

De siste årene

Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95

Svein Olav Daatland (red.)

med bidrag fra
Susan Lingsom, Merete Platz, Gerdt Sundström,
Marta Szebehely & Svein Olav Daatland

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring

NOVA-rapport 22/1997

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er et statlig forskningsinstitutt med særskilte fullmakter. Styret er oppnevnt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Stortinget bevilger grunnbevilgning over KUFs budsjett.

1.7.1996 ble forskningsmiljøene Institutt for sosialforskning (INAS), Norsk gerontologisk institutt (NGI), Barnevernets utviklingscenter (BVU) og Program for ungdomsforskning (Ungforsk) slått sammen til ett institutt: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

Instituttets formål er å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp og utvikling, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© NORSK INSTITUTT FOR FORSKNING
OM OPPVEKST VELFERD OG ALDRING

Design omslag: Bror Westblad
Layout/desktop: SODa
Forside: Ingun Bøhn
Trykk: GCS

Henveldeiser og bestilling:
NOVA, Munthesgt. 29/31, 0260 Oslo
Telefon: (+47) 22 54 12 00.
Telefaks: (+47) 22 54 12 01

ISBN 82-7894-025-8
ISSN 0808-5013

Forord

I 1995 var det ti år siden Gerdt Sundström og jeg utga boka “Gammal i Norden”, som fulgte utviklingen av eldreomsorgen i Norden fram til 1982. Store endringer har skjedd siden den gang, og eldrepolitikken har kommet enda høyere på den politiske dagsorden. Vi hadde også et ønske om å nå et stykke lenger i forståelse enn vi gjorde den gang, og det var følgende mange grunner til en oppfølging.

Prosjektet som har ledet fram til denne boka har seilt under navnet “Eldreomsorg i Norden”, men den beskjedne bevilgningen og andre problemer av mer praktisk art har ført til at vi har måttet begrense oss til Skandinavia – til Sverige, Danmark og Norge. Vi beklager det, og håper at kolleger i Finland og Island kan følge opp med komparative data fra sine respektive land.

Prosjektet er finansiert av NOS-S (Nordisk samarbeidsnemnd for samfunnsforskning) og ble startet opp på vårparten 1995. Bevilgningen har kunnet dekke prosjektmøter og deler av det arbeid som er lagt ned. Det øvrige er dekket via de institutter forskerne er ansatt ved og ved personlig engasjement i forskergruppa. Vi benytter anledningen til å takke NOS-S og de berørte instituttene. Takk også til Ingrid Tinglöf (Socialhögskolan, Stockholms universitet), som har laget diagrammene.

Forskergruppa var opprinnelig satt opp med to representanter for hvert land, men ble av ulike grunner redusert til fem: Marta Szebehely (Socialhögskolan, Stockholms universitet) og Gerdt Sundström (Instituttet för gerontologi, Jönköping) fra Sverige, Merete Platz (Socialforskningsinstituttet, København) fra Danmark, Susan Lingsom og Svein Olav Daatland (NOVA, Oslo) fra Norge. Svein Olav Daatland var initiativtaker, og prosjektet ble startet opp ved daværende Norsk gerontologisk institutt, som i 1996 ble fusjonert inn som en del av NOVA, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Daatland har også fungert som prosjektleder og redaktør av boka.

Kapitlene er skrevet av ulike kombinasjoner av medlemmene i forskergruppa, og avspeiler også en arbeidsdeling der én fra hvert land har hatt et særlig ansvar for innsamling og tilrettelegging av data fra den offentlige statistikken, og tilsvarende for tilrettelegging av komparative data fra intervjuundersøkelser (surveys). Det siste datasettet ligger til grunn for bokas kapittel 3, mens kapittel 2 og 4 primært bygger på data fra den offentlige statistikken. Forskergruppa står imidlertid samlet ansvarlig for hele boka og dens konklusjoner, herunder de svakheter som måtte gjenstå etter å ha mottatt kommentarer og kritikk fra kolleger.

Man kan ellers notere seg at kapittel 1, 2 og 4 er i norsk språkdrakt, kapittel 3 er på svensk. Vi håper at nordiske lesere ikke vil ha problemer med å følge teksten i noen av kapitlene; man får i så fall konsultere det korte “summary” på engelsk.

Det er ellers velkjent at sammenlikninger over tid og land ikke er uproblematisk. Av disse og andre grunner – og bl.a. for å markere den omtrentlighet som preger disse typer av komparative data – har vi i hovedsak valgt å presentere data i form av diagrammer/figurer. Det er de større linjer vi er interessert i, og tallmaterialet som ligger til grunn for figurene er samlet i vedleggstabeller: Appendix A inneholder databasen for den offentlige statistikken (registerdata) som er brukt. Appendix B inneholder tabellene som er hentet fra intervjuundersøkelser i de tre landene og som ligger til grunn for figurene i kapittel 3.

La oss til slutt nevne at figurer og tabeller er nummerert fortløpende *innenfor* hvert kapittel, f.eks. som figur (og tabell) 2.1, 2.2 osv. og tilsvarende for kapittel 3 og 4 (figur 3.1, 3.2 osv.). Det samme gjelder for tabellene i Appendix, som nummereres som tabell A.1, A.2 ... (i Appendix A) og tabell B.1, B.2 ... (i Appendix B). Leseren kan ellers ha nytte av et figur- og tabellregister som presenteres innledningsvis.

Så gjenstår bare å takke for interessen og ønske god lesning.

Oslo, september 1997

Svein Olav Daatland

Innhold

Forord	3
Figurregister	7
Tabellregister	9
KAPITTEL 1: SYNSVINKEL OG TILNÆRMING	13
<i>Svein Olav Daatland & Gerdt Sundström</i>	
Innledning	13
Eldreomsorgens tjenester	13
Data og sammenliknbarhet	15
Synsvinkel	16
Bokas innhold	17
Eldreomsorgen i en større sammenheng	18
Den legale og administrative rammen	18
Demografiske og sosiale rammebetingelser	22
KAPITTEL 2: STATUS OG UTVIKLINGSLINJER	25
<i>Svein Olav Daatland, Merete Platz & Gerdt Sundström</i>	
Et historisk riss	25
Fra fattighus til aldershjem	25
Kritikk og ny retning	27
Ulike tradisjoner	29
Institusjonsomsorgen	31
“Tradisjonelle institusjoner”	31
Institusjonsomsorgens omfang	32
Antall institusjonsplasser	32
Dekningen - det relative omfanget	35
Kvalitative endringer	37
Personelldekning	38
Tilgangen til enerom	40
Endret profilering og drift	43
Tiltakende selektivitet	43
Økt gjennomstrømming	47
Beskyttede boformer: Serviceboliger, eldreboliger, omsorgsboliger	48
Innledning	48
“Beskyttede boformer”	49
Antall omsorgsboliger	53
Det samlede tilbudet: Substituering, kompensering?	54

Hjemmetjenestene	58
Innledning	58
Tilgang til hjemmetjenester	60
<i>Hjemmehjelp: Antall brukere</i>	60
<i>Hjemmesykepleie: Antall pasienter</i>	62
<i>Tilgang: Dekning og bruksrater</i>	63
Ressurser og fordeling, tilgang og “intensitet”	66
Profesjonalisering	72
Endringer i drift og profilering	73
Andre tilbud og tjenester	75
Integrering og samspill	75

KAPITEL 3: HEMHJÄLPSUTVECKLINGEN:

SAMMA PROBLEM, SKILDA LÖSNINGAR?

Marta Szebehely, Susan Lingsom & Merete Platz

Inledning	77
Tillvägagångssätt	80
Några förbehåll	80
Förändrade hjälpbehov eller förändrad hjälptilldelning?	82
Rörelseförmåga	82
Behov av praktisk hjälp	85
Tillgång till informell omsorg	88
Sammanfattningsvis	90
Vem får hemhjälp och vem blir utan?	91
Hemhjälp bland ensamboende och sammanboende äldre	92
Hemhjälp bland äldre män och kvinnor	93
Hemhjälp bland äldre med rörelsehinder	94
Hemhjälp bland äldre med olika behov av praktisk hjälp	99
Sammanfattningsvis	101
Den svenska minskade hemhjälpstäckningen - striktare tilldelning eller minskad efterfrågan?	102
Hemhjälpsmottagare	103
Hur mycket hjälp får den som får hemhjälp?	104
Hur skröpliga är hemhjälpsmottagarna?	105
Med vilka uppgifter får man hemhjälp?	107
Vid lika skröplighet - finns det skillnader i hjälptid?	109
Sammanfattningsvis	114
Sammanfattande diskussion om hemhjälpens utveckling	115
Samspelet formell och informell omsorg	117
Vad innebär åtstramningarna inom hemhjälpens för de berörda parterna?	120
Slutord	122

KAPITTEL 4: TJENESTENE OG UTVIKLINGEN

I SAMMENHENG 125

Svein Olav Daatland & Marta Szebehely

Innledning	125
Felles linjer, nasjonale variasjoner	125
Fra vekst til nivellering - og nedgang?	125
Omprofilering, differensiering	129
Nærmere om tilgangen	131
Ressurser, tilgang og standard	135
Karakteristiske forskjeller	139
Dansk-norske kontraster	139
Svensk nedtur?	144
Oppsummering: Utvikling, status og forklaringer	147
Faser	147
Status	148
Bidrag til forklaringer	149
Referanser	155
Sammendrag	161
Summary	165

APPENDIX

Appendix A: Database for kapittel 2 og 4	171
Appendix B: Tabellbilaga till kapitel 3	187
Appendix C: Om forfatterne	195

FIGURREGISTER

Kapittel 2

Figur 2.1. Norge: Antall institusjonsplasser etter type 1960-95	32
Figur 2.2. Sverige: Antall institusjonsplasser etter type 1960-91	33
Figur 2.3. Antall institusjonsplasser i Danmark, Norge og Sverige 1960-91	34
Figur 2.4. Dekningsgrad/80 år+ av institusjoner (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-91	36
Figur 2.5. Personelldekning i institusjoner (årsverk pr. plass) i Danmark og Norge 1965-93	39
Figur 2.6. Danmark: Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger 1962-94	54

Figur 2.7. Sverige: Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger 1960-95	55
Figur 2.8. Danmark: Dekningsgrad/80 år+ for institusjoner og omsorgsboliger (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) 1970-94	56
Figur 2.9. Sverige: Dekningsgrad/80 år+ for institusjoner og omsorgsboliger (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) 1970-94	57
Figur 2.10. Antall brukere/mottakere av hjemmehjelp i Danmark, Norge og Sverige 1960-95	61
Figur 2.11. Antall brukere/pasienter i hjemmesykepleien i Danmark og Norge 1965-95	62
Figur 2.12. Dekningsgrad/65 år+ for hjemmehjelp (antall brukere pr. 100 i alderen 65 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-95	64
Figur 2.13. Dekningsgrad/80 år+ for hjemmehjelp (antall brukere pr. 100 i alderen 80 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-95	66
Figur 2.14. Ressursinnsats/65 år+ i hjemmetjenestene (timeverk pr. befolkning i alderen 65 år+) i Danmark, Norge og Sverige 1970-95	68
Figur 2.15. Ressursinnsats/80 år+ i hjemmetjenestene (timeverk pr. befolkning i alderen 80 år+) i Danmark, Norge og Sverige 1970-95	69
Figur 2.16. Intensitet i hjemmehjelpstjenesten (timeverk pr. bruker av hjemmehjelp i gjennomsnitt) i Danmark, Norge og Sverige 1965-95	71

Kapitel 3

Figur 3.1. Rørelsehinder blant hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	84
Figur 3.2. Uttryckta hjälpbehov blant hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	87
Figur 3.3. Andel ensamboende blant hemmaboende äldre män och kvinnor (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	89
Figur 3.4. Hemhjälp blant hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	92
Figur 3.5. Hemhjälp blant hemmaboende äldre, ensamboende resp. sammanboende, i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	93

Figur 3.6. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 �r+) efter rörelsehinder i Danmark, Norge og Sverige 1994-95	96
Figur 3.7. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 �r+) efter rörelsehinder og hushållstyp i Danmark og Sverige 1994 .	97
Figur 3.8. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 �r+) med ulike slag av rörelsehinder i Danmark, Norge og Sverige 1987-95	99
Figur 3.9. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) med ulike behov av praktisk hjälp i Danmark, Norge og Sverige 1987-95	101
Figur 3.10. Hemhjälpsmottagare 80 �r+ efter hj�lpu�pgifter i Danmark og Sverige 1994	109
Figur 3.11. Hemhjälp og hemsjukvård, gjennomsnittlig antall timmar hjälp per uke, f�rdeleling etter funksjonsf�rm�ga. Herlev, Sandefjord, Katarina-Sofia 1993	113

Kapittel 4

Figur 4.1. Danmark: Utviklingen i sammenheng – ressursinnsats og tjenestedecking 1970-94	127
Figur 4.2. Norge: Utviklingen i sammenheng – ressursinnsats og tjenestedecking 1960-95	128
Figur 4.3. Sverige: Utviklingen i sammenheng – tjenestedecking 1960-95	129
Figur 4.4. Ressursvolum i eldreomsorgen i alt og derav til institusjonsomsorg i Danmark og Norge 1972-92	140

TABELLREGISTER

Kapittel 2

Tabell 2.1. Antall institusjonsplasser og �kning/minskning i perioden 1965-94 i Danmark, Norge og Sverige	34
Tabell 2.2. Institusjonsdecking (plasser pr. 100 i alderen 80�r +) etter type institusjon i Danmark, Norge og Sverige 1960-95	36
Tabell 2.3. Andel beboere med enerom etter typer av institusjoner i Danmark, Norge og Sverige 1954-95	41
Tabell 2.4. Aldersprofil (prosentandel som er 80 år og eldre) blant institusjonsbeboere i Danmark, Norge og Sverige 1960-94	45

Tabell 2.5. Bruksrater (prosentandel) i institusjon for aldersgruppene 80 år+ og 90 år+ i Danmark, Norge og Sverige 1965-95	46
---	----

Kapitel 3

Tabell 3.1. Oversikt over nordiska intervjustudier som analyseras i kapitlet	80
Tabell 3.2. Andel av ensamboende hemmaboende äldre (80 år+) som behøver hjelp med innkjøp i Danmark och Sverige 1988-94	88
Tabell 3.3. Andel av kvinner (45-64 år) i arbeidskraften i Danmark, Norge och Sverige 1980-93	90

Kapittel 4

Tabell 4.1. Tilgangen til tjenester i sammenheng i Danmark, Norge og Sverige 1965-94. Beregnede bruksrater (andel av aldersgruppen med bruk av tjenesten)	133
Tabell 4.2. Institusjonsomsorgen: Sammenliknende utviklingstrekk for ressursinnsats, "standard" og tilgang for Danmark og Norge 1972-94. Tildels beregnede tall. Utvikling når 1972 = 100 %	137
Tabell 4.3. Hjemmetjenestene: Sammenliknende utviklingstrekk for ressursinnsats, "standard" og tilgang for Danmark, Norge og Sverige 1972-90. Tildels beregnede tall. Utvikling når 1972 = 100 %	138

Appendix A

Tabell A.1. Danmark: Befolkningstall pr. 31.12 1960-94	174
Tabell A.2. Danmark: Plasser i institusjon og boliger m.v. 1964-94	175
Tabell A.3. Danmark: Brukere av hjemmetjenester 1976-94	176
Tabell A.4. Danmark: Årsverk i eldreomsorgen fordelt på type tjeneste 1971-94	177
Tabell A.5. Norge: Befolkningstall pr. 31.12 1960-95	178
Tabell A.6. Norge: Plasser i institusjon og boliger m.v. 1960-95 ..	179
Tabell A.7. Norge: Brukere av hjemmetjenester 1965-95	180
Tabell A.8. Norge: Årsverk i eldreomsorgen fordelt på type tjeneste 1965-95	181

Tabell A.9. Norge: Årsverk i eldreomsorgen for hjemmetjenester (SSB-alternativ) og sum eldreomsorg, samt antall timeverk i hjemmehjelpstjenesten 1965-95	182
Tabell A.10. Sverige: Befolkningstall pr. 31.12 1960-95	183
Tabell A.11. Sverige: Plasser i institusjon og boliger m.v. 1960-95	184
Tabell A.12. Sverige: Brukere og timeverk i hjemmetjenesten 1960-95	185

Appendix B

Tabell B.1. Hemmaboende äldre (80 år+) etter rörelse- inskränkningar i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	187
Tabell B.2. Ensamboende och boende med barn bland hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	188
Tabell B.3. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (75 år+ och 80 år+) efter hushållstyp och kön i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	188
Tabell B.4. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) med olika grad av rörelsehinder och behov av hjälp i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	189
Tabell B.5. Hemhjälpsmottagare, fördelning efter hjälptid i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	190
Tabell B.6. Kännetecken för hemhjälpsmottagare i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	191
Tabell B.7. Hjälppuppgifter bland hemhjälpsmottagare (80 år+) i Danmark och Sverige 1988-94	192
Tabell B.8. Hemhjälpsmottagare (80 år+) efter hjälppuppgift i Danmark och Sverige 1988-94	192
Tabell B.9. Hemhjälp och hjälp från anhöriga utanför det egna hushållet i Danmark, Norge och Sverige 1987-95	193
Tabell B.10. Hjälpmönster bland hemmaboende äldre i Sverige 1988-94	194

Synsvinkel og tilnærming

KAPITTEL 1

Svein Olav Daatland & Gerdt Sundström

INNLEDNING

Hvordan er eldreomsorgen i de skandinaviske landene? Hvordan har utviklingen vært over tid? Hva er karakteristiske likheter og forskjeller mellom Danmark, Norge og Sverige, og hvordan kan vi forstå disse likheter og kontraster i utviklingslinjer og dagens status?

