavia, og England, Tyskland og Spania som representanter for de øvrige modellene. Postkommunistiske land ligger nærmest familieomsorgsmodellen, og illustrerer på den måten at tradisjonelle familienormer har overlevd den statskommunistiske perioden, ja den kom snarere til å bli styrket, som en beskyttelse mot staten i disse landene.

Table 10.3. Innstats og resultater av pleie- og omsorgstjenester under ulike modeller (cirka 2005).

Omsorgsmodeller	Offentlige tjenester	Behovsprøvet	Forsikringsmodell	Familiemodell
<i>Land</i>	Norge	England	Tyskland	Spania
<i>Statlig rolle</i>	Primær	Residuell	Subsidiær	Subsidiær
<i>Viktigste virkemiddel</i>	Tjenester	Blandet	Overføringer	Blandet
<i>Dekning</i>	Universell	Selektiv (behovstestet)	Universell	Selektiv (familie-testet)
<i>PLO utgifter som andel av BNP¹</i>	Høy (2,3 %)	Middels (1,4 %)	Middels (1,4 %)	Lav (0,6 %)
<i>Offentlige PLO utgifter¹</i>	86 %	65 %	70 %	26 %
<i>Bruksrater: Andel 65+²</i>				
<i>I institusjon</i>	5,3 %	3,5 %	3,8 %	4,1 % ³
<i>i hjemmetjeneste</i>	19,3 %	12,6 %	6,7 %	4,2 %
<i>I alt</i>	24,6 %	16,1 %	10,5 %	8,3 %

¹ OECD 2005.

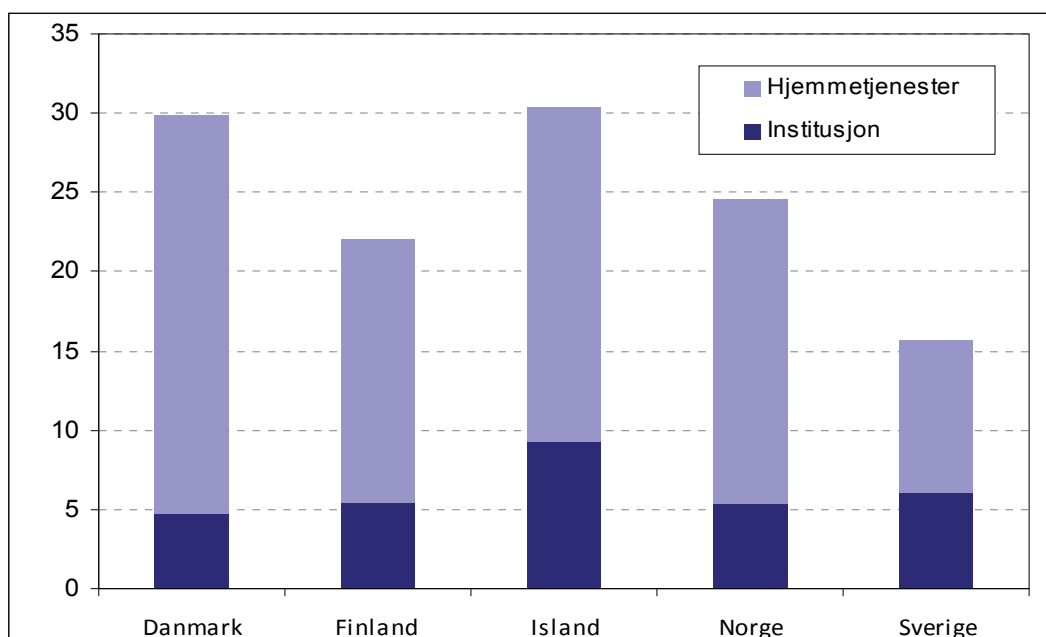
² Huber et al. 2009.

³ Kan inkludere også yngre brukere.

Komparativ statistikk er notorisk usikker; det hender ikke sjelden at man sammenlikner epler med pærer. Tabell 10.3 og påfølgende figurer bør derfor tolkes med forsiktighet. Når dette er sagt, så viser tabell 10.3 at velferdsstaten tar et mer primært og direkte ansvar for omsorgen under den skandinaviske modellen og en mer begrenset eller sekundær rolle under de andre modellene. Dette ses både i lovgivningen og i praksis. De fleste kontinentale og sør-europeiske land opererer fortsatt med et lovfestet ansvar mellom voksne generasjoner (Hantrais, 2004; Millar & Warman, 1996), som for Norges del ble opphevet på 1960-tallet.

Tjenesteytelse er det viktigste virkemidlet under den skandinaviske modellen, og ytes i hovedsak av kommunene, men finansiert og regulert av staten. Andre velferdsstater legger større vekt på kontantoverføringer. Modellene varierer også hva tilgjengelighet (dekning) angår, fra universelle (Skandinavia, Tyskland) til mer selektive (behovsprøvde) ordninger. Av disse grunner er også omfanget av tilbudet høyest i Skandinavia, især hva hjemmebaserte tjenester angår, som så å si opererer på den tradisjonelle familiens primære arena.

Der er betydelig variasjon også innenfor Skandinavia, slik det illustreres ved bruksrater i figur 10.1. Tjenestene er mer tilgjengelige i Danmark og Island enn i Finland og Sverige, med Norge i en mellomstilling. Tilgjengeligheten har endret seg betydelig de siste 10–20 årene, slik vi for Norges del har vist i kapittel 4, og da i retning av å nå ut til relativt færre, men å yte mer til de utvalgte få. Tjenestene har i denne forstand blitt mer selektive og terskelen høyere. I dette ligger en bevegelse tilbake mot familien ifølge svenske studier, der endringene (lavere tilgang) kom tidligst og har vært størst (Johansson, Sundström, & Hassing, 2003). De seinere år har ulike former og grader av privatisering fått økt omfang også i Norden. Markedet har så å si «invadert» velferdsstatenes organer, og gitt omsorgen mer av en varekarakter (Rønning, 2004; Vabø, 2006, 2009).



Kilde: Huber et al.2009.

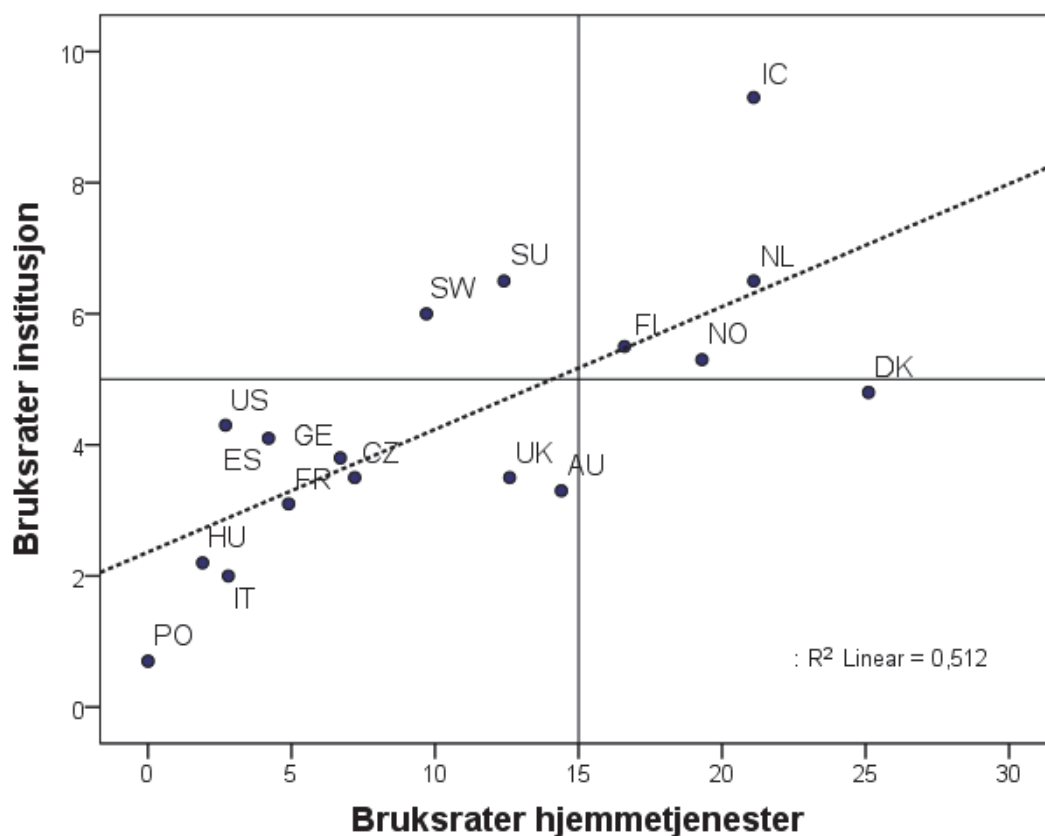
Figure 10.1. Tilgang til hjemmetjenester og institusjonstjenester i ulike skandinaviske land.