Dette er hovedproblemstillingene som forsøkes belyst, om ikke fullt ut besvart, i denne boka. Vi har av økonomiske og praktiske grunner måttet begrense oss til den del av Norden som går under betegnelsen Skandinavia, det vil si Sverige, Danmark og Norge. Det hadde vært ønskelig, men var denne gangen ikke mulig, å inkludere også Finland og Island.

ELDREOMSORGENS TJENESTER

Med "eldreomsorg" forstår vi her de tjenester som spesielt eller i særlig grad retter seg mot hjelpe- og pleietrengende eldre, så som aldersinstitusjoner, spesielt tilrettelagte eldre- eller omsorgsboliger av forskjellig type og de hjemmebaserte tjenestene – hjemmehjelp, hjemmesykepleie m.v. I realiteten er ytterst få av disse tjenestene øremerket (bare) for eldre. Eldre mennesker er imidlertid den dominerende brukergruppen, og dette har tradisjonelt forsvart betegnelsen "eldreomsorg" for dette settet av tjenester. Aldersinstitusjonene er i dag i all hovedsak reservert for eldre mennesker (90-95 prosent av beboerne), men slik har det ikke alltid vært. I tidligere år ble f.eks. aldershjem, og før dette fattighus, også tatt i bruk for andre og yngre grupper, noe vi skal komme tilbake til. Hjemmetjenestene har en noe bredere alderssammensetning av brukergruppen enn institusjonene. Anslagsvis 85 prosent av brukerne av hjemmetjenester (hjemmehjelp, hjemmesykepleie) er eldre, og "eldre" vil i denne sammenhengen si personer over 65 år. Denne andelen ser ut til å ha vært nokså lik i alle tre landene, og dessuten temmelig stabil over tid.

Pleie- og omsorgstjenestene er altså ikke synonymt med omsorg og pleie for eldre mennesker, men vi holder oss til betegnelsen “eldreomsorg”, fordi vårt primære fokus nettopp er den eldre delen av befolkningen. Størparten av ressursene går til eldre mennesker, og det store flertallet av brukerne av tjenestene er eldre, men man skal være klar over at også andre nyter godt av dem.

Med dette fokus på “eldreomsorg” avgrensers vi oss i to retninger. For det første mot de allmenne helsetjenester som (akutt-) sykehus og primærleger, selv om eldre mennesker er store brukergrupper også her. Eldre mennesker står f.eks. for nær 1/2 av det samlede antall liggedøgn i somatiske sykehus i Norge, og de utgjør i overkant av 1/3 av antallet utskrevne pasienter. Eldres andel av pasientmassen i sykehusene ser ut til å være enda høyere i Danmark og Sverige (NOMESKO 1996:47), kanskje bl.a. fordi institusjonsratene – som vi senere skal se – er lavere i disse to landene.

Vi avgrensers oss også mot den uformelle omsorgen, som i hovedsak består av den nære familiens omsorgsarbeid, og som utgjør en betydelig del av den samlede omsorgsinnsatsen overfor eldre mennesker. Helt uten referanse til den uformelle omsorgen er boka likevel ikke, og især i kapittel 3 tar vi opp samspillet mellom den formelle og uformelle omsorgen.

Men fokus er altså på de formelt organiserte pleie- og omsorgstjenestene, som i dagens Skandinavia i all hovedsak er både finansiert og drevet av det offentlige, nærmere bestemt av kommunene. Den offentlig-private balansen i omsorgssektoren har imidlertid endret seg over tid, og kan komme til å endre seg ytterligere i årene framover. I tidligere år – før det offentlige for alvor bygget ut sine tjenester – var det familien og der nest de “veldedige” organisasjonene som sto for det private innslaget. I de senere årene er det også et økende innslag av andre private aktører, av organisasjoner og firmaer som tilbyr tjenester på et forretningsmessig grunnlag.

Det har vært vanlig å skille mellom den institusjonsbaserte og den hjemmebaserte – “åpne” – omsorgen. I første del av århundret var eldreomsorgen ensbetydende med institusjonsomsorg, nærmere bestemt i aldershjem (ålderdomshem), med fattighusene som forløpere. Det ble anlagt en del “pensjonistboliger” i årene før den andre verdenskrig, og i årene etter krigen, og i tiltakende grad fra slutten av 1950-årene og framover, kom hjemmebaserte tjenester til.

Fra 1970-årene av (i Danmark og Sverige – et tiår senere i Norge) fikk vi så framveksten av særskilt tilrettelagte boliger med større eller mindre grad av integrerte omsorgstilbud, som representerte en bo- og omsorgsform “mellom” institusjonene og hjemmeomsorgen i den ordinære boligmassen. Etter en periode med differensiering av tilbud og tjenester, har

det i de senere årene funnet sted en tiltakende integrering av tidligere segmenterte tjenester og brukergrupper.

Grenseoppgangen mellom tjenester og tjenesteområder har dermed blitt mer flytende, og det har blitt stadig vanskeligere å skille mellom institusjoner og ulike typer av boligbaserte pleie- og omsorgstilbud (beskyttede boliger, serviceboliger, eldreboliger, omsorgsboliger). Det har dermed også blitt et stadig mer diffust skille mellom institusjonsbasert og åpen omsorg og mellom ulike typer av hjemmetjenester innenfor den såkalt åpne omsorgen. Mer om dette senere.

Vi konsentrerer oss om utviklingen av det vi kan kalle “den moderne eldreomsorgen”, dvs. årene etter den andre verdenskrigen, med særlig vekt på utviklingen siden midten av 1960-årene. Det primære datagrunnlaget for kapittel 2 og 4 er hentet fra den offentlige statistikken i hvert av landene, med registerdata om tjenester, brukere og ressurser. Vi har dermed ikke direkte tilgang til brukernes erfaringer, men disse ligger til grunn for kapittel 3, som spesielt tar for seg utviklingen i hjemmetjenestene de siste årene via intervjuundersøkelser (surveydata).

DATA OG SAMMENLIKNBARHET

Vi kommer mer konkret tilbake til utviklingen innenfor de ulike tjenesteområdene og den samlede sektor, men man bør allerede her notere seg at de endringene som er antydnet ovenfor også avspeiles i den offentlige statistikken som vi henter våre data fra. Dette skaper problemer både hva gjelder sammenlikninger over tid og mellom land.

Komparasjon mellom landene er bl.a. vanskelig gjort av at man tildels tilbyr noe ulike sett av tjenester, og/eller fordi tilsvarende typer av tjenester seiler under ulike navn. De komparative problemene forsterkes av at statistikkføringen er noe forskjellig. Sammenlikningen blir ytterligere problematisk fordi tjenester og statistikk har endret seg over tid og på tildels ulike måter i de tre landene.

Vi skal senere redegjøre mer konkret for hvordan vi har forsøkt å sikre at vi sammenlikner epler med epler og pærer med pærer, og at vi “veier” dem på tilnærmet samme vekt. Vi skal foreløpig nøye oss med å påpeke at vi mer generelt har forsøkt å løse disse problemene på to måter.

For det første har vi for de siste årene data om utviklingen både fra offentlig statistikk og fra surveys, og dermed muligheter for å vurdere om de to typer datasett gir tilnærmet samme resultat. Denne tilnærmingen har bare vært mulig for hjemmetjenester og altså bare for de siste årene. De særegne problemer hva gjelder sammenliknbarheten av surveydata tas opp i større detalj i kapittel 3.

Når det gjelder den offentlige statistikken som ligger til grunn for ka-

pittel 2 og tildels det avsluttende kapittel 4, må vi konstatere at det er såpass store forskjeller i tjenester og statistikkføring at man bør betrakte dataene og sammenlikningene bare som omtrentlig riktige. Derfor konsentrerer vi oss her om mer makro- og indikator-pregede data snarere enn å gå inn på detaljer, og vi bruker grafiske framstillinger mer enn tabeller, blant annet fordi den grafiske framstillingen passer bedre til den omtrentligheten som preger datagrunnlaget. Vi understreker at det er de større linjene vi er interessert i, og vi vurderer det slik at den tilgjengelige statistikken og de “grep” vi har foretatt for å sikre en rimelig god sammenliknbarhet, er tilstrekkelig god for et slikt formål. De nærmere detaljer bør man så søke i nasjonale studier og statistikker for hvert av de tre landene.

Nærmere detaljer om data og definisjoner m.v. er ellers samlet i databasen for kapittel 2 og 4 som følger som Appendix A til boka, og i et sett med tabeller fra intervjuundersøkelsene (kapittel 3) som er samlet i Appendix B.

SYNSVINKEL

Beskrivelsen og vurderingen av eldreomsorgen vil tildels være avhengig av synsvinkel, f.eks. om vi ser den fra yterens (tjenestenes) eller mottakerens (brukerens) side. Sagt på en annen måte: utviklingen ser noe forskjellig ut om vi fokuserer på ressursinnsatsen eller på utfallet (resultatene) av denne innsatsen. Det er ingen enkel og entydig sammenheng her. Samme ressursvolum kan fordels på svært ulike profiler av tjenester og brukere. Man kan for eksempel prioritere institusjoner eller hjemmetjenester, og man kan tilby høy tilgjengelighet og moderat standard (lite til mange), eller høy standard og moderat tilgang (mye til færre).

Vi skal legge hovedvekten på brukerens synsvinkel via data om tilgangen til tjenester og tildels standarden – innholdet – av disse tjenestene. Det er flere grunner til det. Dels rent praktiske og metodiske, ved at det er denne typen data som er best tilgjengelig for alle tre landene over tid og som lettest lar seg sammenlikne. Tilgangen til tjenestene gir dessuten et mer konkret uttrykk for hva tjenestene betyr for eldre mennesker og deres pårørende enn hva ressurstall om utgifter og arbeidsinnsats gjør.

Vi kommer følgelig til å konsentrere oss om tilgangen, slik den f.eks. kan måles ved hvor stor andel av de eldre som er brukere av de ulike tjenestene. Vi skal også berøre “standarden” til tjenestene, f.eks. hvor mye man får, eller hvor stor ressursinnsatsen er pr. enhet/bruker. Der det er relevant og samtidig er tilgjengelige data, skal vi også se dette i forhold til ressursene som er satt inn i tjenestene, framfor alt målt via arbeidsinnsats (årsverk, timeverk). Omsorg dreier seg om tid og menneskelig samvær, og arbeidet gir følgelig et mer direkte uttrykk for tjenestenes omfang

og innhold enn utgiftene. Det er dessuten bedre tilgang til data om årsverk enn om utgifter, og arbeidsinnsatsen lar seg lettere sammenlikne over tid og mellom land enn utgiftene. Den offentlige statistikken har forøvrig store mangler, ikke minst hva gjelder opplysninger om ressursinnsatsen.

La oss for ordens skyld allerede her understreke at det som i statistikken framtrer som “høyt” eller “lavt” ikke uten videre kan leses som “godt” eller “dårlig”. Ei heller kan “økning” uten videre oversettes som “forbedring”, og “reduksjon” som “forverring”. Denne typen vurderinger representerer fortolkninger som ikke er direkte gitt av dataene. Utviklingen på ett tjenesteområde må f.eks. vurderes i lys av utviklingen på andre områder. Færre institusjoner kan f.eks. være bra dersom dette skyldes at det har blitt flere alternative tilbud som gir like god eller bedre omsorg. Hva som er godt eller dårlig kan også avhenge av “for hvem” dette skulle være godt/dårlig. Høy standard kan være bra for den som allerede mottar tjenesten, men dårlig for den som venter på hjelp, dersom den høye standarden har ført til at tilgangen er blitt redusert.

La oss også minne om at mens vi i denne boka sammenlikner landene, så er det kommunene i hvert av de tre landene som er den utførende instansen i eldreomsorgen. Landsgjennomsnittet er dermed en tenkt størrelse, og det er i realiteten større forskjeller mellom kommuner innenfor hvert av landene enn mellom landene. Vi finner det likevel meningsfullt å sammenlikne landene utfra tanken om at det i hvert av landene er lovgivning, økonomiske rammebetingelser og politiske, faglige og kulturelle tradisjoner som gjør dem til enheter og aktører på eldreomsorgens område. Men dermed har vi også plassert oss på et makro-nivå, som ikke kan fange opp de mange faktorer og beslutninger som former forskjellene kommunene imellom.

BOKAS INNHOLD

Vi skal altså følge eldreomsorgens utvikling over tid og vurdere karakteristiske utviklingstrekk og likheter og forskjeller mellom de tre landene. Vi gjør dette ved å kombinere en tematisk og kronologisk framstilling. Vi beskriver utviklingen i kapittel 2, og starter der den moderne eldreomsorgen starter – i institusjonene.

Derneft følger vi opp ved å legge til de nyere “beskyttede boformene” (serviceboliger, omsorgsboliger m.v.). Det dreier seg i begge tilfeller om boformer man flytter til ved behov for hjelp eller pleie, og “omsorgsboligene” ble da også i stor grad etablert som alternativer til tradisjonelle institusjoner. Utviklingen i institusjonsomsorgen bør derfor ses i sammenheng med utviklingen av disse nyere typer av “integreerte bo- og omsorgsformer”.

Etter å ha beskrevet utviklingen av institusjoner og de nyere “omsorgsboligene” vender vi tilbake i tid og følger utviklingen av de hjemmebaserte tjenestene, med særlig vekt på de to store tjenesteområdene – hjemmehjelp og hjemmesykepleie. En rekke andre tilbud har etterhvert kommet til, men vil bli mer sporadisk omtalt.

I kapittel 3 tar vi så mer spesielt for oss utviklingen av de hjemmebaserte tjenestene de siste årene, men da via surveys fra de tre landene. Fokus er også her satt på tjenestene (den formelle omsorgen), men med vurderinger av hva utviklingen har betydd for familieomsorgen (den uformelle omsorgen) og samspillet mellom den formelle og uformelle omsorgen. Av metodiske grunner har kapittel 3 en større detaljrikdom og en mer mikro-orientert tilnærming enn de øvrige kapitler.

Vi avrunder boka med et forsøk på en syntese, der vi i det avsluttende kapittel 4 ser tjenestene og utviklingen i sammenheng og forsøker å bidra til forklaringer på de utviklingslinjer, likheter og forskjeller som er dokumentert. Vi har primært en beskrivende, eller kanskje rettere en analytisk beskrivende tilnærming, for vi har ikke en tilstrekkelig dybde i tid – og en tilstrekkelig bredde av forklaringsfaktorer – for å gjennomføre en fullverdig analyse av årsaksforhold.

Men før vi går mer konkret inn i eldreomsorgen, kan det være nyttig å forankre den i en større sammenheng. Dels i forhold til sentrale demografiske og sosio-økonomiske rammebetingelser, og dels i forhold til den bredere sosialpolitikken som eldreomsorgen er en del av.

ELDREOMSORGEN I EN STØRRE SAMMENHENG

Den legale og administrative rammen

Eldreomsorg i offentlig regi, dvs. som finansiert og/eller styrt av det offentlige, er ingen moderne foreteelse i Norden. Om vi går langt tilbake var samfunnets finansielle ansvar for eldre ytterst beskjedt, men ulike former for offentlig regulert forsorg har en lang forhistorie, og kan føres tilbake til lovgivning og forsorgsordninger helt fra middelalderen, kanskje tidligere (Seip 1984, Odén 1996). Hovedansvaret lå i familien, men det var mange som var uten familie som kunne støtte dem, og dette var særlig utpreget i den nordlige del av Europa der giftemålsratene var lave (Gaunt 1983). Det tvang seg derfor tidlig fram forsorgs- og omsorgsformer på ikke-familiær grunn.

At det var manglende trygghet og mye sosial nød rammet forøvrig ikke bare eldre, men også andre. Man kan kanskje se såvel eldreomsorgen som sosiale trygghetstiltak for andre grupper som en funksjon av den allmenne velferden i et gitt samfunn. På lang sikt er det derfor tenkelig at

de eldres andel av denne velferden tenderer mot å være nokså konstant (Thomson 1984).

En sosialpolitikk overfor eldre mennesker i en mer moderne forstand av begrepet er et produkt av det siste hundreåret. Den startet i den økonomiske trykgheten, med etablering av statlige alderstrygder, først i Danmark (1891), dernest i Sverige (1913) og først på midten av 1930-tallet i Norge (og Finland). Det dreiet seg om forholdsvis beskjedne og behovsprøvede ytelser som avløste fattigforsørgelsen, og som tildels var foregrepet av kommunale trygdeordninger og yrkesbaserte pensjoner for privilegerte grupper.

I tiåret etter andre verdenskrig ble trygdene universelle og tildelt alle over pensjonsalderen uten behovprøving, og oftest som "flate" ytelser – med likt beløp til alle. Pensjonene ble gradvis hevet, og ble utvidet med tilleggspensjoner basert på tidligere inntekt og dermed med introduksjon av et forsikringsprinsipp og en stigende differensiering av pensjonene. Først Sverige (1961) og dernest Norge (1967) innførte en universell, statlig tilleggspensjon innenfor folketrygden. I tillegg kom koordinerte tilleggspensjonsordninger via yrkeslivet i privat og offentlig sektor. Danmark og Finland valgte andre løsninger, for Danmarks del ved at tilleggspensjonen i hovedsak ble organisert og finansiert via yrkesbaserte ordninger, mens den statlige alderspensjonen fortsatte som en nær "flat" ordning, bare med en beskjeden statlig tilleggspensjon (1964) som varierte med antall opptjeningsår, ikke med tidligere inntekter.

Resultatet har blitt ulike former for privat-offentlige blandinger av pensjonsordningene i de nordiske landene, der folketrygden er mer dominerende i Sverige og Norge enn i Danmark (og Finland) (Kangas & Palme 1989). Felles er imidlertid at universaliteten og det relativt generøse pensjonsnivået etterhvert sikret en økonomisk trykghet for alle, og en gunstig økonomisk situasjon for pensjonister sammenliknet med de fleste andre europeiske land (Walker 1993). De senere årene har imidlertid det stigende innslaget av yrkesbaserte og individuelle pensjonsavtaler bidratt til økende inntektsforskjeller blant pensjonistene.

Omsorgstjenestene av omtrent den type vi i dag kjenner dem ble formet i årene etter andre verdenskrig. Før dette var eldreomsorg ensbetydende med aldershjem, som vokste fram fra fattigforsorgen og fattighusene på 1920- og 1930-tallet og som var et kommunalt ansvar. Familiene var hovedansvarlig for omsorgen for eldre familiemedlemmer, mens veldedigheten og det offentlige fanget opp dem som manglet familie. Dette avspeilet seg også i lovverket, ved at barna hadde et lovfestet ansvar for sine eldre foreldre – for Sveriges del helt til 1956 (i sosiallovgivningen og til 1979 i familielovgivningen) og for Norge inntil den nye sosialomsorgsloven i 1965. Man kan merke seg at Danmark ikke har hatt et tilsvarende

lovfestet familieansvar. Det er grunn til å tro at disse bestemmelsene gradvis ble sett bort fra i praksis i takt med at de offentlige pensjoner og tjenester utviklet seg, men fortsatt er det uformelle familieansvaret høyst levende, og tas tildels også i betraktning ved tildeling av offentlige tjenester, og muligens i tiltakende grad de senere årene. Den moderne eldreomsorgen med hjemmetjenester og ulike typer av eldreboliger vokste fram fra midten av 1950-årene og framover, samtidig som institusjonsomsorgen endret karakter fra forsorg og oppbevaring til aktive omsorgs- og pleieinstitusjoner. Mer om alt dette siden.

Fram til 1950-årene avvek ikke de nordiske landene påtaketlig fra andre gryende velferdsstater når det gjelder ressursinnsats på det sosiale området og herunder i eldreomsorgen. Pensjonene var små, tjenestetilbudet beskjedent, og staten hadde lenge inntatt en tilbakelemt rolle. Ansvaret lå i kommunene, men staten kom først tungt inn ved å etablere pensjonsordninger, og siden – i årene etter krigen – ved en mer aktiv styring og øremerkede tilskudd til utvikling av tjenestene.

På 1950-tallet brukte de nordiske landene mellom seks og ti prosent av sine brutto nasjonalprodukt (BNP) til sosiale formål, mens land som England, Frankrike og (Vest-) Tyskland brukte 10-15 prosent. I dag (tidlig på 1990-tallet) har Sverige særlig store sosiale utgifter (ca. 40 prosent av BNP), som er høyere enn noe annet land i verden, mens Danmark (ca. 33 prosent) og Norge (31 prosent) ligger omtrent på nivå med land som Nederland, Frankrike og Tyskland, og dermed blant landene med en forholdsvis høy velferdssatsning når det indikeres på denne måten. Med unntak av Sverige skiller altså ikke Skandinavia seg påtaketlig ut fra andre velutviklede velferdsstater med hensyn til hvor stor del av samfunnsverdiene som brukes på velferd, men Skandinavia gir relativt høyere prioritet til tjenester sammenliknet med kontantytelser (Sipilä 1997). Tjenesteproduksjonen er overveiende i offentlig regi, og det offentlige har dermed et mer direkte ansvar for tjenesteytingene enn i de fleste andre velferdsstater.

Disse typer av makro-økonomiske størrelser er svært grove. Sammenlikninger over tid og på tvers av landegrensene er problematisk av flere grunner, og tallene bør derfor betraktes som omtrentlige. Når dette er sagt, kan vi konstatere at Sverige gjennomgående har ytt mer til velferd enn Danmark og Norge. Norge lå lenge betydelig etter Danmark og Sverige, men har nærmet seg de senere årene og skiller seg i dag lite fra Danmark.

Forskjellen i samlede sosiale utgifter har også en parallell i utgifter spesielt rettet mot eldre, der Sverige har ligget høyest med Danmark i en mellomposisjon og Norge noe lavere. Tidlig på 1990-tallet gikk anslagsvis 13-14 prosent av BNP i Sverige til eldrepolitiske tiltak (pensjoner og

omsorgstjenester) mot ca. 11 prosent i Danmark og ca. 9 prosent i Norge. Hadde vi også inkludert eldre andel av de generelle helsetjenestene (sykehus, primærlegetjenester m.v.), kunne det legges 3-4 prosentpoeng til disse tallene.

Felles for de tre landene er at pensjonsutgiftene er de dominerende, og omfatter ca. 2/3 av de samlede utgiftene til eldre. Andelen blir noe høyere for Danmarks del (75-80 prosent) dersom den såkalte "etterlønnen" inkluderes, og ville kanskje vært tilsvarende høyere i Sverige og Norge om disse to lands førtids- og uførepensjonsordninger var inkludert, men dette er ordninger som ikke retter seg mot "eldre" i denne bokas forstand.

Eldrepolitikken har dermed i løpet av forholdsvis få år blitt et stort og viktig samfunnsområde både økonomisk og på andre måter, og i takt med aldringen av befolkningen og utvidelsen av de offentlige tilbudene av pensjoner og tjenester mer og mer så.

Vi kan forøvrig notere oss at ressurstilførselen flatet ut etter en sterk vekst på 1960- og 1970-tallet når det relateres til antall eldre i befolkningen. Dette er især tilfellet for tjenestene, for pensjonene har hatt en innebygd og lovbestemt vekst ved at nye generasjoner av pensjonister har tjent opp rett til høyere pensjoner enn de foregående. "Investeringene" i tjenestene jevnet seg ut på 1980-tallet, og i forhold til antall eldre – spesielt i forhold til antall gamle over 80 år – er det siste tiåret preget av nokså stabil ressurstilførsel, tildels med en beskjeden reduksjon de siste årene med noe variasjon mellom landene. Denne relative stabilitet i *ressursinnsats* har, som vi skal se senere, ikke resultert i en tilsvarende stabilitet i *tilgang* til tjenester.

Man kan også merke seg at mens pensjoner og øvrige økonomiske overføringer i hovedsak har vært et statlig ansvar, har ansvaret for tjenestene vært forankret i kommunene. Etter en mellomperiode med mer direkte statlig styring i de første 10-20 årene etter krigen, ble det kommunale ansvaret ytterligere understreket ved administrative og finansielle reformer, herunder en overgang til et rammefinansieringssystem. Øremerkede statlige tilskudd til bestemte tjenester ble avløst av nøytrale stats-tilskudd og til blokktilskudd, der staten tok sterkere styring over den samlede økonomien, mens prioriteringene innenfor disse rammene i større grad ble overlatt til kommunene. Ansvar for helse- og sosialtjenester ble i stigende utstrekning samlet på kommunalt nivå, mens spesialisttjenester – herunder sykehus – overveiende forble et ansvar for fylket (länet, amtet).

De tre landene har fulgt noe ulike tidsrytmer hva gjelder disse reformer. Danmark var tidligst ute, og har også gått noe lengre enn Norge og Sverige i denne desentraliseringspolitikken. Vi skal senere komme tilbake

til nærmere detaljer om dette, og hva det kan tenkes å ha betydd for utviklingen av eldreomsorgen i de tre landene. Foreløpig skal vi bare notere oss at disse endringene i forholdet mellom staten og kommunene var foregrepet og/eller innledet av de store kommunesammenslåingene på 1960-tallet.

Denne prosessen var særlig radikal i Sverige og dernest Danmark, men noe "mildere" i Norge. Sverige hadde 2 501 kommuner i 1950, og har i dag 288. Danmark reduserte antall kommuner fra 1 390 til 275, Norge mer beskjedent fra 744 til 435. Kommunestrukturen skulle forenkles, og kommunene gjøres større og bedre i stand til å forvalte mer omfattende ansvar og oppgaver. Norge gikk forsiktig fram, og har i dag et særlig stort antall små kommuner. Den ulike kommunestrukturen – og den ulike geografien i de tre landene – kan bidra til å forklare at man har valgt noe ulike veier også i eldreomsorgen.

Demografiske og sosiale rammebetingelser

Utviklingen av sosialpolitikken, og herunder pensjoner og tjenester for eldre, må naturligvis ses i sammenhengen med endringer i demografi, helse og sosiale forhold forøvrig, selv om det ene ikke kan avledes direkte fra det andre.

De nordiske landene ble tidlig preget av en aldrende befolkning og et forlenget livsløp. Den forventede levealderen har økt fra ca. 55 år ved inngangen av århundret til 74-80 år i dag, med forskjeller mellom menn og kvinner og noe variasjon mellom landene. Sverige har i dag den lengste forventede levealderen og den høyeste andelen eldre av de tre landene, fulgt av Norge og dernest Danmark. Storparten av økningen av den forventede levealderen skyldes redusert barnedødelighet, men i de senere årene har man også fått lagt år til livet i eldre år, noe som har bidratt til at antall eldre gjennomgående har blitt flere enn hva man har prognostisert.

Bekymringer for den demografiske utviklingen er ikke av ny dato, og var f.eks. tema for en bok av Alva og Gunnar Myrdal allerede på 1930-tallet (Myrdal & Myrdal 1934) som reiste debatt om "krisen i befolkningsspørsmålet". I de senere år er diskusjonen om "eldrebølgen" blitt gitt fornyet aktualitet og har foranlediget bekymringer for utgiftsveksten og reformer for å begrense denne. Dette har ikke bare sammenheng med demografi, men også med sosiale endringer i livsløpet, f.eks. tilbøyeligheten til å pensjoneres stadig tidligere. Selv om pensjonsalderen er 65-67 år i de tre landene, er flertallet pensjonister allerede før denne alder på ulike typer av førtidspensjonsordninger.

Forlengelsen av livsløpet, og aldringen av befolkningen, har gjort eldrepolitikken til en stadig viktigere del av sosialpolitikken og økonomien. I

forlengelsen av livsløpet ligger også en bedring av folkehelsa. Nye generasjoner av eldre har i regelen bedre helse enn de foregående, men dette trenger ikke føre til at behovene for pleie og omsorg blir tilsvarende mindre. Man har ikke bare vunnet flere friske eldre år, men kanskje også flere år i avhengighet og med behov for omsorg. Det er fortsatt diskusjon om hva forlengelsen av livsløpet betyr for omsorgsbehovene (Romøren 1993). Den store økningen av gamle over 80 år som følger to-tre tiår inn i neste århundre på grunn av de store fødselskullene i årene etter andre verdenskrig, vil under alle omstendigheter kreve store og stigende ressurser.

Etterspørselen etter offentlige tjenester har også øket på grunn av økte krav og forventninger, og eldreomsorgen er i så måte preget av velferds-samfunnets vekst på samme måte som tilfellet er for andre grupper og på andre samfunnsområder.

Behovet for offentlige tjenester, eller for den sakens skyld for formelt organiserte tjenester i privat regi (via organisjoner eller firmaer), har vært – og vil fortsette å bli – preget av endringer i familie- og husholdsmønstre. Framveksten av den offentlige eldreomsorgen i de nordiske landene hadde også sammenheng med slike endringer, f.eks. at det ble stadig mindre vanlig å dele hushold på tvers av generasjonene. En stor og stigende andel av de eldre er aleneboende, og denne utviklingen startet tidlig og har foreløpig kommet særlig langt i Norden, og mer så i Danmark og dernest Sverige sammenliknet med Norge. Svært få gamle bor i dag sammen med barn, og i den grad man deler hushold med noen, er det med en mer eller mindre jevn gammel partner. Kvinners og menns alderdom er i denne forstand svært forskjellig, for mens flertallet av mennene har en partner til svært høyt opp i alderdommen, er flertallet av kvinnene enslige allerede omkring 70-års alderen.

Familieomsorgen har likevel fortsatt et betydelig omfang, men forholdsvis sjelden i den intense form som et delt hushold innebærer. I de tilfellene dreier det seg oftest om ektefelleomsorg. Større geografiske avstander mellom eldre foreldre og deres barn har bidratt til å endre balansen mellom den formelle og uformelle omsorgen, og den stigende erkjennelsen av kvinners rettigheter har bidratt ytterligere til at datter-omsorgen ikke tas for gitt slik man tidligere gjorde.

Kvinner har i tiltakende grad gått inn i det lønnede yrkeslivet, og igjen var Norden tidlig ute og har fortsatt i dag tildels betydelig høyere yrkesrater blant kvinner enn de fleste andre europeiske land. Kvinnene toget inn i yrkeslivet, og gjerne nettopp til eldreomsorgen og andre former for helse- og sosialarbeid, tildels til typer av arbeid som de tidligere gjorde uten lønn i familiekreten. De nordiske landenes karakter av å være tjenesteytende velferdsstater har sammenheng med dette. I mange andre europeiske land har man vært tilbøyelig til å prioritere kontantytelser for å

“støtte” familieomsorgen. Dette er for eldreomsorgens del særlig utpreget for hjemmetjenesteområdet. De nordiske land har ikke spesielt høye institusjonsrater sammenliknet med f.eks. land som Tyskland og Frankrike, men betydelig høyere og bredere tilbud av hjemmetjenester (Nijkamp et al. 1990, Andersson 1993, Daatland 1996, Romøren 1996). Bare Nederland har et tilnærmet tilsvarende tilbud av hjemmetjenester som Norden. England var tidlig ute med utvikling av denne typen tjenester, men har i dag et klart lavere tilbuds nivå. I storparten av Europa forøvrig har det til nå vært lite, tildels svært lite, tjenestetilbud av denne type. Her har man primært satsset på institusjoner og/eller på kontantstøtte til familiene for hjemmeomsorgens del.

La dette være en mer generell bakgrunn for denne bokas egentlige – og smalere – tema, nemlig utviklingen innenfor eldreomsorgen i Danmark, Norge og Sverige siden midten av 1960-tallet. Vi skal i fortsettelsen holde oss til dette snevrere temaet, men det er – som antydnet ovenfor – en del av en større helhet og en større utvikling, og kan kanskje best forstås nettopp som del av denne større historiske og samfunnsmessige sammenhengen.

Status og utviklinglinjer

KAPITTEL 2

Svein Olav Daatland, Merete Platz & Gerdt Sundström

Vi skal i dette kapitlet gi en beskrivelse av utviklingen av omsorgstjenestene. Vi starter der den moderne eldreomsorgen starter – i institusjonsomsorgen – men innleder med et kort historisk riss for å forankre tjenestene og de senere års utvikling under en noe lengre tidshorisont.

ET HISTORISK RISS

Den første – og rudimentære – etableringen av et omsorgstilbud for eldre mennesker av noenlunde den art vi i dag tenker på det, er et produkt av vårt eget århundre. Det var riktignok etablert enkelte aldershjem (gamlehjem, alderdomshem, borgarhem) mot slutten av forrige århundre, ofte på privat initiativ og gjerne for privilegerte grupper. For gamle flest som ikke hadde familie eller egne midler var imidlertid det kommunale fattighuset det mest nærliggende alternativet. Her ble samlet ikke bare gamle, men også yngre fattige og funksjonshemmede av ulike slag – sinnsyke, åndssvake (som de da ble kalt) og andre som manglet bopel og midler til underhold. Andre ble satt bort til privat forpleining, gjerne på landet, og ofte under kummerlige forhold.

Fra fattighus til aldershjem

De eldre utgjorde en stor og økende andel av fattigforsorgens klientell, ikke minst i fattigstuene, som i stigende utstrekning kom til å få preg av å være anstalter for gamle. Anstalttanken sto sterkt ved begynnelsen av århundret, etterhvert også idéen om differensiering på ulike typer av anstalter for ulike grupper. De andre gruppene (enn gamle) kunne derved gradvis få andre tilbud, f.eks. i psykiatriske asylers.

Opprettingen av nasjonale trygdeordninger løftet etter en tid de gamle ut av fattigdommen. Danmark hadde, som nevnt, etablert en beskjeden

og behovsprøvet alderstrygd allerede i 1891, Sverige fulgte etter i 1913, mens Norge først fikk sin behovsprøvede alderstrygd i 1937, men da hadde mange kommuner – især byene – allerede for lengst etablert sine egne pensjonsordninger (Hatland 1984).

I løpet av disse årene sto “sosialhjelpsstaten” fram (Seip 1994), med en overgang fra den rent skjønnsbaserte – ofte strengt moralske – fattigforsorgen til en grunnleggende, men beskjeden trygghet på rettighetenes grunn.

Fattighusene var ikke primært omsorgsinstitusjoner, men en måte å anbringe og forsørge fattige på. Behovet for denne typen forsørgelse ble redusert ved etableringen av nasjonale trygdeordninger, og anstaltene ble gradvis steder for ivaretagelse av personer – især gamle – som trengte hjelp og/eller en bopel, og som ikke fikk dekket behovene via familien eller andre.

Omsorg og pleie var primært sett som familiens ansvar, eventuelt et ansvar for den private veldedighet via kirkelige og humanitære organisasjoner. Staten og kommunene inntok en mer residuell rolle, og begrenset sitt ansvar til dem som ikke fikk sine behov dekket ad andre veier. Men kommunene hadde allerede lenge måttet påta seg et stort ansvar via fattigforsorgen, for det var mange som falt utenfor det private sikkerhetsnett. Nye behov vokste også fram i takt med innflyttingen til byene og med overgangen fra bondesamfunnet til industrisamfunnet. Det var dessuten en voksende kritikk av fattigforsorgens uverdighet, og nye idéer om sosiale rettigheter vokste fram og bidro til en humanisering av forsorgs- og omsorgstilbudet, dels via de statlige trygdeordningene, og dels via en utvikling fra forsorgs- til omsorgstanken på det nasjonale og lokale plan.

Gamlehjemmene (aldershjemmene) sto dermed fram i forlengelsen av fattighustradisjonen, tildels fra samme hus og bygning, men stadig oftere ved bygging av egne institusjoner spesielt anlagt som aldershjem. Arven fra fattigforsorgen skulle imidlertid vare ved lenge, og betegnelsen “fattighus” var mange steder vanlig helt fram til andre verdenskrig. Aldershjemmene fikk gjerne en svært nøktern standard, og var også ellers preget av den anstaltenkningen som hadde kjennetegnet fattighusene.