ULIKE DILEMMAER?

Figur 10.2 illustrerer tilgangen til omsorgstjenester i et større utvalg av land, fordelt på hjemmetjenester og institusjoner, i begge tilfeller målt ved prosentandelen eldre (65 år+) som mottar slike tjenester. Statistikken er som nevnt usikker, og hva som inkluderes under den ene og andre typen tjeneste varierer mellom landene. For Norges del er for eksempel ikke «omsorgsboliger» inkludert (i figur 10.1 og 10.2), hva de derimot er for Sveriges del, etter at den svenske lovgivningen (og statistikken) integrerte både tradisjonelle institusjoner (sykehjem) og boligbaserte omsorgstilbud (omsorgsboliger) under samme kategori – som «særskilt boende». Man skal også være oppmerksom på at figur 10.2 bare oppgir tjenester, ikke kontantoverføringer (omsorgslønn av ulike slag). Dermed vil land som satser høyt på overføringer komme «dårligere» (lavere) ut enn de som prioriterer tjenester.

Med dette forbehold ser vi at de skandinaviske landene (med unntak av Sverige) samler seg i i den øvre høyre rute av figuren, med høye nivåer for både institusjonsomsorg og hjemmetjenester. Nederland gjør selskap med de nordiske landene. Øst-europeiske land ligger jevnt over lavt langs begge aksene, mens land som USA, Tyskland og England ligger i en midlere posisjon. Den positive korrelasjonen mellom tjenesteområdene ($r=0,51$)

indikerer at det først og fremst er den alminnelige velstand, eller mangel på velstand, som bestemmer tilbudet. Rike land har jevnt over rause tilbud, fattigere land er fattigere også på dette området.



Kilde: Huber et al. 2009. Forkortelse land: IC (Island), DK (Danmark), NL (Nederland), NO (Norge), FI (Finland), SU (Sveits), SW (Sverige), AU (Østerrike), (UK) Storbritannia, (CZ) Tsjekkia, (GE) Tyskland, (FR) Frankrike, (ES) Spania, (US) USA, (IT) Italia, (HU) Ungarn, (PO) Polen.

Figur 10.2. Tilgang til pleie- og omsorgstjenester etter land (andel 65år + med hjemmetjenester og institusjonstjenester)

Hvor adekvate de ulike modellene er for en aldrende befolkning, er et kontroversielt spørsmål, ikke bare fordi de er forankret i politiske og etiske normer og tradisjoner i hvert land; men også fordi landene er ulikt lokalisert i den demografiske overgangen. Norge og Norden er blant landene som er gunstigst stilt, men i den komparativt sett sterke nordiske velferdsstaten ligger kanskje også en risiko for framtida. Vil yngre aldersgrupper fortsatt støtte opp om den ambisiøse velferdsstaten og de høye skattene som må til for å bevare den? Lenger sør i Europa er utfordringen knyttet til familie og sosial ulikhet. Er familiens primæransvar mulig – og rimelig – når befolkningen blir eldre, og kvinner skal ha samme muligheter som menn?

Kapittel 11

Bærekraftig omsorg?

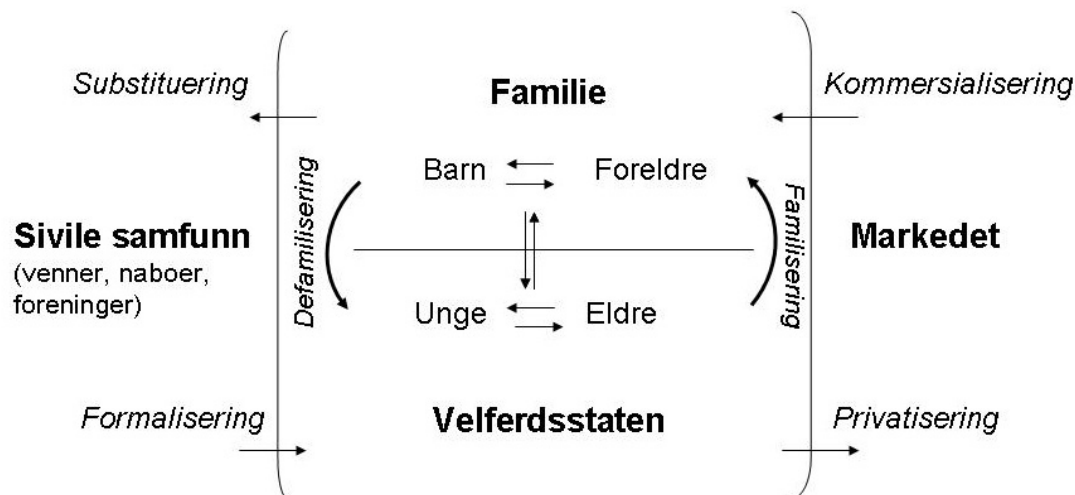
En dynamisk balanse mellom familien og velferdsstaten

Svein Olav Daatland & Marijke Veenstra

Eldreomsorgen er i alle moderne land et delt ansvar mellom først og fremst familien og velferdsstaten, men med støtte også fra nære andre (naboer, venner), fra det sivile samfunn (frivillige organisasjoner) og med et varierende innslag fra markedet (private firmaer). Bærekraften i dette samspillet dreier seg i bunn og grunn om en balansering mellom etterspørsel og ressurser. Med økningen av den eldre befolkningen følger økte behov, om enn moderert av at morgendagens gamle trolig har bedre helse, til gjengjeld har de nok større forventninger og krav til velferdsstaten (kapittel 2). Dertil kommer utgiftspresset «innenfra», fra faglig utvikling og stigende lønninger. Familien vil vanskelig kunne dekke denne økningen, snarere tvert imot, ettersom balansen mellom unge og gamle virker i motsatt retning, og kvinnene ikke er like tilgjengelige som familiens ulønnede omsorgsarbeidere.

DYNAMISK BALANSE

Med ressurser tenker vi ikke bare på hva aktørene *kan* gjøre, men også på mindre håndfaste ressurser i form av verdier og holdninger, det vil si hva aktørene *vil* gjøre. Viljen til å hjelpe kommer blant annet til uttrykk i solidaritet mellom generasjoner i familien og velferdsstaten. Velferdsstaten påvirker familien og omvendt, familiekulturen virker inn på velferdsstaten, slik det er illustrert i figur 11.1. Det kan også være en sammenheng på individnivå her, ved at personlige erfaringer i familiekretsen kan generaliseres til samfunnsnivå, eller omvendt, at tilløp til konflikt om knappe goder i velferdsstaten kan modereres av at yngre og eldre i samfunnet møtes som barn, foreldre og besteforeldre i familiekretsen (kapittel 9).



Figur 11.1. Gjensidige virkninger mellom familie og velferdsstaten; forhold mellom generasjoner og aldersgrupper. Figuren er bearbeidet etter Blome et al. 2009.

Velferdsstaten er sårbar dersom ressursene er knappe og den politiske legitimiteten liten. Familien er også sårbar, især om den påtvinges oppgaver og samværsformer som er i strid med hva folk selv ønsker. De to parter er i realiteten gjensidig avhengige av hverandre. Uten familien var velferdsstaten svak og omvendt; et moderne familieliv trenger støtte utenfra og ovenfra. Uten denne gjensidigheten risikerer vi at familien blir en arena for tvang snarere enn samhold, og at velferdsstaten blir en stat uten velferd. Men fordi dette er de to store aktørene i omsorgssystemet, er det mot disse at oppmerksomheten rettes for å finne løsninger.

Gitt den antatte utviklingen, er det vanskelig å tenke seg at familien skal kunne påta seg mer enn i dag; flertallet av befolkningen ser det verken som mulig eller ønskelig. Hvordan kan vi i det minste opprettholde familieomsorgen, og i hvilken form? Det er heller ikke de beste politiske og økonomiske konjunkturer for å øke investeringene i velferdsstaten. Det er lettere å vinne oppslutning om ulike former for effektivisering: hvordan kan vi få mer omsorg ut av innsatsen?

Balansen mellom de to prinsipale aktørene i omsorgssystemet har variert over tid, og den varierer mellom land, ja mellom kommuner innenfor landene (kapittel 4, 5, 10). Den nordiske velferdsstaten har gått langt i å overta oppgaver som tradisjonelt var familiens ansvar (de-familisme). Lenger sør og øst i Europa ligger fortsatt primæransvaret i familien, med større eller

mindre støtte fra velferdsstaten (assistert familisme). Grenseoppgangen mot markedet og det sivile samfunnet varierer også. Den nordiske modellen har tradisjonelt bygget på offentlige tjenester, men ulike former for privatisering og kommersialisering er i vekst, etter hvert med mange hybride mellomformer, som balanserer mellom formell og uformell, privat og offentlig sektor, som det at familieomsorgen blir lønnet, eller at offentlige tjenester kontraheres ut til private firmaer. I denne rapporten begrenser vi oss til de to viktigste aktørene; her ligger også mye av nøkkelen til bidrag fra andre aktører. Storparten av den private tjenesteytingen gjøres for eksempel på kontrakt for offentlige midler.

Hva som så er en rimelig balanse mellom familien og velferdsstaten, kan ikke utledes empirisk. Man kan nok vurdere fordeler og ulemper ved ulike balanser, og for hvem det er en fordel eller ulempe, men hva som er rett og rimelig, er et verdispørsmål og må veies mot andre gode hensikter.

OPPSLUTNINGEN OM VELFERDSSTATEN

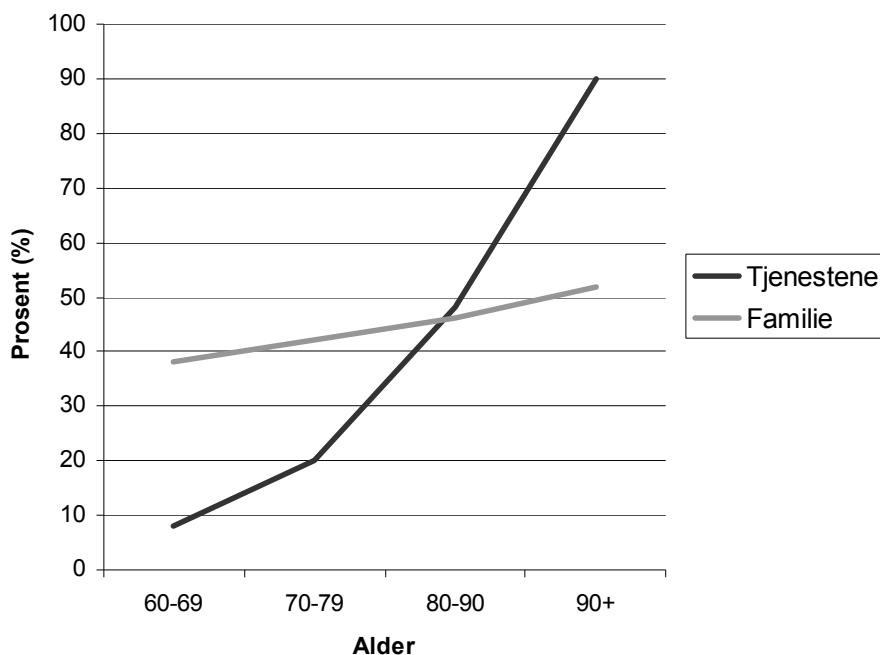
Rapporten har vist at det er stor oppslutning om velferdsstaten i befolkningen, især blant kvinner, som tradisjonelt har tatt det største ansvaret i familien og som fortsatt gjør det. Omsorgen for eldre ses i hovedsak som et samfunnsansvar, med familien i en supplerende rolle. Flertallet foretrekker selv hjelp fra omsorgstjenestene framfor hjelp fra familien om de skulle trenge det i eldre år. Hensynet til barna går for de fleste foran hensynet til eldre foreldre. Idealet om uavhengighet mellom voksne generasjoner står sterkt. Familien er likevel fortsatt en viktig kilde til hjelp og støtte i eldre år, men varig omsorg og pleie er vanskelig å kombinere med lønnsarbeid og like rettigheter for kvinner, og har i stigende utstrekning blitt et velferdsstatlig ansvar. Ironien er at kvinnenes ansvar har fulgt med på lasset; de er enda mer dominerende i omsorgstjenestene enn de er i familieomsorgen.

Velferdsstatens primæransvar er også stadfestet i lovgivningen, og ytrer seg også ved at eldres rettigheter står sterkt i velferdsstaten. Knappt noen andre tiltak og tjenester har større folkelig oppslutning (kapittel 9). Men selv om oppslutningen omkring velferdsstaten og eldretjenestene er generelt høy, er den særlig høy blant eldre selv, og omvendt for tjenester til beste for barn. Holdningene til velferdsstatens ytelser er i så måte preget av en viss

egeninteresse, som kan bli en kilde til konflikt mellom aldersgrupper dersom ressursene blir knappere eller tilliten til velferdsstaten svekkes.