Men aldershjemmene skulle være noe annet og bedre enn fattighusene, og de representerte dermed starten av en eldreomsorg i en reell betydning av begrepet. Aldershjemmene var også ensbetydende med eldreomsorgen, og kom til å være det mer eller mindre helt fram til tidlig på 1950-tallet. Tradisjonen med et offentlig – kommunalt – ansvar tok man med seg fra fattighusene, og langt de fleste aldershjemmene ble dermed anlagt av kommunene. Etableringen av nasjonale trygdeordninger fra omkring århundreskiftet og de første ti-årene av århundret hadde ikke bare redusert behovet for den tradisjonelle fattigforsorgen, men hadde også av-

lastet kommunene for ansvar og utgifter, som så kunne kanaliseres inn på andre oppgaver, bl.a. til utbygging av aldershjem.

Kritikk og ny retning

Framveksten av den moderne velferdsstaten i årene etter den andre verdenskrig kom naturligvis også til å prege eldreomsorgen sterkt. Det første ti-året etter krigen var en brytningstid, der nye tanker og høyere velferdsambisjoner kom til uttrykk, bl.a. overfor eldre mennesker. Kritikken mot eldreomsorgen – dvs. aldershjemmene – vokste, aktualisert av forslag til reformer i sosial- og helselovgivning, og tilskyndet av den gryende forskningen innenfor gerontologi og geriatri, som kunne avdekke uverdige forhold både i institusjonene og blant hjemmeboende gamle. Organisasjoner og engasjerte enkeltpersoner bidro sterkt i den offentlige debatten, som kanskje var særlig het i Sverige. Forfatteren Ivar Lo Johansson (1952) gikk, med de forholdsvis nylig etablerte pensjonistorganisasjonene i ryggen, til felts mot “ålderdoms-Sverige” – mot anstalttenkningen, umyndiggjøringen og elendigheten i institusjonene (Edebalk 1991, Gaunt 1995). “Hemvård i stället för vårdhem”, var ett av slagordene.

Striden hadde noe ulik temperatur og profil i de tre landene, men felles var at kritikken pekte framover i to noe ulike retninger. For det første var det kritikken mot anstalttenkningen og oppbevaringen i aldershjemmene. Normalisering og selvstendighet var motpolen og fikk sin formulering i målet om å kunne bli boende lengst mulig i eget hjem, forøvrig et slagord som har fulgt oss i alle år siden.

Det hadde allerede i mellomkrigsårene vært en viss utbygging av “pensjonistboliger” som et svar på bolignøden blant eldre og handikappede, og dels også som et pensjonstilskudd ved at disse boligene var sterkt subsidiert av det offentlige. Sverige var tidlig ute i så måte, og her ble flertallet av denne typen boliger anlagt som såkalte “pensionärshem”, og med statstilskudd for oppføring av slike boliger (Finansdepartementet 1987). Også i Danmark ble det på 1930-tallet innført statlige tilskudd til oppføring av “aldersrenteboliger” (Møller 1996). Senere ble det vanligere med betegnelsen “pensjonistboliger”. Utviklingen av denne typen boligtilbud kom senere i Norge, for alvor først etter krigen, og her kalte man dem “trygdeboliger”.

Disse boligene framsto som et alternativ til aldershjem for dem som flyttet i aldershjem primært for å ha et sted å bo og som manglet andre muligheter. Det dreiet seg om et boligtilbud – oftest med svært enkel standard – og var ikke beregnet for omsorgstrengende, men snarere for økonomisk trengende. Men beboerne ble etter en tid eldre og mer hjelpe-trengende. Man erkjente etterhvert også at det var mange gamle i den

alminnelige boligmassen som hadde udekkede behov for omsorg og pleie. Det eneste alternativet for dem var i såfall aldershjemmet. Frivillige organisasjoner gikk da – tidlig på 1950-tallet – foran ved å etablere hjemmehjelpstjenester, oftest som mindre prøveordninger i noen av de større byene. Enkelte organisasjoner og kommuner hadde etablert liknende tilbud allerede før krigen, men det var først fra nå av og utover på 1960-tallet at hjemmetjenestene for alvor ble etablert, og da i hovedsak i kommunal regi, og etter en tid også med økonomiske tilskudd fra staten.

Den andre utviklingslinjen med utgangspunkt i revurderingen av aldershjemmene kom *innenfor* institusjonene, generelt ved en oppgradering av den materielle og sosiale standarden, og spesielt ved en opprustning av den medisinske pleien. En rekke aldershjem hadde allerede opprettet egne “syke- eller pleieavdelinger”, og det ble nå stadig vanligere med “alders- og pleiehjem”, “alders- og sykehjem” og rett og slett (rene) “pleie- eller sykehjem”. I dette lå en profilforskyvning fra aldershjemmet som oppbevaring og botilbud til en aldersinstitusjon for pleie og omsorg.

Kommunene hadde organisert sitt ansvar rundt aldershjemmene, som i all hovedsak var i kommunal eie. Derfor var det forholdsvis ofte private – i regelen humanitære organisasjoner – som gikk inn i dette “nye” området. Pleie- og sykehjem ble gjerne opprettet av de private organisasjonene, men de ble snart integrert i den offentlige omsorgen og finansiert av offentlige midler. De to ulike tradisjonene for aldershjem og sykehjem/pleiehjem kan imidlertid leses ut av statistikken. Så sent som på slutten av 1960-tallet var f.eks. 2/3 av de danske “plejehjemmene” private, mens praktisk talt alle “alderdomshjemmene” var kommunale (Olsen 1973). En liknende profil var det i Norge, der omtrent halvparten av “sykehjemmene” på dette tidspunktet var i privat eie. “Aldershjemmene” var derimot kommunale (Daatland 1994). Den store utbyggingen som fulgte på 1960- og 1970-tallet var imidlertid i all hovedsak i offentlig regi, og den private eierandelen ble dermed betydelig redusert, og er i dag i størrelsesorden fem til ti prosent, med noe variasjon landene imellom.

La oss for ordens skyld peke på at alle tre landene har et mindre antall psykiatriske sykehjem (av ulike typer), som tradisjonelt har hatt et forholdsvis stort innslag (40-50 prosent) av eldre pasienter. Denne typen institusjoner hører til helsetjenestene på fylkesnivå (landsting, amt) i de tre landene, og berøres ikke her. Det gjør under alle omstendigheter ikke store forskjeller fra eller til, for eldre mennesker i psykiatriske sykehjem utgjør bare anslagsvis tre til fem prosent av det samlede antallet eldre institusjonsbeboere. Det private innslaget har forøvrig vært særlig stort for disse typer av institusjoner.

Ulike tradisjoner

Vi har foreløpig pekt på en del fellestrekk landene imellom, men der er også forskjeller. Når det gjelder institusjonsomsorgen spesielt, utviklet det seg etterhvert ulike tradisjoner. Her skiller Danmark seg fra Norge og Sverige ved at Danmark gikk bort fra differensieringen mellom aldershjem og sykehjem. Fra og med Bistandsloven av 1976 samlet man de tidligere "alderdomshjem" og "plejehjem" under "plejehjem", som tross sin medisinske fargede betegnelse er en "sosial" institusjon, under den sosiale lovgivning og administrasjon. Danmark har dessuten i alle år latt ansvaret for aldersinstitusjonene høre til kommunene.

Sverige og Norge skilte mellom to typer av aldersinstitusjoner, aldershjem og sykehjem (for Sveriges del alderdomshem, respektive sjukhem/långvård). Aldershjemmene har i likhet med de danske plejehjemmene alltid vært et kommunalt ansvar under den sosiale lovgivningen. Etterhvert ble imidlertid sykehjem skilt ut som medisinske institusjoner under fylkenes (Sverige: landstingenes) ansvar. Norske og svenske sykehjem var dermed koblet til sykehuslovgivningen og sykehustradisjonen, kanskje aller sterkest i Sverige. At den medisinske og sosiale tradisjonen har innbudt til forskjellige løsninger, skal vi illustrere senere.

Under helseinstitusjonene for eldre inngår i Sverige både "lokala sjukhem" og "långvårdsavdelningar", hvorav de siste også formelt var organisert som en del av sykehusene og kunne framstå som sykestuer eller mini-sykehus for langtids pleie. Sverige opphevet skillet i 1992 via Ädel-reformen, som samlet ansvaret for praktisk talt alle omsorgstjenestene i kommunen. Fra da av gikk man over til betegnelsen "särskilt boende", som inkluderer både de tradisjonelle institusjonene og servicehus/serviceboende (se senere). Skillet mellom "institusjoner" og "beskyttede boliger/serviceboende" var dermed i det minste i navnet forsvunnet fra svensk eldreomsorg.

For Norges del ble sykehjemmene utskilt og administrativt og finansielt overført fra kommuner til fylker i 1970 i samband med den nye sykehusloven. Utbyggingen av sykehjem ble da stimulert med ekstra store stats-tilskudd. Midt på 1960-tallet hadde aldershjemmene vært dominerende; to av tre plasser i norske aldersinstitusjoner var da registrert som aldershjems plasser, bare 1/3 som sykehjems plasser. Men etter omleggingen endret balansen seg, og allerede i 1973/74 var sykehjems plassene i flertall, og kom til å bli stadig mer dominerende i årene som fulgte.

Ansvaret for sykehjemmene ble i Norge tilbakeført til kommunene i 1988, som del av desentraliseringspolitikken. Man fulgte dermed etter Danmark, og det samme gjorde, som nevnt, Sverige i 1992. Med dette var det samlede ansvaret for eldreomsorgens tjenester igjen integrert på kommunalt nivå også i Norge og Sverige. I dag er altså aldersinstitusjoner (og

“særskilt boende”) i alle tre landene et kommunalt ansvar, sammen med praktisk talt alle eldreomsorgens tjenester forøvrig. Denne integreringen av tjenestene på det kommunale plan har en lang og ubrutt tradisjon i Danmark. Sverige og Norge hadde i en mellomperiode latt medisinske institusjoner og tjenester være organisert under fylker/landsting. I praksis trenger det ikke være så store forskjeller mellom de ulike typer av institusjoner. For Norges del har f.eks. mange mindre kommuner anlagt såkalte “kombinerte alders- og sykehjem”, med to typer av avdelinger i samme bygning, der grensene mellom dem kan være noe flytende.

Kommunereformene på 1960-tallet, med sammenslåingen av mange mindre kommuner til et mindre antall “storkommuner”, var en forløper og forutsetning for den senere desentralisering og integrering av tjenester på kommunalt nivå. Danmark var tidligst ut, og allerede fra tidlig på 1970-tallet startet man en omfattende desentralisering av tjenester til kommunene, og la om den statlige støtten – først til nøytrale tilskudd (like refusjonsprosenter) for hver tjeneste og siden til blokktilskudd (rammeoverføringer), fordelt til kommunene etter behovsindikatorer (Møller 1996). Norge fulgte etter i siste halvdel av 1980-årene, og Sverige fikk en liknende reform tidlig på 1990-tallet, men verken Norge eller Sverige har foreløpig gått like langt som Danmark i desentraliseringen.

Det var flere motiver bak denne omleggingen. Dels en integrerende forenkling for brukerne, som fikk én hovedansvarlig å henvende seg til i sosiale spørsmål. Dels et insentiv for kommunene til å forme en bedre og mer sammenhengende tilbudskjede ved at man fikk et helhetlig ansvar. Oppgaver og brukere kunne ikke lenger skyves over på andre nivåer (amt, fylker, landsting), og kommunene måtte kompensere stor satsning på ett område med mindre på et annet innenfor sine samlede rammer. I dette lå naturligvis også et økonomisk motiv. Kommunene fikk større frihet og ansvar for prioriteringene, men staten tok et strammere grep om de samlede ressurser man skulle prioritere innenfor. Brorparten av de statlige overføringene (og skatteutjevningen) til kommunene fikk form av rammetilskudd, men staten bruker fra tid til annen også øremerkede tilskudd og andre styringsmekanismer på områder og tjenester man ønsker mer direkte kontroll over. Disse reformene, og den ulike tidsrytmen de fulgte i de tre landene, har trolig hatt betydning for den utviklingen som siden fulgte.

Vi kommer tilbake til dette, men skal først ta for oss utviklingen tjenesteområde for tjenesteområde med start i institusjonsomsorgen.

INSTITUSJONSOMSORGEN

“Tradisjonelle institusjoner”

Det har blitt stadig vanskeligere å skille mellom “institusjoner” på den ene siden og ulike typer av “service- eller omsorgsboliger” på den andre. For Sveriges del er, som nevnt, skillet formelt sett (om ikke reelt) opphevet ved samlingen under betegnelsen “særskilt boende” etter Ädel-reformen i 1992. Dagens institusjoner er dessuten i regelen temmelig forskjellige fra (og mindre institusjonspreget enn) dem vi kjenner fra 20-30 år tilbake. Sammenlikningen over tid og mellom land er derfor ikke uproblematisk.

Vi er imidlertid avhengig av den kategorisering og de definisjoner som ligger til grunn for den offentlige statistikken, og det vil i denne sammenheng si at vi som “tradisjonelle institusjoner” begrenser oss til “plejehjem” for Danmarks del. For de tidlige år i serien er herunder også inkludert “alderdomshjem”. For Sveriges og Norges del inkluderer vi “aldershjem” og “sykehjem” (for Sverige inklusive långvården). Disse to typer av aldersinstitusjoner kan vi for Norges del følge i hele perioden, men for Sverige bare til 1992, da skillet mellom institusjoner og beskyttede og selvstendige boformer av typen serviceboliger ble opphevet formelt og i statistikken.

Dette er altså det vi skal kalle den tradisjonelle institusjonsomsorgen, der vi med “institusjon” mener en boform med felleshushold og med personale og faste rutiner, der beboeren – mer enn i en selvstendig boform – er underlagt institusjonens regime. Vi ser foreløpig bort fra de ulike typer av beskyttede – men selvstendige – boformer (servicebolig, omsorgsbolig m.v.), herunder også “gruppboende för åldersdementa” (Sverige), som vi i denne sammenheng altså ikke har regnet til de “tradisjonelle institusjonene”. Denne typen boform (gruppboende) har oftest fast personale og et institusjonsliknende regime, og kunne dermed vært kategorisert som institusjon, og illustrerer dermed den uklare grenseoppgangen mellom kategoriene. Vi viser forøvrig til databasen i Appendix A, der data og definisjoner er presentert i detalj, og gir leseren muligheter for å kategorisere enheter og data på andre måter enn den vi har lagt opp til.

Hvordan har så utviklingen vært i institusjonsomsorgen? Hvordan har omfang og innhold utviklet seg, og hvilke forskjeller og likheter er det mellom landene? Vi holder oss som nevnt til utviklingen fra midten av 1960-årene. Ved starten av denne perioden var institusjonene helt dominerende i eldreomsorgen. Hjemmetjenestene var i sin spede begynnelse, og de nyere typer av service- og omsorgsboliger skulle vi ennå vente på i noen år.

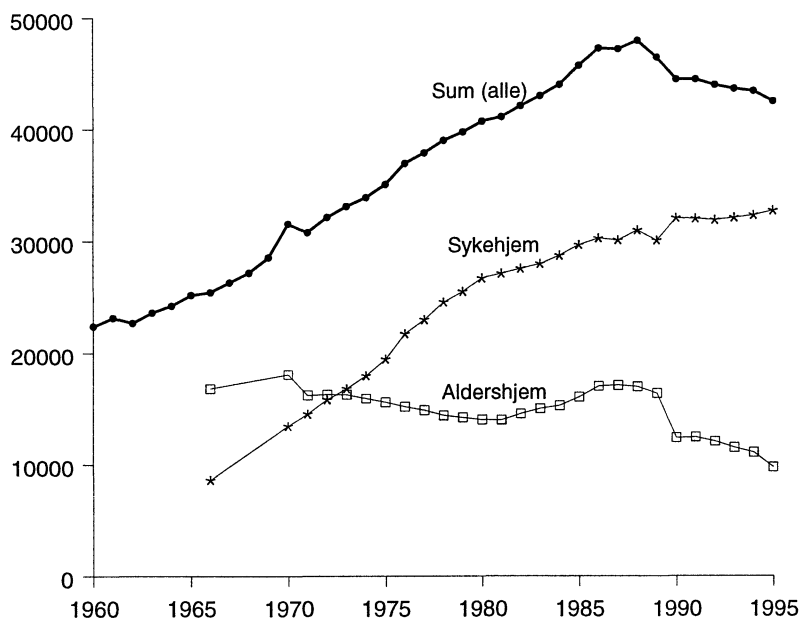
Institusjonsomsorgens omfang

Antall institusjonsplasser

La oss starte med omfanget av institusjonsomsorgen, først belyst ved det samlede antallet institusjonsplasser (døgnplasser). Institusjonsomsorgen hadde allerede i starten av den perioden vi her snakker om, altså på midten av 1960-tallet, et betydelig omfang. Danmark hadde da ca. 28 000 institusjonsplasser, Norge ca. 25 000 og Sverige ca. 70 000 plasser. For Norges (figur 2.1) og Sveriges (figur 2.2) del var ca. 2/3 da registrert som aldershjems plasser. Danmark, som på denne tida skilte mellom alderdomshjem og pleiehjem, hadde en noenlunde tilsvarende fordeling, med alderdomshjemmene i flertall (62 prosent i 1968 – jfr. Olsen 1973).