ARBEIDSDELINGEN

Hva så med den faktiske og praktiske arbeidsdelingen mellom familien og velferdsstaten i eldreomsorgen? Vurderinger av arbeidsdelingen er følsom for hvordan den måles og gjør sammenlikninger usikre. Når dette er sagt, viser litteraturen oftest at familiens andel blir anslått til tre–fire ganger større enn velferdsstatens, for eksempel i land som Tyskland, Frankrike, England og USA (kapittel 10). Tilgangen til tjenester er høyere i Norge, og velferdsstatens andel er rimeligvis også høyere og er i nyere tid gjerne anslått til 50–50. Det er så langt vi vet ingen bestemt empirisk studie som ligger til grunn for dette anslaget, men resultatene fra vår egen undersøkelse, og den europeiske OASIS-studien, peker i samme retning, men ikke når behovene er store. Når behovene er moderate, er familiehjelpen viktigst, til dels en- rådgende. Ved stigende behov blir tjenestenes rolle relativt viktigere og etter hvert dominerende, og da primært fordi flertallet av pleietrengende eldre før eller seinere flytter i omsorgsbolig eller sykehjem (kapittel 7 og 8). Sammen- hengen er presentert i idealisert form i figur 11.2.



Figur 11.2. Ansvarsdeling mellom familie og velferdsstaten i eldreomsorgen etter alder (en stilisert modell).

Ved tilgang til omsorgstjenester blir familien avlastet for praktisk hjelp og pleie, og går gjerne over i en mer indirekte omsorgsrolle, med sosial og emosjonell støtte ved besøk, ved å ta ansvar i kortere, mer akutte perioder, og ved å yte den hjelp og assistanse som dagens tjenester ikke dekker, som kjøp av dagligvarer, å følge til legen, eller rett og slett å komme seg ut. Slik sett faller man inn i det som Eugene Litwak kaller den oppgavespesifikke modellen, der familien og omsorgstjenestene bidrar med hver sin type oppgaver og utfyller hverandre (kapittel 7). Tryggheten ved at noen grunnleggende tjenester ligger i bunnen, kan også motivere familien og andre til å bidra uten frykt for å bli overbelastet (kapittel 8).

Arbeidsdelingen mellom familien og tjenestene kan være resultatet av at nye verdier har vokst fram, eller at gamle idealer har fått vinger og latt seg realisere. Strukturelle endringer i behov og ressurser kan også tvinge fram nye løsninger. I dag har nær halvparten i alderen 60 år og over et varig helseproblem, men ikke nødvendigvis behov for hjelp. Hjelpebehovene oppstår som oftest seinere i livet, gjerne etter fylt 80 år, og mer alvorlige hjelpebehov til dels først i 90-årene. Da har mange også sykdommer som krever behandling. Morgendagens gamle kan nok ha bedre førlighet enn generasjonene før dem, men kanskje flere og mer alvorlige sykdommer. Det skjuler seg også store sosiale ulikheter under disse mønstrene, ved at hjelpebehovene oppstår tidligere i livet blant personer med lav utdanning og inntekt. Sosiale forskjeller kan komme til å øke når stadig flere overlever til svært høy alder. Behovet for omsorg kan bli forskjøvet oppover i alderen og vil kanskje vare en kortere periode. Tjenestene kommer i så fall inn i omsorgsforløpet på et seinere tidspunkt. Dette kan bidra til å forklare at sykehjemsdekningen – prosentandelen 80 år+ i sykehjem – har gått ned fra 19 til 14 prosent de siste femten årene (kapittel 4). Hvorvidt utbyggingen av omsorgsboliger har kompensert for dette, er foreløpig uvisst, men etter som det også har blitt knappere med hjemmetjenester for eldre, er det risiko for at det snarere er ressursknapphet som ligger under.

Det er vanskelig å argumentere imot at tjenestene prioriterer de mest hjelpetrengende. Spørsmålet er om terskelen er for høy, selektiviteten for streng, og ressursene for knappe. Ved strammere prioriteringer er man dessuten tilbøyelig til å gi lav prioritet til rehabilitering og forebygging, som

på lengre sikt er lite gunstig. Det er dermed ikke bare et spørsmål om ressursene er tilstrekkelige, men om de fordeles optimalt. I kapittel 5 illustrerte vi hvordan det samme volum av ressurser kan fordeles høyst ulikt fra kommune til kommune – i noen kommuner til boliger, hjemmebaserte tjenester og korttidsplasser i sykehjem, i andre kommuner til tradisjonell sykehjemsdrift og dermed til langt færre. De ulike modellene står ulikt rustet for samhandlingsreformen, der ytterligere oppgaver skal overføres til kommunene. Den ulike profileringen av tjenestene innebærer at samme ressurser (penger, personell) kan gi svært ulike tilbud, alt etter hvordan de organiseres og fordeles. Her ligger en potensiell gevinst som på langt nær er realisert; problemet er at man er uenige om hvilken modell som er den beste og for hvem den er best.

Hvorvidt og hvor langt omsorgsboliger av ulike slag kan erstatte sykehjem, er et høyst kontroversielt spørsmål. Sykehjemmene har i stigende utstrekning blitt reservert for personer med aldersdemens. Betyr det at tilbudet er optimalt nettopp for denne gruppa eller at man er fanget i gamle spor? Nær sagt alle andre grupper av hjelpetrengende har i dag boligbaserte omsorgstjenester.

Tjenestenes ulike karakter gir større eller mindre muligheter for å tilpasse hjelpen til behovene. Hjemmetjenester kan fordeles i timer og oppgaver, sykehjemmet stort sett i alt eller intet. Korttidsplasser og dagtilbud gir en viss fleksibilitet også i sykehjemmene. Destandardisering ses også ved et stigende innslag av privat drift, men oftest på kontrakt og betalt av offentlige midler. Også dette er høyst kontroversielt. Utviklingen er motivert dels som effektivisering og dels som en kvalitetsheving, som gir brukerne («konsumentene») muligheter for å velge blant omsorgsytere. Det er foreløpig ingen studie som har kunnet konkludere hvilken modell som har gitt mest omsorg til best kvalitet. Det er i realiteten et ganske beskjedent innslag av privat drift i den norske eldreomsorgen så langt, men markedet har på sett og vis invadert offentlig sektor med sine modeller og tenkemåter.

BÆREKRAFTIG OMSORG?

En bærekraftig omsorg er ikke bare et spørsmål om ressurser, men om samspill og fordeling. En bærekraftig omsorgsmodell kan ikke overlate ansvaret til familien. Da går det i så fall på bekostning av kvinners rettigheter, og familien vil svekkes snarere enn å styrkes. Land som eksplisitt (familism) eller implisitt legger det primære ansvaret på familien (familism by default) framstår i dag med særdeles lav fertilitet og illustrerer på den måten at de har liten tro på familien.

Kan behovene reduseres ved forebygging og såkalt aktiv rehabilitering; at man driver hjelp til selvhjelp i stedet for å yte service? Internasjonalt seiler dette under begreper som «re-ablement» og «restorative services». Erfaringer fra Sverige og Danmark er positive, men det forutsetter aktiv innsats og kompetent personale, og selv da har man foreløpig ikke kunnet realisere mer enn ca ti prosents gevinst i utgifter per bruker (Kjellberg et al. 2011). En viss utsettelse og moderasjon av behovsutviklingen kan være realistisk, men kanskje primært ved fysisk svekkelse. Aktiv sosial støtte kan nok også gi personer med demens mer trygghet, men kan neppe erstatte et varig tilsyn i en beskyttet boform. Det vil under alle omstendigheter bli flere som har behov for omsorg og pleie i årene framover, om ikke tilsvarende mange som demografien alene skulle tilsi.