Antallet aldershjem var nokså stabilt (Norge) eller hadde en beskjeden økning (Sverige) de påfølgende fem til ti årene. Men det var framfor alt sykehjemmene som ble bygd ut og som etter en tid ble dominerende, især i Norge, der de i dag utgjør anslagsvis 75 prosent av det samlede antall

Figur 2.1. Norge: Antall institusjonsplasser etter type 1960-95^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

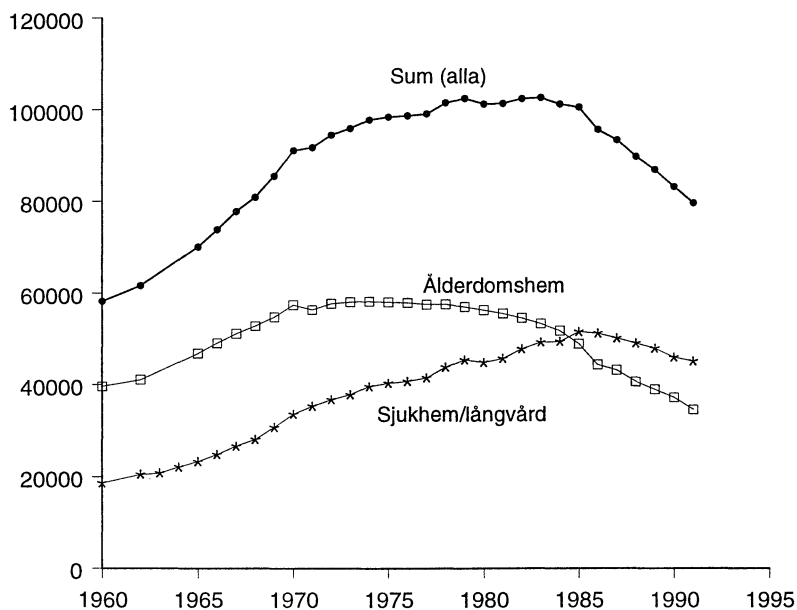
institusjonsplasser. Aldershjemmene har stått relativt sterkere i Sverige, og sjukhem/långvård var dermed noe mindre dominerende, med ca. 60 prosent av det samlede antall plasser ved inngangen til 1990-årene (1991).

Ser vi institusjonsomsorgen under ett (tabell 2.1 og figur 2.3 - se neste side), var ti-året mellom 1965 og 1975 preget av en særlig høy utbyggings-takt. Antallet institusjonsplasser økte da med hele 64 prosent i Danmark, og 39-40 prosent i Sverige og Norge. Det påfølgende tiåret (1975-85) var det bare Norge som fortsatte utbyggingen med nye 10 600 plasser (30 prosents økning). Danmark og Sverige "vedlikeholdt" sine antall institu-sjoner, med en ubetydelig økning på to til seks prosent, tilsvarende 2-3 000 nye plasser.

For både Sveriges og Danmarks del kulminerte det absolutte volumet omkring 1980. Da hadde man i Sverige ca. 102 000 institusjonsplasser, Danmark i underkant av 50 000. Norge fortsatte altså utbyggingen i ytterligere noen år, med et toppunkt av antall plasser (ca. 48 000) i 1988.

I årene deretter har det vært en reduksjon av antall institusjonsplasser

Figur 2.2. Sverige: Antall institusjonsplasser etter type 1960-91^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A. Fra 1992 (etter Ädel-reformen) skilles det ikke i statistikken mellom "institusjoner" og "serviceboende", som fra da av ble samlet under kategorien "særskilt boende"

Tabell 2.1. Antall institusjonsplasser^a og økning/minskning i perioden 1965-94 i Danmark, Norge og Sverige

	Danmark	Norge	Sverige
1965	28 400 ^b	25 200	70 100
1965-75	+ 18 100	+ 9 900	+ 28 300
1975-85	+ 3 000	+ 10 600	+ 2 100
1985-90	- 7 200	- 1 300	- 17 300
1990-94	- 5 500	- 1 000	- 3 500 ^d
1994	36 800 ^c	43 400	79 600 ^d

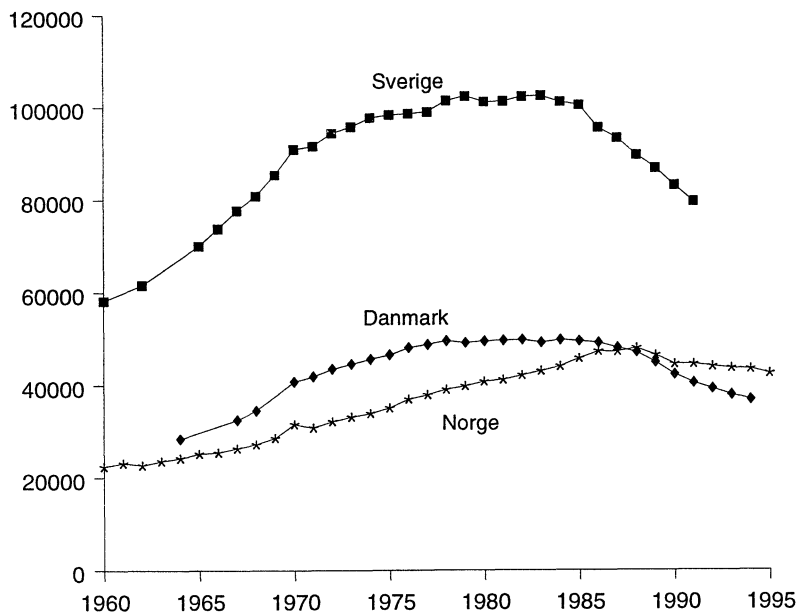
^aSom (tradisjonelle) institusjoner regnes for Danmark: plejehjem (før 1976 også alderdomshjem), for Norge: aldershjem, sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem (ikke inkludert "boliger for heldøgns omsorg og pleie"), og for Sverige: alderdomshem, og sjukhem/långvård. Avrundede tall. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

^b1964

^cDe registrerte 40 800 plasser i plejehjem inklusive daghjem er redusert med 4 000, som er omtrent det registrerte antall daghjems plasser de foregående årene.

^dGjelder 1990-91 og 1991. Fra 1992 ble institusjoner og serviceboende samlet i kategorien "særskilt boende", og man skilte ikke lenger mellom tradisjonelle institusjoner og serviceboliger/omsorgsboliger. Gruppboende for aldersdementa er ikke inkludert (ca. 5 000 plasser i 1991).

Figur 2.3. Antall institusjonsplasser i Danmark, Norge og Sverige 1960-95^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A. For Danmarks del er inkludert plejehjem (i de tidlige år av serien også alderdomshjem, som senere ble inkludert under kategorien plejehjem). For Norge og Sverige - aldershjem (alderdomshem) og sykehjem (sjukhem/långvård).

i alle tre landene; mest markant i Sverige og Danmark, mens reduksjonen har vært mindre i Norge. Sverige og Danmark har redusert det samlede antallet plasser med 20-25 prosent, Norge med ca. ti prosent, sammenliknet med sine nasjonale "høydepunkter".

Dekningen – det relative omfanget

Av større interesse enn det absolutte volumet er institusjonsomsorgens omfang i forhold til antallet eldre mennesker som kan tenkes å ha behov for slik omsorg. Institusjonaliseringen øker med alderen, og andelen av 65-79-åringer som bor i institusjon er svært lav – anslagsvis 2-3 prosent i gjennomsnitt, men økende med alder innenfor aldersgruppen. Innflytting i institusjon er imidlertid især aktuelt etter passerte 80 år, og det kan følgelig være rimelig å vurdere volumet i forhold til antall over-80-årige, nærmere bestemt som antall institusjonsplasser pr. 100 av befolkningen over denne alder. Denne "dekningsgraden" kan tjene som en indikatorer for tilgangen til institusjonsomsorg – en indikator som lar seg sammenlikne over tid og mellom landene. Vi understreker at dette er en grovkornet indikator, som ikke tar hensyn til annet enn antallet gamle mennesker.

Målt på denne måten finner vi at tilgangen til institusjonsomsorg kulminerte allerede tidlig på 1970-tallet etter en vekst i 1960-årene (figur 2.4 – neste side). Fra da av har deknningen gått nedover i alle tre landene, særlig sterkt i Sverige og Danmark, mens nedgangen er mer beskjeden for Norges del.

Sverige har redusert sin institusjonsdekning fra et særdeles høyt nivå, som omkring 1970 var 47-48 plasser pr. 100 over 80 år – mer enn 40 prosent høyere enn i Norge og 20 prosent høyere enn i Danmark på det tidspunktet (se også tabell 2.2). Midt på 1980-tallet falt den svenske deknningen til under den norske, og tidlig på 1990-tallet var forskjellen mellom Danmark og Sverige utjevnet. Både Sverige og Danmark hadde da mer enn halvert sin institusjonsdekning i forhold til den høyeste deknningen i 1970 (Sverige) og 1972 (Danmark). Selv om vi hadde inkludert "gruppboende för åldersdementa" (ca. 5 000 plasser for Sveriges del i 1991), hadde ikke dette endret utviklingsprofilen og konklusjonen vesentlig.

Utviklingstakten har vært langsommere og mindre dramatisk i Norge. Også Norge har redusert institusjonsdekningen, men med "bare" 25-30 prosent, som er beskjedent sammenliknet med Danmark og Sverige. Norge startet perioden med klart lavere dekning enn både Danmark og Sverige, men framstår nå som landet med det høyeste volumet av tradisjonell institusjonsomsorg – 24 plasser pr. 100 over 80 år – som er 20-30 prosent høyere enn i nabolandene. En viss usikkerhet er knyttet til disse tallene fordi grensen mellom hva som regnes som "institusjon" og hva som er en

Tabell 2.2. Institusjonsdekning^a (plasser pr. 100 i alderen 80 år +) etter type institusjon i Danmark, Norge og Sverige 1960-95

	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	Pleje- hjem	Sum instit.	- derav sykehjem	Sum instit.	- derav sjukh./långv.	
1960	..	31.5	..	40.1	12.8	
1965	..	33.1	11.3	41.4	13.7	
1970	39.2 ^b	33.3 ^d	15.5	47.8	17.6	
1975	37.6	34.6	19.2	43.8	18.0	
1980	33.8	33.5	22.0	38.4	17.0	
1985	29.4	32.3	20.9	31.9	16.5	
1990	22.0	27.9	20.1	22.4	12.4	
1991	20.6	27.2	19.6	20.9	11.9	
1994	18.0 ^c	25.0	18.6	..	..
1995	..	24.1	18.5	..	..

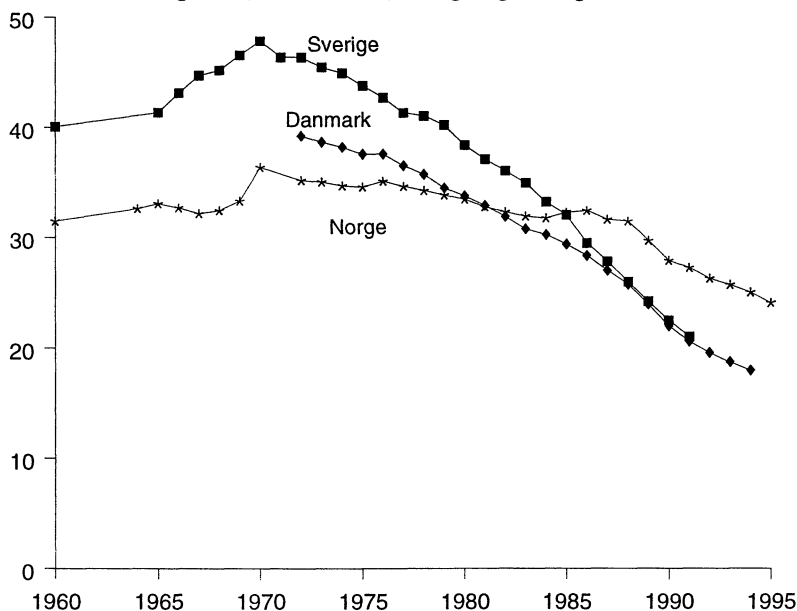
^aSe note til tabell 2.1. "Sum institusjoner" er for Norges og Sveriges del inklusive aldershjem. For nærmere detaljer - se databasen (Appendix A).

^b1972

^cDe registrerte 40 800 plasser i pleiehjem inklusive daghjem er redusert med 4 000, som er omtrent det registrerte antall daghjems plasser de foregående årene, altså til 36 800 pleiehjems plasser.

^d1969, fordi statistikken for 1970 er rapportert å gi for høye tall for aldershjem.

Figur 2.4. Dekningsgrad/80 år+ av institusjoner (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-95^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A og noter til figur 2.1 - 2.3.

“beskyttet boform” (servicebolig, omsorgsbolig, eldrebolig m.v.) er noe flytende og kan være praktisert noe ulikt i de tre landene.

1970-årene, og i særlig grad 1980-årene, har altså vært en periode preget av en betydelig *nedinstitutionalisering*. Vi har allerede konstatert at det især er aldershjemstilbudet det er blitt mindre av. Norge har mer eller mindre opprettholdt tilbudet av sykehjemsplasser i forholdet til antallet over 80 år i årene mellom 1975 og 1995, etter en økning før den tid. Sverige har derimot redusert dekningen også for medisinske institusjoner, men reduksjonen er mindre i “sjukhem/långvård” enn hva gjelder “ålderdomshem” (tabell 2.2). Det har således vært en forskyvning av profil – en medikalisering av institusjonsomsorgen – i Sverige og Norge. Danmark skiller seg ut med sin egen “sosiale tradisjon”, skjønt samlingen av institusjonene under “plejehjems-hatten” midt på 1970-tallet trolig også bærer bud om en medisinsk – i det minste en pleiemessig – dreining. Da forsvant også betegnelsen “alderdomshjem” fra det offisielle vokabularet (se ovenfor).

Vi skal foreløpig notere oss at denne nedinstitutionaliseringen ser ut til å ha startet noe før utbyggingen av de ulike typer av beskyttede boformer (serviceboliger, omsorgsboliger) for alvor tok til, og i god tid før nedinstitutionalisering og den såkalte boligjøringen av omsorgstjenestene for alvor ble framhevet som grunnlag for “den nye eldreomsorgen” på 1980-tallet. Vi kommer nærmere tilbake til dette. Her skal vi bare minne om at “høy eller lav” institusjondekning ikke kan leses som “godt eller dårlig” tilbud, ei heller at “reduksjon” uten videre betyr “svekkelse”. Utviklingen av institusjonsomsorgen må ses i sammenheng med utviklingen av andre og tildels alternative tilbud og tjenester, ikke minst utviklingen av hjemmetjenester og utbyggingen av service- og omsorgsboliger.

Men før vi går inn på de øvrige tjenestene skal vi se nærmere på utviklingen innenfor institusjonsomsorgen. Vi har foreløpig kunnet konstatere at volumet – tilgangen til institusjonsplasser – er betydelig redusert. Men hva betyr dette i mer konkret forstand? Hva har skjedd innenfor institusjonene, og hvordan har den tiltakende knappheten blitt fordelt?

Kvalitative endringer

Det har også funnet sted viktige endringer i institusjonenes indre liv, i de mer kvalitative sider, i denne perioden. Går vi tilbake til 1950-årene, og ikke minst til årene før krigen, kunne aldershjemmene ofte med rette kalles oppbevaringsanstalter, med tildels strenge reglement, fattigslig standard og lite rom for personlig utfoldelse og innflytelse. Det fantes eksempler på gode “hjem” i den egentlige betydningen av ordet, men jevnt over var standarden lav. Arven fra fattigforsorgen satt i veggene. Institusjons-

regimet var strengt og umyndiggjørende, og boligstandarden var dårlig. Man fikk oftest dele rom, tildels på sovesaler.

Mye av dette er i dag historie. Institusjonene er langt mindre “institusjoner” enn de var, og såvel den materielle som den psyko-sosiale standard er langt bedre, selv om det også i dag kan være innslag av formynderi og dårlig miljø såvel materielt som sosialt. Institusjonslivet har likefullt utviklet seg i retning av normalisering, boliggingjøring og hjemliggjøring, med variasjoner mellom land og typer av institusjoner.

En annen utviklingslinje er medikaliseringen, den økte vekten på den medisinsk-faglige pleien.

Danmark er den fremste eksponenten for den første linjen, Norge og Sverige for den andre – for medikaliseringen. I alle tre landene har det ellers vært en opprustning av utstyr og standard, med høyere bemanning og bedre utdannet personale.

La oss se litt mer konkret på standardhevingen via to indikatorer som det er mulig å finne rimelig sammenliknbare data for, nærmere bestemt personelldekning og adgangen til enerom. Vi understreker at vi her snakker om “standard”, ikke om “kvalitet” i omsorgen. Hva som er “god kvalitet” i institusjonsomsorgen er vanskelig å finne valide og reliable mål for, og i siste instans må dette avgjøres av beboernes trivsel og velvære (Slagsvold 1995). Med “standard” sikter vi til mer nøytrale og objektive målbare kjennetegn. Høyere standard i form av høyere bemanning (personelltetthet, personelldekning) og høyere andel som har enerom vil rimeligvis også bidra til bedre kvalitet slik beboerne ser det, men det er ingen entydig sammenheng her.

Personelldekning

Personelldekningen, målt som antall årsverk pr. institusjonsplass, har økt gjennom hele perioden, både under institusjonsomsorgens vekstperiode, og ikke minst under “nedbyggingen”. For Norges og Danmarks del kan vi følge utviklingen år for år i den offentlige statistikken fra tidlig på 1970-tallet. I løpet av de påfølgende 20 årene til tidlig på 1990-tallet økte personelldekningen med 80-90 prosent i begge landene, men Danmark hele tida med en høyere personelltetthet enn Norge. Mer sporadiske data via undersøkelser fra lengre tilbake tyder på at bemanningen har blitt mer enn fordoblet siden midten av 1960-årene (figur 2.5).