Hvem er det så som kan gjøre mer? Det er nok mulig å støtte familieomsorgen via kontantytelser (omsorgslønn) slik Kaasa-utvalget (NOU, 2011:17) nylig har foreslått. Man kan også gjøre det ved ordninger som gjør det lettere å kombinere omsorg med arbeid. Risikoen er i begge tilfeller at kvinner blir tapere og at familien blir påført oppgaver som verken unge eller gamle ønsker. Det var denne risikoen som fikk japanske kvinner til å støtte innføringen av en nasjonal omsorgsforsikring som bygget på tjenester, ikke kontantstøtte, under slagordet: «Vi ønsker frigjøring, ikke anerkjennelse» (Gibson, 2012 (in press)). Familierelasjoner vinner neppe på å tvinges sammen, snarere tvert imot. Generasjonene har blitt økonomisk uavhengige av hverandre, de bor i regelen hver for seg, og foretrekker i stigende utstrekning også å være uavhengige av hverandre i omsorgsmessig forstand. Den pliktdrevne familien har liten støtte i befolkningen, og mindre blant kvinner enn menn, men flertallet mener likevel at voksne barn har et ansvar

for eldre foreldre og omvendt, men innenfor bestemte grenser. Hvor går så grensen for familiens og velferdsstatens ansvar, og hvordan vil denne grenseoppgangen tegne seg i årene framover? Svaret er avhengig av hvem som har størst innflytelse, unge eller gamle, kvinner eller menn, rike eller fattige, leg eller lærd. De gamle er selv mest tilbøyelige til å velge velferdsstaten, det samme er kvinner sammenliknet med menn, og fattige sammenliknet med rike. Det er også disse som har mest å tape om velferdsstaten forvitrer.

Kan nærmiljøet og frivillige ta et større ansvar, slik Hagen-utvalget (NOU, 2011:11) foreslår? Kan naboer, venner og frivillige fylle tomrommet mellom velferdsstaten og familien? Mange er jo uten nær familie (kapittel 6), og naboskapsvennlige boliger og omgivelser kan gi tilgang til hjelp, trygghet og mot til å hjelpe seg selv og hverandre. I aldringen av befolkningen ligger dermed også ressurser, som trenger en forløsning.

Vi har også behov for flere «hender» innenfor omsorgstjenestene. Rønning (2009) har pekt på et antall strategier: Høyere lønn for å motivere nye og få gamle til å stå lenger, importere omsorgspersonell utenfra, slik man gjør i land som Italia og Tyskland, og hva med «verneplikt» – et år eller to i omsorgssektoren; kanskje eneste måten å gjøre menn kjent med omsorgstjenesten? Økt bruk av teknologi kan også hjelpe til, men omsorg dreier seg først og fremst om menneskelige relasjoner, ikke om utstyr.

Storparten av denne typen tiltak forutsetter at det er oppslutning om velferdsstaten, ja at den igjen kan ses som en investering snarere enn en byrde og en utgift. Er det noe bedre å investere i, enn i trygghet og velferd for mennesker som trenger det? Dessuten – Norge er alt i alt i en gunstig situasjon sammenliknet med de fleste andre land. Vi var tidlig ute i den demografiske overgangen og har deler av den bak oss uten derved å ha kommet i krise. Vi står framfor en langt mindre radikal aldring av befolkningen enn land som Tyskland, Italia og Japan. Vi var også tidlig ute med utviklingen av velferdsstaten og omsorgstjenestene, og har i så måte et mer solid fundament for framtida enn de fleste. Det kan riktignok også ligge en risiko her, ved at vi har etablert store utgifter som krever høye skatter og høy legitimitet i befolkningen. Det er likevel vanskelig å tenke seg at alternativet skulle være bedre; at velferdsstaten sto svakt og avhengigheten av familien desto sterkere.

Og derfor, dersom noe land skulle mestre utfordringene fra en aldrende befolkning, er det vanskelig å finne land som ligger bedre til for det enn Norge. Våre «sosiale utgifter» er riktignok store, blant de høyeste i verden, og pleie- og omsorgstjenestenes del av disse er forventet å dobles framover mot år 2050.

Der er nok grenser for hvor mye av verdiskapningen i et samfunn som kan brukes til sosiale formål, men vi er neppe der ennå. Bærekraften av den norske omsorgsmodellen er derfor ikke primært et ressurs spørsmål, men et spørsmål om å ville.

Summary

This report concludes the PopAge project (Population ageing and long-term care: the family-welfare state balance revisited), financed by the Norwegian Research Council, and carried out in 2009–2011 at NOVA. Ageing of the population changes in a fundamental way the balance between generations in the family as well as in the welfare state. The primary objective of the project was to build new knowledge about the changing role of the family and the welfare state in current Norwegian long-term care systems, and to evaluate the risk for increasing social inequalities in response to population ageing. Secondary, more specific objectives were, to explore the needs, motivations and barriers for family care, to describe the character and consequences of different mixes of formal and informal care, and to inform policies that may support a fair distribution of public long-term care resources.

The report is organised in four sections. Part I (Chapter 1) introduces the project and research questions, and describes basic perspectives, data and methodologies.

Part II provides a macro perspective on long-term care in four chapters. Chapter 2 summarizes current knowledge about population ageing, including the assessment of health among future elders: Do we live longer in good health, or in poor health? So far, research indicates support for the dynamic equilibrium hypothesis, implying longer lives with disease. But care needs are postponed to a later – and shorter – period of late life. Chapter 3 describes the position of elders in the welfare state in general, and in long-term care in particular, and what is to be expected in the coming years. Estimates vary considerably; hence there is considerable uncertainty in projections. According to a medium alternative, total expenses (and employment) in long-term care is expected to double over the next forty years, but will yet stay within a limit of around four per cent of GDP.

Chapter 4 outlines the development of long-term care services since the 1960s. Norway is among the countries with the most generous access to public services, but services have leveled off, and even declined the later years. De-institutionalization characterises care for younger clients, whereas

institutional care (nursing homes) is still dominant in elder care. Services are mainly public, provided by local governments, but increasingly subject to a contracting out policy. Chapter 5 analyses local variations in long-term care, which is considerable between the 430 Norwegian municipalities, not only in volume, but also in profile of services. The smaller municipalities have in general the higher volume of services, partly because needs are larger, and partly because of more generous state subsidies.

Part III includes four chapters with analyses of health, family networks, and care exchanges based in a large, nationally representative survey. Chapter 6 describes how family networks, and needs, vary over the life course, including the risk of being squeezed between obligations towards young children and old parents. Chapter 7 analyses help relationships – the role of families, and the welfare state for care of older (parents) and younger persons in need. The family and welfare state balance in elder care is estimated to around 50–50, but the welfare state (public services) dominates when nursing care is needed, primarily because elders with extensive needs sooner or later move into assisted housing or a nursing home. Chapter 8 describes the pathways to the nursing home via qualitative interview with the primary family carer of a number of elders who have recently been institutionalized. These pathways are quite different, gradual and acute, short-term and long-term, but common for all of them is a period in hospital prior to the nursing home.

Norms and preferences for care are discussed in chapter 9. Norwegian attitudes about the role of families and the welfare state are compared to attitudes in other countries, indicating that family norms are less strict, and the belief in the welfare state more strong, in Norway than in countries further south and east on the European continent. Elder care is in Norway seen as a welfare state responsibility, but supplemented with family care. Other countries tend to leave the main responsibility with the family.

The final Part IV adds comparative perspectives (Chapter 10), and concludes the report with a discussion about sustainable care (Chapter 11). The Nordic model is expensive, and need support from a trust in government and a willingness to pay taxes. The continental model is hard to

reconcile with modern family life and equal opportunities for women and men.

Population ageing indicates a need for larger investments in the welfare state, but moderately so in Norway compared to many other countries, where ageing is more radical and current services less available. There is likely a limit for what a country can spend on «social issues», but we are hardly there yet. A sustainable care system need both the family and the welfare state, but families can hardly shoulder more than today when populations get older. The solution lies therefore mainly in the welfare state, and is not primarily a question of resources, but of solidarity.