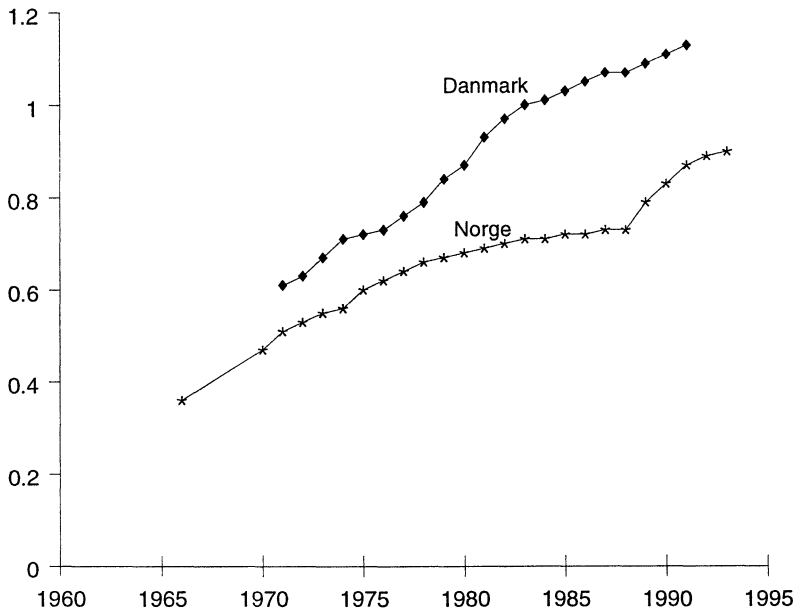
Personelltettheten har naturlig nok vært høyere i sykehjem/plejehjem enn i aldershjem. Aldershjemmene var opprinnelig ment som et tilbud for eldre mennesker som man mente hadde behov for tryggheten i et felleshushold, men som ellers stort sett kunne klare sine daglige gjøremål. Mot slutten av 1960-tallet, da Danmark fortsatt skilte mellom alderdomshjem

og plejehjem, var personelltettheten omtrent dobbelt så høy i plejehjemmene (Olsen 1973). Forskjellen var omtrent tilsvarende i Norge mellom aldershjem og sykehjem (Daatland 1994), men danske plejehjem hadde allerede da høyere bemanning enn norske sykehjem. Forskjellen mellom aldershjemmene var liten.

Tidlig på 1990-tallet var personelldekningen i danske plejehjem og svenske sjukhem/långvårdsavdelinger i overkant av én til én, for Norges del noe lavere – ca. 0,9. Norske og svenske aldershjem har lavere bemanning, anslagsvis 0,6. Personelltettheten i den samlede institusjonssektoren er dermed noe høyere i Danmark enn i Sverige og især Norge.

Noe av denne økningen i bemanning er tilsynelatende, i den forstand at arbeidstida har blitt kortere i løpet av disse årene, og dette er det ikke kompensert for i dataene. Relativt mer tid kan etterhvert også ha gått bort til administrasjon, sykefravær, utdanningsfravær og møter (“indirekte tid”). Man skal dessuten være oppmerksom på at i tallene for personelldekning er medregnet alt personell, ikke bare pleiepersonell. Det

Figur 2.5. Personelldekning i institusjoner (årsverk pr. plass) i Danmark og Norge 1965-93^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A. Alt personell er inkludert, ikke bare pleiepersonell. Tilsvarende data mangler for Sverige.

har under alle omstendigheter blitt en klart høyere bemanning gjennom årene, men man skal da ta i betraktning at dagens beboere jevnt over er betydelig eldre og skrøpeligere enn tidligere. Mer om dette nedenfor.

Bemanningen er også styrket ved at stadig flere av personalet har utdannelse, og det vil primært si i sykepleie eller hjelpepleie; det har vært liten rekruttering fra "sosialprofesjonene". Dette har bidratt til en forbedring av pleien. Hvorvidt de psyko-sosiale kvaliteter er hevet tilsvarende, er det vanskeligere å vurdere.

Tilgangen til enerom

Den materielle og boligmessige standarden er også bedret betydelig. Det er nå en selvfølge at man kan ta med seg egne møbler og ting innenfor de grenser som plassen setter. En økende andel har fått eget rom, ja noen steder med eget toalett og bad, i noen tilfeller også med kjøkkenkrok. I enkelte nyere institusjoner er arkitektur og boligløsninger blitt så normalisert og boliggjort at det er lite av det tradisjonelle institusjonspreget igjen. Andre institusjoner framstår derimot som mini-sykehus, med korridorer, flersengsrom og fellesrom som ikke fungerer slik de er tenkt, og derfor med beboerne sittende i korridorer og nisjer der de kan følge med på hva som måtte skje av sosialt liv.

Den enkleste indikatoren for institusjonens boligmessige og sosiale standard er kanskje andelen som bor i enerom. Det har fra enkelte hold, spesielt i Norge og Sverige, vært stilt spørsmålsteget ved hvor viktig et eget rom er for sterkt pleietrengende, men en rekke surveys viser at et eget rom rangeres svært høyt blant beboere og ikke minst blant potensielle beboere. I det egne rommet ligger i det minste muligheter for individualitet i livsform og innredning, herunder muligheter for å kunne ta imot besøk i tilnærmet hjemlige omgivelser uten å forstyrres. En skulle også tro at personalets holdning til beboerne vil være påvirket av om man ligger på "stue" sammen med en eller flere andre, eller har et eget rom, eventuelt en ett-roms leilighet med bad og kjøkkenkrok, og som forøvrig ser ut som et vanlig hjem. Pårørende og andre besøkende kan også føle seg mer hjemme i slike omgivelser, koke sin kaffe og lese en avis i lenestolen mens den gamle hviler i sin seng.

På dette området er det store og iøyenfallende forskjeller mellom land og typer av institusjoner (tabell 2.3). Allerede ved inngangen til 1970-årene kunne Danmark tilby 80-90 prosent av institusjonsbeboerne sitt eget rom (Olsen 1973) i såvel alderdomshjem som plejehjem – en standard som verken Norge eller Sverige ennå har nådd opp til. Sverige hadde på dette tidspunktet omtrent tilsvarende standard i sine alderdomshjem, men det store flertallet i sjukhem og spesielt i langvårdsavdelingene måtte

dele rom med andre, mange til og med på “sovesaler” med fire eller flere beboere (Jansson m.fl. 1987, Sosialstyrelsen 1987).

Den tilsvarende forskjellen finner vi mellom norske alders- og sykehjem. Norske aldershjem hang noe etter danske og svenske med tilbud om enerom, men såpass tidlig som i 1977 hadde 78 prosent enerom i aldershjemmene (Statistisk sentralbyrå 1979), riktignok noe lavere enn i svenske alderdomshem og danske plejehjem (90-95 prosent), men med en betydelig høyere eneromsandel enn i sykehjemmene (Jansson m.fl. 1987).

I dag har alle som ønsker det forlenget fått sitt eget rom i danske aldersinstitusjoner. Det samme er tilfellet i svenske alderdomshem, og for nær alle i norske aldershjem. Standarden i sykehjem/långvård er i denne forstanden betydelig lavere. For Norges del må fortsatt nær fire av ti dele rom i sykehjemmene, som regel i tosengsrom. Tilgangen til enerom ser ut til å være enda dårligere i svenske sjukhem/långvårdsavdelinger, der flertallet fortsatt må dele rom med andre beboere, tildels flere på ett rom. Dette gjelder spesielt på de større og mer sykehusliknende långvårdsavdelingene.

Det er nærliggende å knytte disse forskjellene nettopp til de to tradisjoner i institusjonsomsorgen – den sosiale (aldershjemmene) og den medisinske (sykehjemmene/långvården). Danmark valgte den sosiale tradisjonen. Under den medisinske tradisjonen har man øyensynlig lagt mindre vekt på de sosiale kvaliteter. Viktigere har trolig vært selve pleien og fagligheten knyttet til denne. Beboerne blir først og fremst “pasienter”, og kan

Tabell 2.3. Andel beboere med enerom^a etter typer av institusjoner i Danmark, Norge og Sverige 1954-95

	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	Pleje- hjem	Sum instit.	derav sykehjem	Ålder- hem	Sjukhem/ långvård	
1954	..	27	..	..	..	..
1966	..	40	..	..	..	..
1970	87 ^b	..	..	77	..	..
1975/77	..	(78) ^c	..	90	..	..
1985	..	..	..	91	33 ^c	..
1989	..	61	..	..	40	..
1992/93	..	65/85 ^d	58	..	42	..
1994/95	99	68	..	..	..	..

^aDiverse kilder og år. “Sum institusjoner” er for Norges del inklusive aldershjem.

^bI alderdomshjem varierende mellom 75 og 90 prosent, i plejehjem - mellom 80 og 90 (Olsen 1973).

^cAldershjem

^d65 prosent for sum institusjoner, 85 prosent i aldershjem.

^e59 prosent for sum institusjoner.

som sådan ha blitt ansett som forskjellige fra friske, med andre typer behov og ønsker. Under denne tenkemåten “trenger ikke” pasientene den romsligheten og det private rom som enerommet er, ja det har tildels vært vurdert som uheldig ved at man da kan bli isolert i sine “celler”. Dessuten kan det for pleiens del være vurdert som upraktisk og lite rasjonelt.

Vi kan bare spekulere i årsakene til disse forskjellene; hvorfor de ulike tradisjonene oppsto, og hva som har vært drivkreftene deretter. Når tradisjonen først var etablert, har den imidlertid sin egen logikk og en tilbøyelighet til å legitimere seg selv.

Tanken om normalisering av institusjonen som boform har lenge stått sterkest i Danmark, både som idé og praksis, og dette kan også avleses på andre måter. Dette var f.eks. et viktig anliggende og en anbefaling fra Ældrekommissjonen omkring 1980, og i 1987 vedtok Danmark en “eldreboliglov”, som satte en stopp for nybygging av plejehjem (institusjoner). Boliggjøringen ble dermed også formalisert og lovfestet i Danmark. En del danske kommuner har deretter gått helt bort fra institusjonsbegrepet, og har ikke lenger “institusjoner” – bare “eldreboliger”. Enkelte norske og svenske kommuner gikk i samme retning, men oftest ikke like besluttomt. Sverige har så fra og med Ädel-reformen i 1992 “opphevet” den tradisjonelle institusjonsomsorgen ved å samle tidligere institusjoner og serviceboliger m.v. under betegnelsen “særskilt boende”. I prinsippet er dette en selvstendig boform, der beboerne betaler husleie, men “under” betegnelsen lever de gamle sykehjemmene og långvårdsavdelingene videre. Selv om man lenge har hatt som offisiell målsetting å sikre enerom for alle, har man gitt liten prioritet til sykehjemmene og långvården. Man har sørget for god boligstandard ved utbyggingen av nye serviceboliger, men i stor grad latt de gamle medisinske institusjonene fortsette med sin svake bostandard (Johansson 1997).

Den norske regjeringen har nylig forpliktet seg til å bygge enerom til alle på sykehjemmene i løpet av en fem-års periode, som ledd i en større satsning på eldreomsorgen i disse årene (St.meld. nr. 50, 1996-1997). Også her kan man være på vei bort fra det formelle skillet mellom “institusjon” og “bolig” ved at man bruker betegnelsen “lovregulert bolig” for sykehjem og tilsvarende boformer som er underlagt forskrifter og tilsynsplikt.

At det er flytende grenser mellom hva som er “institusjon” og hva som er “beskyttet bolig” gir seg også utslag i nye navn og betegnelser av typen “helsetun”, “bo- og aktivitetssenter”, “eldresenter” m.v., som kan “skjule” sykehjem, omsorgsboliger eller anlegg med kombinasjoner av disse. Noe av forskjellen mellom slike navn og de tradisjonelle (alders hjem, sykehjem, pleiehjem) kan være av rent språklig art, men i ordbruken kan det også ligge reelle signaler. Sammen med de mer konkrete endringer er inntrykket at det utviklet seg tidlig en noe annen ideologi og tenkemåte – et

noe annet klima – i Danmark sammenliknet med Norge og Sverige. Sverige, og i de senere årene framfor alt Norge, har vært mer institusjonstro. Nok et uttrykk for dette er at man i disse to landene holdt lenger fast ved det automatiske pensjonstrekket ved egenbetalingen i institusjonene, mens beboerne bare fikk utbetalt sine “lommepenger”. Danmark har forlatt denne praksis, og Sverige har nylig fulgt etter. Institusjonsbeboerne skal i utgangspunktet betraktes som økonomisk myndige borgere, som betaler sin husleie som andre i den grad de selv kan styre sin økonomi. Den økonomiske umyndiggjøringen lever fortsatt ved i Norge, og kan være et utslag av den samme tradisjonsarv som forskjellen i institusjonenes boligstandard er uttrykk for.

Endret profilering og drift

Standardhevingen har kostet penger, og bidrar til å forklare at volumet – tilgangen til institusjonsplasser – har blitt stadig mindre. Under veksten på 1960-tallet var ressurstilfanget tilstrekkelig til at man kunne øke både tilgang og standard. Standarden – og dermed kostnadene pr. plass – har siden fortsatt å øke, mens tilgangen har gått ned, kanskje delvis som en utilsiktet virkning av kostnads- og utgiftsveksten.

Endringene kan være resultater av en bevisst og styrt utvikling som svar på endringer i behov og en tilpasning av institusjoner og andre tjenester til dette. Det kan alternativt bare “ha blitt slik”, f.eks. fordi kortere arbeidstid, høyere lønninger og andre kostnadsdrivende faktorer har utviklet seg av sin egen tyngde og logikk og krevd stadig større del av ressursene. Under alle omstendigheter har institusjonssektoren måtte tilpasse seg den tiltakende knappheten, og dette kan avleses i to profilforskyvninger som gjensidig påvirker hverandre. For det første en tiltakende selektivitet i tildeling av institusjonsplass, og dernest – og tildels som en følge av dette – en økende gjennomstrømming og “produktivitet”.

Tiltakende selektivitet

Det mindre tilfanget av institusjonsplasser har naturlig nok ført til en tiltakende selektivitet i tildeling av plass. Aldershjemmene hadde, som nevnt, i de tidlige årene også huset forholdsvis mange yngre beboere, som man av ulike grunner måtte ta vare på, men som manglet andre tilbud. En god del av beboerne var ikke pleiepasienter som i dag ville være aktuelle for institusjonsplassering. Fattigdom, bolignød og mangel på andre tilbud førte dem til aldershjemmet.

Så sent som på 1960-tallet var det fortsatt en forholdsvis betydelig andel “yngre” beboere (10-15 prosent) i aldersinstitusjonene, i dag bare

to til fem prosent, varierende mellom land og typer institusjoner. Og mens bare 55 prosent av beboerne var 80 år eller eldre mot slutten av 1960-tallet, er nær 3/4 over denne alderen i dag (tabell 2.4).

Alder kan ikke uten videre tas som kriterium for pleie- og omsorgsbehov, for aldersprofilen er jevnt over noe høyere i aldershjem enn i sykehjem (Norge og Sverige), selv om de førstnevnte er beregnet for mindre omsorgstrengende. Denne aldersforskjellen mellom beboere i aldershjem og sykehjem kan tildels skyldes en “generasjonseffekt”, der den store nybyggingen av sykehjem førte en noe “yngre” gruppe inn i sykehjemmene, mens mange av de eldste ble boende i de gamle aldershjemmene.

Vi finner det under alle omstendigheter rimelig å se den stigende aldersprofilen blant institusjonsbeboerne som uttrykk for en tiltakende selektivitet; at terskelen for å bli tildelt institusjonsplass er lagt stadig høyere. Det er også støtte for dette i undersøkelser som spesielt har tatt for seg funksjonstap og hjelpebehov i institusjonsbefolkningen. Andelen som er vurdert å trenge daglig hjelp til å kle seg har f.eks. økt fra 61 prosent i 1973 til 82 og 90 prosent i henholdsvis 1989 og 1993 i norske sykehjem (Lingsom 1997). En tilsvarende utvikling er rapportert for Sverige og Danmark (Johansson & Thorslund 1991, Thorslund 1991, 1996, Platz 1992).

Det er også grunn til å tro – men her mangler vi gode data – at en stigende andel av beboerne lider av Alzheimer eller andre former for demens. Forekomsten av demens stiger sterkt med økende alder, og det har blitt stadig flere som når en anseelig alder. Livslengden til aldersdemente er dessuten forlenget, bl.a. på grunn av bedre pleietilbud (Gruenberg & Hagnell 1987). Selv om mange demente kan ha rimelig god fysisk førlighet, vil de etter en tid ha behov for døgkontinuerlig tilsyn, etterhvert gjerne også pleie. Personer med “bare” fysiske funksjonstap kan lettere klare seg i beskyttede, men selvstendige boformer, og det kan følgelig ha blitt en uforholdsmessig stor økning av antall demente i de tradisjonelle institusjonene.

Det er også i stigende utstrekning utviklet spesielt tilrettelagte tilbud for aldersdemente, tildels for å beskytte mentalt klare beboere. I Norge er 10-15 prosent av sykehjems plassene i såkalt “skjermede enheter” for aldersdemente (Sosial- og helsedepartementet 1996). Danmark har skjermede enheter for mindre enn ti prosent (Gottschalk 1995). Dersom denne typen tilbud skulle gis til alle demente beboere, er behovene langt fra dekket, for man har anslått at andelen demente institusjonsbeboere ligger et sted mellom 35 (danske anslag, jfr. Gottschalk 1995) og 60 prosent (norske anslag, jfr. Nygård 1994). Den store variasjonen i anslag viser at de bygger på et usikkert grunnlag, og kanskje også på noe ulik faglig tradisjon og tenkemåte.

Tabell 2.4. Aldersprofil (prosentandel som er 80 år og eldre) blant institusjonsbeboere i Danmark, Norge og Sverige 1960-94

	Danmark	Norge	Sverige
1960	..	52	..
1965	53	54	..
1970	..	56	..
1975	60	60	61
1980	63	64	65
1985	66	68	66
1990	69	72	72
1994	70	73	74

Kilder: For Danmark: Merete Platz og Danmarks statistikk; for Norge: Daatland 1994 og Statistisk sentralbyrå; for Sverige: Gerdt Sundström.