Referanser

- Alber, J. (1995). A framework for the comparative study of social services. *Journal of European Social Policy*, 5(2), 131-149.
- Andreassen, K. K. (2011). Befolkningens størrelse og aldersfordeling. I: E. Mørk (red.), *Seniorer i Norge 2010* (s. 9-16). Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Antonucci, T., & Jackson, J. (1990). The role of reciprocity in social support. In: I. G. Sarason, B. R. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 173-198). New York: John Wiley & Sons.
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, 6(2), 87-100.
- Arnesen, T., & Nord, E. (1999). The value of DALY life: problems with ethics and validity of disability adjusted life years. *British Medical Journal*, 319(7222), 1423-1425.
- Batljan, I., & Thorslund, M. (2009). The effect of change in educational composition on population ageing. *European Journal of Ageing*, 6(3), 191-200.
- Beckett, M. (2000). Converging health inequalities in later life – an artifact of mortality selection. *J Health Soc Behav*, 41(1), 106-119.
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families. An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53(4), 856-870.
- Bjørshol, E., Høstmark, M., & Lagerstrøm, B. O. (2010). *Livsløp, generasjon og kjønn. LOGG 2007. Dokumentasjonsrapport*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Blekesaune, M., & Quadagno, J. (2003). Public attitudes towards welfare state policies: A comparative analysis of 24 nations. *European Sociological Review*, 19, 415-427.
- Blome, A., Keck, W., & Alber, J. (2009). *Family and the welfare state in Europe: Intergenerational relations in ageing societies*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Bonneux, L., Barendregt, J. J., Nusselder, W. J., & der Maas, P. J. (1998). Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *BMJ*, 316(7124), 26-29.
- Borgan, J. K. (2012). *Statistikk over pleie- og omsorgstjenesten 1962-2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

- Botten, G., Hagen, T. P., & Waaler, H. T. (2000). *Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne*. Universitetet i Oslo: HERO.
- Brathaug, A. L., Brunborg, H., Lunde, E., Nørgaard, E., & Vigran, Å. (2001). *Utviklingen av aldersrelaterte helse-, pleie og omsorgsutgifter*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Brevik, I. (2009). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*. Oslo: NIBR, prosjektrapport.
- Brevik, I. & Daatland, S.O. (2007). *Utvikling og status i norsk eldreomsorg: Institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål 1989-2005. Aldring og livsløp, 2, 2-5*.
- Breyer, F., Costa-Font, J., & Felder, S. (2010). Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy, 26(4)*, 674-690.
- Brody, E. M. (1981). 'Women in the middle' and family help to older people. *The Gerontologist, 21(5)*, 471-480.
- Brunborg, H. (2004). *Befolkningen blir eldre. Økonomiske analyser, 5*.
- Cancer Registry of Norway. (2011). *Cancer in Norway 2009. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway.
- Cantor, M., & Little, C. (1985). Aging and social care. In: R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Castles, F. (1993). *Families of nations: Patterns of public policy in western democracies*. Dartmouth: Aldershot Hants.
- Castles, F. G., & Obinger, H. (2008). Worlds, families, regimes: Country clusters in European and OECD area public policy. *West European Politics, 31(1-2)*, 321-344.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *Summary measures of population health. Report of findings on methodologic and data issues*. In: *Healthy people 2010*. Hyattsville: Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., & Vaupel, J. W. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet, 374(9696)*, 1196-1208.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD.

- Connidis, I. A., & McMullin, J. A. (2002). Sociological ambivalence and family ties: A critical perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 64(3), 558-567.
- Crimmins, E. M., Hayward, M. D., Hagedorn, A., Saito, Y., & Brouard, N. (2009). Change in disability-free life expectancy for Americans 70 years old and older. *Demography*, 46(3), 627-646.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 58(6), S327-337.
- Daatland, S. O. (1983). Care systems. *Ageing & Society*, 3, 1-21.
- Daatland, S. O. (1989). Verdifull informasjon for kommunene. *Aldring & Eldre*, 2(7).
- Daatland, S. O. (1990). What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1-15.
- Daatland, S. O. (1994). *Hva skjer i eldresektoren?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 1-1994.
- 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., & Lima, I. A. (2011). Balancing generations: on the strength and character of family norms in the West and East of Europe. *Ageing & Society*, 31, 1159-1179.
- Daatland, S. O., Slagsvold, B., & Lima, I. A. (2009). Population ageing, intergenerational solidarity and the family-welfare state balance: a comparative exploration. In: *How generations and gender shape demographic change* (pp. 127-138). Geneva: UN.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S. O., Veenstra, M., & Herlofson, K. (2012). Age and intergenerational attitudes in the family and the welfare state. *Advances in life-course research* (doi:10.1016/j.alcr.2012.01.005).
- Daatland, S. O., Veenstra, M., & Lima, I. A. (2009). *Helse, familie og omsorg over livsløpet*. Oslo: NOVA, raport 4-2009.
- Daatland, S. O., Veenstra, M., & Lima, I. A. (2010). Norwegian sandwiches. On the prevalence and consequences of family and work role squeezes over the life course. *European Journal of Ageing*, 7(4), 271-281.
- Elstad, J. I. (2008). Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet.

- Engedal, K., & Haugen, P. K. (1993). The prevalence of dementia in a sample of elderly Norwegians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(7), 565-570.
- Erikson, E. H. (1968). Generativity and ego integrity. In: B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging. A reader in social psychology* (pp. 85-87). Chicago: University of Chicago Press.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G., & Sarasa, S. (2002). The generational conflict reconsidered. *Journal of European Social Policy*, 12(5), 5-21.
- Eurostat. (2009). *Statistics in focus* (Volume 40): Eurostat.
- 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.
- Ferrera, M. (1996). The 'Southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17-37.
- Fevang, E., Kverndokk, S., & Røed, K. (2009). Omsorg for foreldre – hvordan påvirkes yrkesaktiviteten? *Søkelys på arbeidslivet*, 1, 113-123.
- Finch, J. (1989). *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Finch, J., & Mason, J. (1993). *Negotiating family responsibilities*. London: Tavistock/Routledge.
- Fjelltun, A.M.S. (2009). *Waiting for nursing home placement: A study of frail elderly and their carers*. PhD Doctoral thesis, University of Tromsø.
- Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*. Oslo.
- Freedman, V. A. (2003). Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States: A systematic review. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 289(24), 3242-3242.
- Freedman, V. A., Agree, E. M., Martin, L. G., & Cornman, J. C. (2006). Trends in the use of assistive technology and personal care for late-life disability, 1992-2001. *The Gerontologist*, 46(1), 124-127.
- Fries, J. F. (2003). Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Ann Intern Med*, 139(5 Pt 2), 455-459.
- Fries, J. F., Green, L. W., & Levine, S. (1989). Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet*, 1(8636), 481-483.