Sverige har anlagt en rekke tilbud av typen “gruppboende for aldersdementa” – en kollektiv og boligpreget boform, ofte i leiligheter innsprengt i den vanlige boligmassen. Vi har, som nevnt, ikke inkludert disse i oversikten over institusjoner. Denne typen tilbud kom til fra midten av 1980-årene, og fikk en rask vekst fram til anslagsvis 5 000 plasser i dag (1991), som tilsvarer fem til seks prosent av det samlede antallet institusjonsplasser i Sverige. Institusjonsavdelinger og kollektiver/gruppboende for aldersdemente er oftest bedre bemannet enn ordinære institusjoner og “omsorgsboliger”, og har en hjemlig karakter i drift og innredning.

Disse typer av profilforskyvninger har bidratt til at institusjonsomsorgen har blitt mer selektivt målrettet mot dem som har særlig store pleie- og omsorgsbehov. I så måte “treffer” man behovene bedre enn tidligere. Hvorvidt selektiviteten og knappheten er blitt for stor, er et annet spørsmål.

Den tiltakende selektiviteten i tildelingen av et stadig knappere antall institusjonsplasser har i større eller mindre grad “beskyttet” dem med størst omsorgsbehov. For Norges del kan vi konstatere at det til tross for et redusert institusjonsvolum i forhold til antall gamle, likevel ble plass til en stadig økende andel av de aller eldste i institusjon helt fram til inngangen til 1990-årene, og deretter bare en beskjeden nedgang for denne gruppen. Andelen av de over-nitti-årige som bodde i institusjon økte her fra ca. 32 til 47 prosent mellom 1970 og 1990, og sank til ca. 43 prosent i årene som fulgte (tabell 2.5 – neste side).

Den langt sterkere reduksjonen av institusjonsvolumet i Danmark har ført til reduserte institusjonsrater både blant “yngre eldre” og de aller

Tabell 2.5. Bruksrater (prosentandel) i institusjon for aldersgruppene 80 år+ og 90 år+ i Danmark, Norge og Sverige 1965-95

	DANMARK		NORGE		SVERIGE
	80+	90+	80+	90+	80+
1965	..	..	17	31	21
1972	22	..	19	32	25
1975	23	(50)	21	37	26
1980	22	47	22	45	25
1985	20	45	22	46	21
1990	15	38	20	47	16
1992	14	34	19	45	15
1995	13	..	18	43	..

Kilder: For Danmark: Merete Platz og Danmarks statistikk; for Norge: Daatland 1994 og Statistisk sentralbyrå; for Sverige: Gerdt Sundström. Tildels beregnede tall.

eldste (tabell 2.5). Dette er rimeligvis også tilfellet i Sverige, men vi mangler data som kan belyse det.

Utviklingen må også ses på bakgrunn av nedgangen i generasjons-hushold. En må anta at når institusjonsraten var såpass lav for de aller eldste i 1960- og 1970-årene, skyldtes det at en betydelig andel av dem delte hushold med barn (Platz 1981, Daatland 1986, Sundström 1991). Det ble etter hvert stadig mindre vanlig med flergenerasjonshushold. En stigende andel av de eldre er aleneboende, og har derfor vanskeligere for å klare seg hjemme når helsa svikter. Denne trenden kom tidligere og sterkere i Danmark og Sverige sammenliknet med Norge (Daatland & Sundström 1985).

Tabell 2.5 illustrerer ellers den romsligere tilgangen til institusjons-plass i Danmark sammenliknet med Norge inntil siste halvdel av 1970-årene, men at Danmark deretter har stadig synkende institusjonsrater, og nå (1994) ca. 25 prosent lavere enn Norge på alle alderstrinn.

Man kan også merke seg at reduksjonen av det samlede tilbud av institusjonsplasser, slik den ble illustrert med "dekningsgraden" i forhold til befolkningen over 80 år i figur 2.4 og tabell 2.2, ikke gir seg utslag i en tilsvarende sterk reduksjon av "institusjonsratene" i de *eldste* aldersgruppene. Fordi bare 50 prosent av institusjonsbeboerne var over 80 år i begynnelsen av perioden, var de faktiske ratene (andelen 80 år+ som bodde i institusjon) ca. 50 prosent av "dekningsgraden" på den tida. I dag er andelen over-80-årige i institusjonene nær 75 prosent, og ratene er dermed ca. 75 prosent av dekningsgraden. Den betydelige reduksjon av institusjonsvolumet i Danmark og Sverige i denne perioden har imidlertid

også berørt de aller eldste. Norge har hatt en mer moderat nedgang i institusjonsvolum, men profilendringer ga plass til stadig flere av de eldste i institusjon inntil de aller siste årene, da det har vært en nedgang i institusjonsrater også for disse (jfr. tabell 2.5).

Økt gjennomstrømming

Utviklingen har ført til at man flytter senere inn i institusjoner og blir der i kortere tid. I tidligere år, da det var langt flere institusjonsplasser og institusjonene tildels også fungerte som et botilbud for enslige og personer uten egne midler, kunne enkelte ha institusjonen som sitt hjem i svært mange år. Noe senere, og især i perioden med den sterke utbyggings-takten i 1960-årene (Danmark og Sverige) og tildels 1970-årene (Norge), var det mer romslig med tilgang, og man flyttet følgelig forholdsvis tidlig inn og kunne bli boende lenge.

Denne "bruksprofilen" med mange på forholdsvis lange opphold har også sammenheng med at en stor del av kommunene – især i Norge – er små. Når man bygget nye institusjoner, og dessuten bygget tildels med tanke på framtida og i en periode med stor tro på institusjonsløsningen, var det en tilbøyelighet til å bygge mer enn man i øyeblikket trengte. En liten kommune som etter datidas "normer" trengte 15 plasser, kunne kanskje bygge for 20 når man først var i gang. Plassene ble imidlertid ikke stående tomme, men gjerne fylt opp, og da også av personer som var forholdsvis spreke og kunne klart seg med hjemmetjenester og/eller i tilrettelagte boliger dersom slike tilbud hadde vært tilgjengelige. Fordi også relativt flere sterkt omsorgstrengende ble tatt omsorg for hjemme i generasjonshushold, fikk institusjonene en nokså varierende beboerprofil, med forholdsvis mange – og under alle omstendigheter langt flere enn i dag – som var nokså spreke ved innflytting og ble boende i lang tid.

I dag er terskelen lagt høyere – bl.a. fordi man har et bedre tilfang av alternative tilbud og fordi de færre institusjonsplassene fordeles mer selektivt til dem som har størst behov. Botida blir gjerne tilsvarende kort. Konsekvensen er at det gis et tilbud til relativt flere personer pr. plass i dag enn tidligere.

Dette forsterkes ytterligere av at relativt flere plasser har blitt tatt i bruk for korttidsopphold, til rehabilitering eller avlastning. Det kan i dag dreie seg om 10-20 prosent av plassene, med variasjon mellom kommuner og land. Antallet korttidsplasser kan være i ferd med å reduseres (Lauvli 1996), kanskje fordi institusjonsvolumet har blitt redusert til et nivå som gjør at de aller fleste plassene må tas i bruk for permanente opphold.

Institusjonsdriften – og institusjonenes rolle i omsorgskjeden – har altså blitt radikalt endret i løpet av den perioden vi her snakker om. Dette gjør

det vanskelig å sammenlikne utviklingen over tid. Institusjonsvolumet har blitt betydelig redusert, men andelen eldre som i løpet av et år – eller for den sakens skyld i løpet av livet – får et tilbud fra institusjonene er ikke blitt tilsvarende mye mindre. Ja det kan for Norges del snarere ha blitt større, men altså i form av kortere opphold. Nedgangen i institusjonsvolum har, som nevnt, vært mer betydelig i Sverige og Danmark, men er også der trolig “kompensert” noe ved kortere oppholdstider og større gjennomstrømming. Statistikken gir imidlertid lite og dårlig informasjon om bruken av institusjonene, f.eks. om botid, så vi må nøye oss med denne type omtrentlige konklusjoner.

Man skal også være oppmerksom på at antall senger i somatiske *sykehus* er blitt kraftig redusert fra 1980-årene og framover mens antallet behandlede pasienter har økt. Man ligger altså kortere tid i sykehusene og skrives tidligere ut, og tidlig utskrivning av eldre pasienter har ført til økt press på aldersinstitusjonene og de hjemmebaserte tjenestene. Dette er samtidig en illustrasjon av hvordan utviklingen på ett tjenesteområde må ses i sammenheng med utviklingen på andre områder. Ikke minst er dette tilfellet for institusjonsomsorgen, som vi foreløpig har behandlet isolert fra utviklingen av hjemmetjenestene og de “beskyttede boformene”, som etterhvert kom til som et mulig alternativ til institusjoner.

Vi skal først ta for oss utviklingen av disse boformene, og herunder vurdere om utbyggingen av beskyttede boformer har kompensert for reduksjonen av den tradisjonelle institusjonssektoren. Vi minner om at det er noe flytende grenser mellom det vi har kategorisert som “institusjoner” og det vi regner som “beskyttede boliger”. Noen vil si at de siste – eller i det minste en del av disse – har karakter av å være “moderne institusjoner”, men vi har funnet det mest rimelig å kategorisere dem som “selvstendige (men beskyttede) boformer”.

BESKYTTEDE BOFORMER: SERVICEBOLIGER, ELDREBOLIGER, OMSORGSBOLIGER

Innledning

Det er vanskelig å frambringe noenlunde sammenliknbar statistikk for det vi her med en vid betegnelse kaller “beskyttede boformer”. Det dreier seg om en boform med større eller mindre grad av integrerte servicetilbud, som kom til fra midten av 1960-årene og de tidlige 1970-årene av, som en slags mellomform mellom tradisjonelle institusjoner og vanlige boliger, herunder de ordinære pensjonistboligene. Disse “nye” boformene ble til dels lansert som alternativer til institusjoner, først og fremst til alders-

hjem, og framsto for noen som “moderne aldershjem”, men samtidig som “selvstendige boformer” og dermed som en del av “den åpne omsorgen”.

Det var, som nevnt, bygget enkle boliger for pensjonister og trygdede allerede før krigen i Sverige (pensionärshem, pensionärslägenheter) og tildels Danmark (aldersrenteboliger), stimulert av egne statstilskudd. Utbyggingen tok for alvor fart i Danmark (pensjonistboliger) og Norge (trygdeboliger) først etter krigen.

Disse boligene var i første rekke et svar på bolignøden. Det dreiet seg om et boligtiltak for økonomisk trengende pensjonister og trygdede, ikke et omsorgstilbud, selv om nok enkelte ville ha søkt til et aldershjem dersom slike tilbud manglet. Men pensjonistboligene var først og fremst ordinære botilbud, ofte med beskjeden standard, og i mange tilfeller uten å være spesielt godt egnet for handikappede. Det er fortsatt et betydelig antall av ulike typer pensjonist- eller trygdeboliger i de tre landene, men i den grad de ikke er spesielt innrettet og tilrettelagt med servicetilbud, kommer vi *ikke* til å inkludere dem under kategorien “beskyttede boformer”. Grenseoppgangen mellom de to kategorier er imidlertid ikke uproblematisk.

“Beskyttede boformer”

Det var dermed først mot slutten av 1960-årene og tidlig på 1970-tallet, omtrent da utbyggingen av de tradisjonelle institusjonsplassene kulminerte og institusjonsvolumet så gikk nedover, at man i Sverige og Danmark startet utbyggingen av ulike typer av “beskyttede boliger”, som plasserte seg som en mellomform mellom institusjonene og pensjonistboligene. Norge fulgte etter godt og vel et tiår senere. Tanken var å tilby samme trygghet og tilnærmet samme omsorg/service som man fikk i institusjoner, men innenfor en selvstendig boform (eget hjem) med god og egnet standard.

Disse boligene framsto dermed som alternativer til tradisjonelle institusjoner, primært som alternativer til aldershjem. For Sveriges del nokså direkte, ved at det tidligere statstilskuddet for alderdomshem ble avløst av et statstilskudd for “serviceboende”.

Denne nye typen av integrerte bo- og omsorgsformer ble i Sverige betegnet som “serviceboende”, oftest samlet innenfor store servicehusanlegg. At de først og fremst var tenkt som alternativer til alderdomshem, ikke sjukhem/långvård, kan også illustreres ved at man etterhvert omtalte alderdomshem som “servicehus *med* helinackordering”, til forskjell fra de “egentlige” servicehus – “servicehus *uten* helinackordering”. I senere år har, som nevnt, også et mindre antall bokollektiver kommet til i Sverige, først og fremst som “gruppboende för åldersdementa”, som fikk en

rask utbygging fra midten av 1980-årene av. De opprinnelige pensjonistboligene, som ofte ikke var særlig egnet for eldre med sin beskjedne boligstandard, ble etterhvert ofte brukt for andre formål og for eldres del i stor grad erstattet av servicehus/serviceboende. Det er av disse grunner mulig at det som i svensk statistikk regnes som "serviceboende" er en noe bredere kategori enn det vi inkluderer som "beskyttede boformer" for Danmark og Norge.

I Danmark skilte man først mellom "beskyttede boliger" og "lette kollektivboliger", der de førstnevnte var beregnet og "visitert" for mer omsorgstrengende og lå nær opp til plejehjemmene i tilbud og klientell. Fra og med "eldreboligloven" i 1987 innførte man betegnelsen "eldreboliger", og det var ikke lenger anledning for kommunene til å bygge "plejehjem" og "beskyttede boliger". Man kunne beholde dem som allerede var etablert, men nybygging skulle skje under "eldreboligloven". Eldreboligene var dermed også formelt slått fast som alternativer til plejehjem (institusjon), og disse boligene skal ha en fullverdig boligstandard og være tilrettelagt for funksjonshemmede. Det dreier seg ofte om to-roms leiligheter med bad. I de fleste tilfeller er det fellesarealer og servicearealer tilknyttet, men det er ellers stor variasjon mellom eldreboligene, fra dem som kan ha eget personale og fellesarealer, til dem som bare betjenes fra de hjemmebaserte tjenester som en hvilken som helst annen bolig (Platz 1992).

I noen kommuner kan eldreboligene være anlagt i tilknytning til et plejehjem og betjenes fra plejehjemmet. Andre steder kan de være bygget rundt et eldresenter eller som en gruppe leiligheter innsprengt i den vanlige boligmassen.

I tillegg kommer i Danmark et større antall såkalt "eldreregnede boliger", som vi altså her *ikke* inkluderer under kategorien "beskyttet boform", selv om de blir tildelt via kommunen og ofte har samme standard og kvaliteter som "eldreboliger". I alle tre landene er det også bygget lettstelte boliger med tanke på eldre mennesker i privat regi eller via boligkooperasjonen som formidles privat. Det er lite informasjon om dette mangfoldet i statistikken, og vi holder oss til de nevnte boliger/boformer, slik de framtrer i den offentlige statistikken.

Norge var, som nevnt, senere ute enn nabolandene, men fulgte først den svenske betegnelsen med "serviceboliger". Disse var i regelen bemannet med eget personale, oftest med "heldøgns omsorgstilbud" og med fellesarealer, og kunne da framstå som et mer moderne og høystandard "aldershjem". Fra tidlig på 1990-tallet kom omtrent halvparten av de tidligere "serviceboligene" inn i statistikken som "boliger med heldøgns omsorg og pleie" og ble da inkludert i det såkalte institusjonsregisteret. Dette hadde sammenheng med en lovendring, hvor det til denne katego-

rien var knyttet tilsynsplikt og tilsynsansvar tilsvarende som for de tradisjonelle institusjonene. De norske "serviceboliger" – senere ytterligere innnevret til "boliger med heldøgns omsorg og pleie" – kommer kanskje nærmest det man i Danmark betegnet som "beskyttede boliger". Det dreier seg imidlertid for Norges del om et lite antall boliger sammenliknet med de "beskyttede boformer" som er registrert i dansk og svensk statistikk, og altså om en snevrere avgrensning enn tilfellet er for de to andre landene.

I tillegg kommer for Norges del de såkalte "trygdeboligene", som opprinnelig var rene botilbud (jfr. ovenfor) og følgelig ikke relevante å inkludere under det vi her betegner som "beskyttede boformer". Surveystudier har imidlertid kunnet vise at et økende antall av de ordinære trygdeboligene etterhvert integrerte personell og service i en grad som kunne forsvare å kalle dem "beskyttede boformer" i den forstand vi her taler om; i 1988 anslått til noe over 5 000, tilsvarende ca. 1/5 av de boliger som da var statistikkført som ordinære trygdeboliger (Lauvli 1991, 1992).

I de aller seneste årene er det også bygget et større antall "omsorgsboliger" med statlige tilskudd og gunstig finansiering i Statens husbank. Denne typen boliger skal ha livsløpsstandard, og beboerne skal kunne ha tilgang til hjemmetjenester på heldøgns basis ved behov, men det er forøvrig stor variasjon mellom typer av omsorgsboliger (Gulbrandsen 1995). Den norske statistikken har imidlertid foreløpig ikke klart å registrere det reelle omfanget av disse typer av beskyttede boformer. Den ene kategorien (boliger med heldøgns omsorg og pleie) er langt snevrere enn i dansk og svensk statistikk, den andre (trygdeboliger) er langt bredere og inkluderer både serviceboliger og ordinære pensjonistboliger.

Felles for de ulike typer av "beskyttede boformer" er at de regnes som selvstendige boformer, ikke som institusjoner. De er dermed i prinsippet en del av den såkalt "åpne" omsorgen. Felles er også at man i og med dette fikk et skille mellom boligen og tjenestene, der beboeren står ansvarlig for boligen, mens kommunen sørger for tjenestene. Boligen blir imidlertid tildelt av kommunen etter behovskriterier, og kjøp eller leie blir oftest subsidiert via kommunen og/eller staten, f.eks. gjennom bostøtteordninger.

En vesentlig begrunnelse for dreiningen fra institusjoner til beskyttede boformer, og for en "boliggjøring" også innenfor institusjonssektoren, var prinsippet om at tjenester skulle ytes etter behov, ikke etter boform, dvs. mer eller mindre uavhengig av om man bodde i en ordinær bolig, en "beskyttet bolig" eller i institusjon. Dette hadde tildels en økonomisk motivering, men var også – og kanskje først og fremst – begrunnet med rimelighetsbetraktninger og et ønske om normalisering. Nedinstitusjonalisering og normalisering var en trend i tida, og berørte ikke bare eldre, men også psykisk utviklingshemmede og psykiatriske pasienter.