- Fuchs, V. R. (1984). 'Though much is taken': Reflections on aging, health, and medical care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 62(2), 143-166.
- Furre, B. (1991). *Vårt hundreår. Norsk historie 1905-1990*. Oslo: Samlaget.
- Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B., Kalcic, M., & Strand, P. (2011). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Gaunt, D. (1983). *Familjeliv i Norden*. Malmö: Gidlunds.
- Gautun, H. (2008a). *Arbeidstakere og omsorg for gamle foreldre – den nye tidsklemma*. Oslo: Fafo.
- Gautun, H. (2008b). Hvordan kombinerer eldre arbeidstakere jobb med omsorgsforpliktelser for gamle foreldre. *Søkelys på arbeidslivet*, 2, 171–185.
- Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Oslo: Fafo.
- Getzen, T. E. (1992). Population aging and the growth of health expenditures. *Journals of Gerontology*, 47(3), S98-S104.
- Giarusso, R., Stallings, M., & Bengtson, V. L. (1995). The intergenerational stake hypothesis revisited: Parent-child differences in perceptions of relationships 20 years later. In: V. L. Bengtson, K. W. Schaie & L. M. Burton (Eds.), *Adult intergenerational relations: Effects of social change*. (pp. 227-263). New York: Springer.
- Gibson, M. J. (2012 (in press)). Lessons on long-term care from Germany and Japan. In: N. Folbre & D. Wolf (Eds.), *Universal coverage of long-term care in the US: Can we get there from here?* University of Syracuse.
- Gjevjon, E. R., & Romøren, T. I. (2010). *Vedtak om sykehjemsplass – hvor høye er tersklene?* Gjøvik: Høgskolen i Gjøviks rapportserie.
- Grue, L. (1998). *Barn med varig sykdom og funksjonshemming. En analyse av Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser 1995 og 1985*. Oslo: NOVA
- Gruenberg, E. M. (1977). The failure of success. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 55(1).
- Grundy, E., & Henretta, J. C. (2006). Between elderly parents and adult children. A new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Ageing & Society*, 26, 707-722.
- Hagen, T. P., Amayu, K. N., Godager, G., Iversen, T., & Øien, H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Oslo: Universitetet i Oslo: HERO.

- Hajnal, J. (1965). European marriage pattern in perspective. In: D. V. Glass & D. E. C. Eversley (Eds.), *Population in history. Essays in historical demography* (pp. 101-143). London: Edward Arnold.
- Hajnal, J. (1982). Two kinds of pre-industrial household formation system. *Population and Development Review*, 8(3), 449-494.
- Hammervold, R. (1988). *Helsetjenesten i kommunene. Variasjoner i aktivitet og ressurser 1985/1986*. Trondheim: Norsk institutt for sykehusforskning
- Hantrais, L. (2004). *Family policy matters: Responding to family change in Europe*. Bristol: The Policy Press.
- Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G., & Vardheim, I. (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. Bø: Telemarksforskning.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002-2003). *Betere kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene*. Oslo: HOD.
- Holmøy, E., & Nielsen, V. (2008). *Velferdsstatens langsiktige finansieringsbehov*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Økonomiske analyser, 4.
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffman, F., Gasior, K., & Marin, B. (2009). *Facts and figures of long-term care: Europe and North America*. Wien: European Centre.
- Huseby, B. (2011). *Samhandlingsstatistikk*. Paper presentert på dagsmøte om helseøkonomi, Oslo (<http://www.nsh.no/script/view.asp?id=325>).
- Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden?* Trondheim: SINTEF.
- Höllinger, F., & Haller, M. (1990). Kinship and social networks in modern societies: A cross-cultural comparison among seven nations. *European Sociological Review*, 6(2), 103-124.
- Ingebretsen, R. & Nergård, T. (2007). *Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet*. Oslo: NOVA, rapport 13/07.
- Jagger, C., Matthews, R. J., Matthews, F. E., Spiers, N. A., Nickson, J., Paykel, E. S., et al. (2007). Cohort differences in disease and disability in the young-old: Findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC-CFAS). *Bmc Public Health*, 7.
- Johansson, L., Sundström, G., & Hassing, L. (2003). State provisions down, offspring's up: the reversed substitution of old-age care in Sweden. *Ageing & Society*, 23(3), 269-280.

- Karlsson, M., & Klohn, F. (2011). *Some notes on how to catch a red herring. Ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden*. Universitetet i Oslo: Health Economics Research Programme (HERO).
- Keilman, N., & Christiansen, S. (2010). Norwegian elderly less likely to live alone in the future. *European Journal of Population*, 26, 47-72.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Kjellberg, P.K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune*. København: Dansk Sundhedsinstitut
- Kjelvik, J. (2007). Fra kommunekasser til helseforetak. 120 års kollektiv helseutbygging (<http://www.ssb.no/emner/03/00/sa94/del-vii-2.pdf>).
- Kjelvik, J. (2011). Mindre del av utgiftene går til eldre. *Samfunnsspeilet*, 2.
- Kohli, M., & Künemund, H. (2003). Intergenerational transfers in the family: What motivates giving? In: V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.), *Global aging and challenges to families*. New York: Aldine de Gruyters.
- Kramer, M. (1980). The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 282–297.
- Kvale, R., Auvinen, A., Adami, H. O., Klint, A., Hernes, E., Moller, B., et al. (2007). Interpreting trends in prostate cancer incidence and mortality in the five Nordic countries. *Journal of the National Cancer Institute*, 99(24), 1881-1887.
- 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.
- Lafortune, G., & Balestat, G. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Paris: OECD Health Working Papers.
- Lappegård, T., & Slagsvold, B. (2007). *Livsløp, generasjon og kjønn (LOGG) - Analysemuligheter*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Laslett, P. (1983). The significance of the past in the study of ageing. *Ageing & Society*, 4(4), 379-389.
- Leibfried, S. (1992). Towards a European welfare state: On integrating poverty regimes in the European Community. In: Z. Ferge & J. E. Kolberg (Eds.), *Social policy in a changing Europe*. Frankfurt: Campus Verlag, 245.
- Leitner, S. (2003). Varieties of familialism – the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, 5(4), 353-375.

- Lillegård, M., & Ramm, J. (2010). *Forventet antall leveår i god helse (HLY) Effekten av ulike helsedefinisjoner*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Lingsom, S. (1985). *Uformell omsorg for syke og eldre*. Samfunnsøkonomiske studier. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Lingsom, S. (1989). *Gammel og sprek. Om endringer i eldres hjelpebehov*. Oslo: INAS, rapport 8-1989.
- Lingsom, S. (1991). *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. Oslo: INAS, rapport 5-1991.
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: NOVA, rapport 6-1997.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Livingston, G., Leavey, G., Manela, M., Livingston, D., Rait, G., Sampson, E., et al. (2010). Making decisions for people with dementia who lack capacity: qualitative study of family carers in UK. *British Medical Journal*, 341.
- Lubitz, J. D., & Riley, G. F. (1993). Trends in medicare payments in the last year of life. *New England Journal of Medicine*, 328(15), 1092-1096.
- Luscher, K., & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60(2), 413-425.
- Lynch, J. (2001). The age-orientation of social policy regimes in OECD countries. *Journal of Social Policy*, 30, 411-436.
- Lynch, J. (2006). *Age in the welfare state. The origins of social spending on pensioners, workers, and children*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lynch, S. M. (2003). Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: a hierarchical approach. *Demography*, 40(2), 309-331.
- Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 60(2), 183-244.
- Marshall, V.W., Cook, F.L. & Marshall, J.G. (1993). Conflict over intergenerational equity: Rhetoric and reality in a comparative context. In: V.L. Bengtson & W.A. Achenbaum (eds.), *The changing contract across generations* (pp. 119-140). New York: Aldine de Gruyter.
- Marthinsen, A. (1956). *Gamle- og pleiehjem i Norge*. *Norske gerontologiske skrifter*, nr. 2. Oslo.

- Millar, J., & Warman, A. (1996). *Family obligations in Europe*. London: Family Policy Studies Centre.
- Moe, J. O., & Hagen, T. P. (2011). Trends and variation in mild disability and functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008 *European Journal of Ageing* 8(1), 49-61.
- Murphy, M., & Martikainen, P. (2011). Use of care services in relation to proximity to death among older people: Evidence from Finland. *Eurohealth* 17 (2–3), 18-21.
- Nergård, T. B. (2009). Eldre innvandrere og bruk av pleie- og omsorgstjenester. *Aldring og livsløp*, 1.
- Nielsen, V. (2008). *Utviklingen i offentlige utgifter til velferdstjenester mot 2060*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Økonomiske analyser 2.
- Nord, E., & Hjort, P. F. (1988). Helsetjenesteforbruket i siste leveår. Andel av totalt helsetjenesteforbruk. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 108, 3265-3267.
- Normann, T. M. (2009). *Utfordringer for den nordiske velferdsstaten – sammenlignbare indikatorer*. København: Nordisk Sosialstatistisk Komité.
- NOU. (1992:1). *Trygghet, verdighet, omsorg* (Gjærevollutvalget).
- NOU. (2011:11). *Innovasjon i omsorg*. (Hagen-utvalget). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU. (2011:17). *Når sant skal sies, om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert* (Kaasa-utvalget). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Næss, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (Eds.), *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Osnes, E. K., Lofthus, C. M., Meyer, H. E., Falch, J. A., Nordsletten, L., Cappelen, I., et al. (2004). Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. *Osteoporosis International*, 15(7), 567-574.
- Otnes, B. (2011). Helse. I: E. Mørk (red.), *Seniorer i Norge 2010*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Otterstad, H. K. (2009). Eldre kvalifiseres som sykehjemstrengende på sykehuset og som hjemmeboende av kommunen. *Sykepleien Forskning*, 2009(1), 64-66.
- Parker, M. G., Ahacic, K., & Thorslund, M. (2005). Health changes among Swedish oldest old: Prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *Journals of Gerontology Series, Biological and Medical Sciences*, 60(10), 1351-1355.

- Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47(2), 150-158.
- Payne, G., Laporte, A., Deber, R., & Coyte, P. C. (2007). Counting backward to health care's future: Using time-to-death modeling to identify changes in end-of-life morbidity and the impact of aging on health care expenditures. *Milbank Quarterly*, 85(2), 213-257.
- Petersen, S. (2011). *Fremskrivning av behovet for sykehustjenester i Norge*. Trondheim: SINTEF.
- Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare state policies and the development of care arrangements. *European Societies*, 7(2), 321-347.
- Qureshi, H. & Walker, A. (1989). *The caring relationship*. London: Macmillan.
- Raitano, M. (2006). *The impact of death-related costs on health-care expenditure. A survey*. ENEPRI.
- Reher, D. S. (1998). Family ties in western Europe: Persistent contrasts. *Population and Development Review*, 24(2), 203.
- Robine, J., Saito, Y., & Jagger, C. (2009). The relationship between longevity and healthy life expectancy. *Quality in Ageing* 10(2).
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ross, C. E., & Wu, C. L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav*, 37(1), 104-120.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare. Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, R. (2009). Framtidens omsorg – noen scenarier. *Aldring og livsløp*, 2, 2-6.
- Seip, A. L. (1984). *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo: Gyldendal.
- Selbæk, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), 843-849.
- Sosialdepartementet. (1955). *Innstilling fra komiteen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle* (Strøm-komiteen).
- Sosialdepartementet. (1964). *Hjemmehjelp for eldre*. Innstilling I fra Komiteen for eldreomsorgen.
- Sosialdepartementet. (1969). *Innstilling om institusjoner for eldre*. Innstilling II fra komiteen eldreomsorgen.

- Sosialdepartementet. (1970). *Boliger for eldre*. Innstilling III fra Komitéen for eldreomsorgen.
- Sosialdepartementet. (1974). *Eldres helse, aktivitet og trivsel*. Innstilling IV fra Komitéen for eldreomsorgen.
- Spitze, G., Logan, J. R., Joseph, G., & Lee, E. J. (1994). Middle generation roles and the well-being of men and women. *Journals of Gerontology*, 49(3), S107-S116.
- St.meld. nr. 22. (1974-1975). *De eldre i samfunnet*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening. Omsorgsplan 2015*. Oslo.
- St.meld. nr. 50. (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorgen*. Oslo.
- Strand, B. H., Groholt, E. K., Steingrimsdottir, O. A., Blakely, T., Graff-Iversen, S., & Næss, O. (2010). Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000. *BMJ*, 340.
- Sulander, T. T. (2005). *Functional ability and health behaviours. Trends and associations among elderly people, 1985-2003*. PhD, University of Helsinki.
- Sullivan, D. F. (1971). A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Reports*, 86(4), 347.
- Sundström, G., Herlofson, K., Daatland, S. O., Hansen, E. B., Johansson, L., Malmberg, B., et al. (2011). Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. *Journal of Care Services Management*, 5(1), 35-42.
- Sundström, G., & Johansson, L. (2004). *Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga att vilja, kunna, orka stålla upp för de äldre i framtiden?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svallfors, S. (1997). Worlds of welfare and attitude to redistribution: A comparison of eight western nations. *European Sociological Review*, 13, 283-304.
- Svallfors, S. (2008). The generational contract in Sweden: Age-specific attitudes to age-related policies. *Policy & Politics*, 36, 381-396.
- Svallfors, S. (2011). A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social Policy & Administration*, 45,7, 806-825.
- Szebehely, M. (2005). *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt*. København: Nordiska Ministerrådet, TemaNord 2005: 508.

- Szydlic, M. (1996). Parent-child relations in east and west Germany shortly after the fall of the wall. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 16(2), 63-68.
- Taylor-Gooby, P. (2004). Open markets and welfare values. Welfare values, inequality and social change in the silver age of the welfare state. *European Societies*, 6(1), 29-48.
- Titmuss, R. M., Abel-Smith, B., & Titmuss, K. (1974). *Social policy: An Introduction*. London: Allen & Unwin.
- Ukrainitseva, S., Sloan, F., Arbeev, K., & Yashin, A. (2006). Increasing rates of dementia at time of declining mortality from stroke. *Stroke*, 37(5), 1155-1159.
- United Nations. (2010). World Population Prospects, the 2010 Revision. *Population Division* (http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_population.htm).
- Vabø, M. (2006). Caring for people or caring for proxy consumers? *European Societies*, 8.
- Vabø, M. (2009). Home care in transition: The complex dynamics of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organisation and Management*, 22(3), 346-359.
- van Oorschot, W. (2000). Who should get what and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. *Policy & Politics*, 28, 33-48.
- van Oorschot, W. (2006). Making the difference in social Europe: Deservingness perceptions among citizens of European welfare states. *Journal of European Social Policy*, 16, 23-42.
- Veenstra, M., Lima, I. A., & Daatland, S. O. (2009). *Helse, helseatferd og livsløp*. Oslo: NOVA, rapport 3-2009.
- Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Soc Sci Med*, 38(1), 1-14.
- Verbrugge, L. M., Lepkowski, J. M., & Imanaka, Y. (1989). Co-morbidity and its impact on disability. *Milbank Quarterly*, 67(3-4), 450-484.
- WHO. (2002). *Active ageing. A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- Waalder, H. T. (1999). *Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030*. Oslo: Statens helsetilsyn
- Waalder, H. T., & Grøtvedt, L. (2003). The increase in life expectancy in Norway 1985-1998: Good years or bad? *Norsk Epidemiologi* (13), 207-211.