Rimelighetsbetraktninger tilsa at man burde ha samme tilgang til tjenester ved samme behov, uansett om man bodde i institusjon eller i sitt eget hjem. Denne typen tanker lå bl.a. til grunn for den danske eldre-kommisjonen tidlig på 1980-tallet, for Gjærevollutvalgets innstilling i Norge et tiår senere og som en del av Ädel-reformen i Sverige i 1992.

Samme tankegang har så i stigende utstrekning også blitt gjort gjeldende *innenfor* institusjonene, som i økende grad har skilt mellom bolig-funksjonen og tjenestene, f.eks. ved at man i danske plejehjem betaler husleie, som om det dreiet seg om en (beskyttet) bolig.

I og med Ädel-reformen ble, som nevnt, både institusjoner og serviceboende samlet under kategorien “särskilt boende” i Sverige, der dermed også de opprinnelige institusjonene framstår som “selvstendige boformer”. Den svenske statistikken lar oss følgelig bare følge utviklingen av institusjoner og serviceboende hver for seg fram til 1991. Deretter er alt samlet under én hatt.

En liknende utvikling er på gang i Norge, der man i den nylig presenterte “Eldremeldingen” (St.meld. nr. 50, 1996-97) veksler mellom “institusjon” og “lovregulert bolig” som betegnelse for sykehjem, mens “omsorgsbolig” brukes som betegnelse for beskyttede boformer uten denne type regulering i lov og forskrifter. Også Danmark har “boliggjort” institusjonene på tilsvarende måter, og var det landet som kanskje var tidligst ute i så måte. Men her har man fremdeles beholdt de opprinnelige betegnelsene i statistikken, som altså fortsatt skiller mellom plejehjem (institusjoner) og ulike typer av beskyttede boformer.

Skillet mellom “bolig” og “institusjon” kan dermed være i ferd med å viskes ut, men det er foreløpig mer på det formelle enn det reelle plan. I realiteten er det naturligvis fortsatt forskjeller i drift, standard og dagligliv mellom f.eks. sykehjem/långvård/plejehjem på den ene siden og servicehus/eldreboliger på den andre. Det er også store forskjeller innenfor kategoriene, og tingene kompliseres ytterligere når vi forsøker å sammenlikne på tvers av landegrensene.

La oss med disse begrensninger for øye se nærmere på hva statistikken forteller om utviklingen av de “beskyttede boformene”, og dernest på spørsmålet om utbyggingen av disse har kompensert for det reduserte institusjonsvolumet. For enkelhetens skyld skal vi i fortsettelsen ofte bruke betegnelsen “omsorgsboliger”, men vi veksler fra tid til annen mellom betegnelsene, dels for å referere til de enkelte lands betegnelser og dels for å variere språkbruken.

Vi understreker at det statistiske grunnlaget for sammenlikninger mellom landene er dårlig og særlig svakt for Norges del. Vi kommer derfor til å konsentrere oss om utviklingen i Sverige og Danmark, der statistikken synes noe mer pålitelig og sammenliknbar, men altså også her nokså pro-

blematisk. Den påpekning vi gjorde innledningsvis om omtrentligheten av den offentlige statistikken er særlig treffende nettopp for denne sektoren.

Antall omsorgsboliger

Som omsorgsboliger regner vi det som i dansk statistikk er registrert som “beskyttede boliger” og “lette kollektivboliger” til 1987, deretter også de nye “eldreboligene” som ble bygget ut etter introduksjonen av eldreboligloven. For Sveriges del er inkludert “serviceboende” og for enkelte av de senere år også “gruppboende för åldersdementa”, der statistikk har vært tilgjengelig. Vi kan følge den danske statistikken helt fram til i dag, den svenske bare til 1991, da man sluttet å skille mellom institusjon og servicebolig i statistikken (jfr. ovenfor).

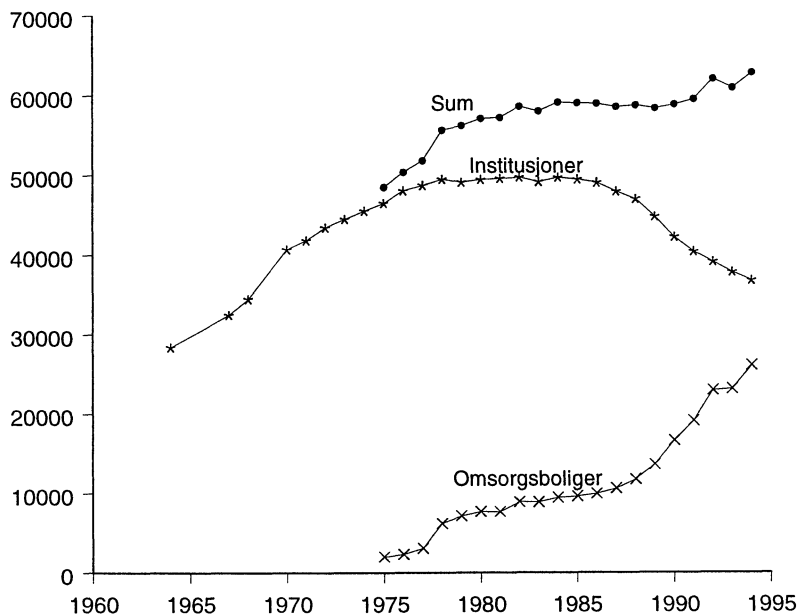
Disse typer boformer kom inn i dansk og svensk statistikk midt på 1970-tallet, og utgjorde da ca. 2 000 i Danmark og ca. 16 000 i Sverige. For Danmarks del dreiet det seg da om “beskyttede boliger”, for Sverige om servicehus og serviceleiligheter, og vi gjør oppmerksom på at dette kan være en noe bredere kategori av beskyttede boformer enn det vi har inkludert for Danmarks vedkommende.

Danmark hadde en forholdsvis jevn, men moderat utbyggingstakt inntil 1987 da eldreboligloven kom. Da økte takten, og antallet eldreboliger har blitt mer enn fordoblet deretter, delvis også fordi en del plejehjem ble gjort om til eldreboliger. I 1994 hadde man i Danmark ca. 26 000 omsorgsboliger/eldreboliger, som altså kom i tillegg til de nær 37 000 plejehjemsplassene. Antall omsorgsboliger er med andre ord i ferd med å nærme seg antall plejehjemsplasser (figur 2.6 – neste side). Vi minner om at det i disse tallene *ikke* er inkludert et stort antall såkalt “eldreegnede boliger”, selv om de i likhet med “eldreboliger” tildeles av kommunen til personer med behov for en egnet bolig.

Sverige har hatt en jevnere utbygging (figur 2.7), men også her var det en betydelig utbygging av omsorgsboliger/serviceboende i løpet av 1980-årene, med nær tilsvarende fordeling mellom institusjonsplasser og serviceboliger som i Danmark tidlig på 1990-tallet.

Situasjonen er, som nevnt, mindre oversiktlig i Norge, men vi kan under alle omstendigheter slå fast at Norge var senere ute enn nabolandene med utbyggingen av denne typen boformer, og man har i det minste foreløpig et klart lavere antall, noe som rimeligvis kan ses i sammenheng med at Norge har redusert institusjonsdekningen i langt mindre grad enn nabolandene. Norge har imidlertid nylig etablert ekstra statlige tilskudd til kommunene for bygging av såvel omsorgsboliger som nye sykehjemsplasser. Erfaringen er at kommunene prioriterer utbyggingen av omsorgs-

Figur 2.6. Danmark: Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger 1962-94^a



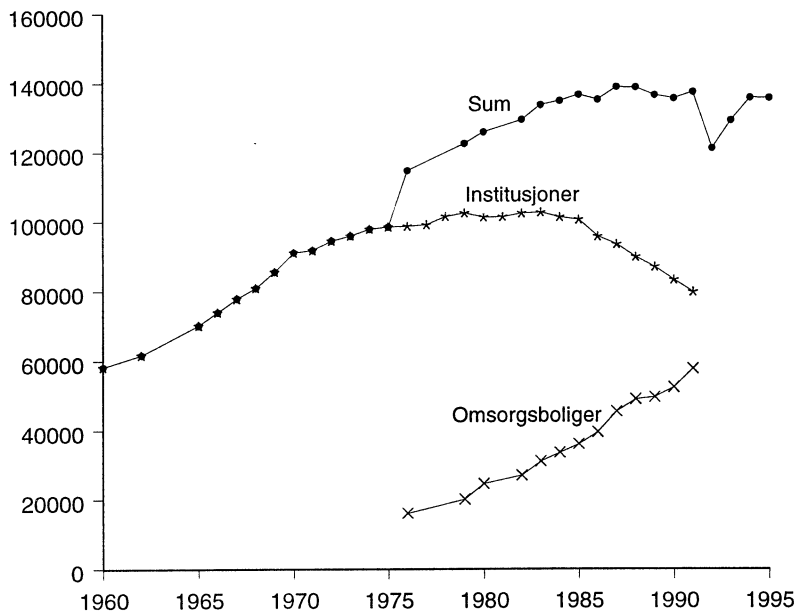
^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A. Som institusjoner regnes plejehjem (før 1976 inklusive alderdomshjem). Som "omsorgsboliger" regnes "beskyttede boliger" (inntil 1987), "lette kollektivboliger" og "eldreboliger" (etter 1987). Såkalt "eldreregnede boliger" er ikke inkludert.

boliger (Gulbrandsen 1995), og at forholdsvis mange slike er under bygging, men uten at dette ennå er registrert i statistikken. Tidlig på 1990-tallet var det registrert ca. 2 000 "serviceboliger". Dersom vi anslår at ytterligere 6-8 000 "omsorgsboliger" er anlagt, ville det tilsvare 25-30 prosent av antall tradisjonelle institusjonsplasser. Den tilsvarende andelen for Sverige og Danmark var ca. 70 prosent. Vi understreker at det dreier seg om et høyst usikkert anslag for Norges del.

Det samlede tilbudet: Substituering, kompensering?

Har utbyggingen av omsorgsboliger kompensert for nedbyggingen av den tradisjonelle institusjonssektoren? Bare delvis, når vi måler det som antall institusjonsplasser pluss antall "omsorgsboliger" pr. 100 over 80 år. Danmark (figur 2.8 – side 56) ser imidlertid ut til å ha økt sin utbyggingstakt også de siste årene, og er i ferd med å bringe den samlede dekningen (av institusjoner og omsorgsboliger) oppover igjen, til et volum som er for-

Figur 2.7. Sverige: Antall institusjonsplasser og omsorgsboliger 1960-95^a



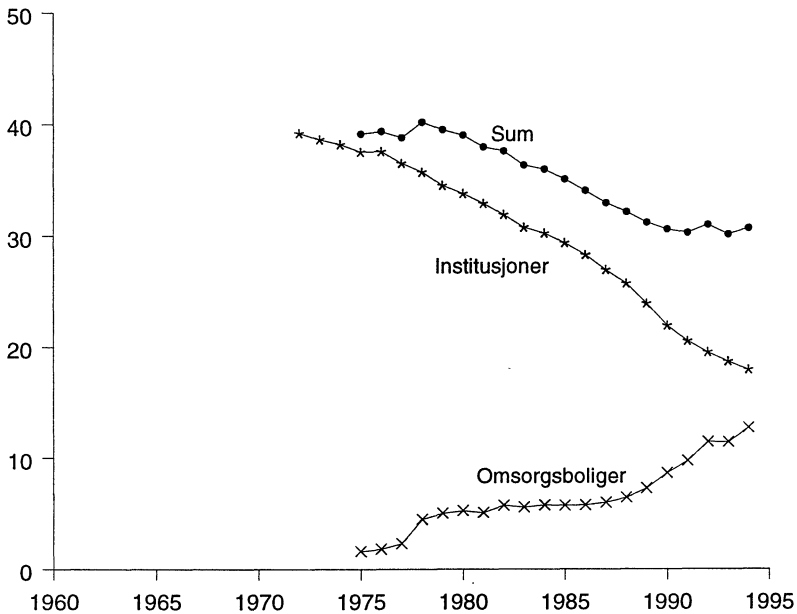
^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A. Som institusjoner regnes alderdomshem og sjukhem/långvård (inntil 1991). Som "omsorgsboliger" regnes serviceboende/servicehus (inntil 1991). Fra 1992 registreres bare (sum) "særskilt boende", som skal inkludere begge kategorier. Når det samlede antallet falt fra 1991 til 1992, er det trolig fordi et mindre antall långvårdsavdelinger ikke ble inkludert under det kommunale "særskilt boende", men "ble igjen" under landstingets ansvar etter Adel-reformen (jfr. teksten).

holdsvis beskjedent lavere (ca. 20 prosent) enn sitt høyeste dekningsnivå.

Tidsrytmen for Danmarks vedkommende gjør det rimelig å se utviklingen som et resultat av en reell substitusjonspolitikk; at man bevisst har bygget ut omsorgsboliger som alternativer til pleiehjem. Det var for det første en noenlunde samtidig vekst av omsorgsboliger da reduksjonen av antall pleiehjemsplasser tok til. Dernest fulgte en særlig sterk utbyggingstakt av eldreboliger etter at eldreboligloven var vedtatt. Man erstattet imidlertid ikke nedbyggingen av pleiehjemmene fullt ut, og den økte utbyggings takten av eldreboligene de aller siste årene kan være en kompensasjon for dette – en innsats for å ta igjen noe av det tapte.

Den svenske rytmen er noe annerledes (figur 2.9). Man innledet 1970-tallet med et særlig høyt institusjonsvolum, og hadde en betydelig utbygging av serviceboliger i tiåret mellom 1975 og 1985, men likevel ikke tilstrekkelig til å kompensere for den reduserte institusjonsdekningen i denne perioden. Dernest var utbyggings takten noe lavere, og fordi antall institusjonsplasser samtidig ble redusert, gikk den samlede dekningen av

Figur 2.8. Danmark: Dekningsgrad/80 år+ for institusjoner og omsorgsboliger (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) 1970-94^a



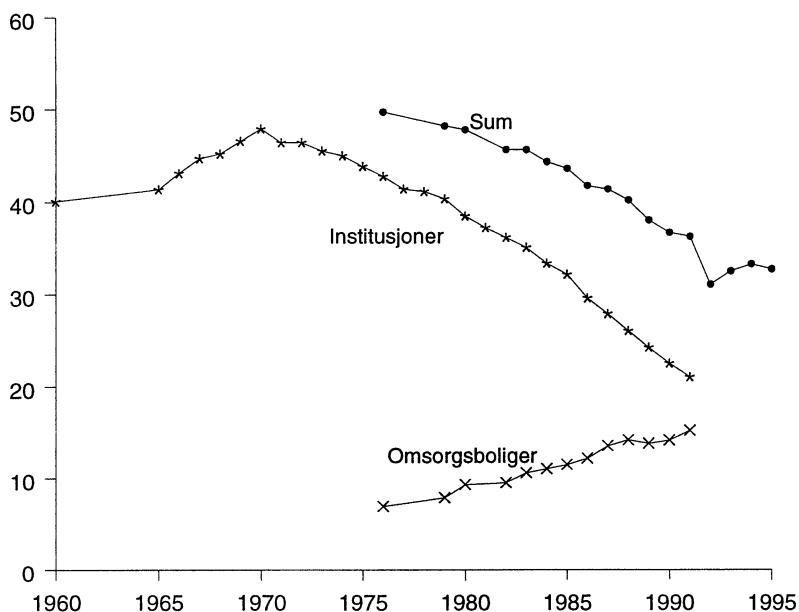
^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A og note til figur 2.6.

institusjoner og serviceboliger klart nedover fram til tidlig på 1990-tallet. Dekningen var på dette tidspunktet likevel noe høyere enn i Danmark, med det forbehold som ligger i at den svenske statistikken kan bygge på en noe bredere kategori av omsorgsboliger enn den danske.

Med den usikkerhet som ligger i statistikken for de siste årene kan vi konstatere at Norge nå har den høyeste dekningen av tradisjonelle institusjoner av de tre landene, men fordi man har færre (men uvisst hvor mye færre) "omsorgsboliger", er det samlede tilbudet av integrerte bo- og omsorgsformer (institusjoner pluss omsorgsboliger) i øyeblikket lavest i Norge. Statistikken gir ikke grunnlag for å presisere dette ytterligere.

For Sveriges del kan det på mange måter ses som rimelig at man fikk en viss reduksjon av det særlig høye institusjonsvolumet fra 1970-tallet. Dette kunne ses som en arv fra en annen tid, med dårligere levekår og andre livsformer og tenkemåter. På den andre siden kan reduksjonen av den samlede dekningen (institusjoner pluss serviceboende) de siste årene, tas som tegn på at det er ressursknappheten som er den primære drivkraft-

Figur 2.9. Sverige: Dekningsgrad/80 år+ for institusjoner og omsorgsboliger (plasser pr. 100 i alderen 80 år og over) 1970-94^a



^aFor nærmere detaljer - se databasen i Appendix A og note til figur 2.7.

ten i den senere del av perioden. For Danmarks del virker det, som nevnt, rimeligere å se utviklingen som et planlagt valg, især den økte utbyggings- takten av eldreboliger etter at eldreboligloven kom i 1987. Hvorvidt den betydelige nedgangen i institusjonsdekning, og dermed av det samlede omfanget av integrerte bo- og omsorgsformer (plejehjem pluss eldreboliger) har vært like bevisst planlagt, kan det stilles mer spørsmålsteget ved. Vi kommer tilbake til denne typen betraktninger og vurderinger i kapittel 4, etter at vi også har presentert utviklingen av de hjemmebaserte tjenes- tene.

HJEMMETJENESTENE

Innledning

Aldershjemmene var, som nevnt, enerådende og praktisk talt ensbetydende med “eldreomsorg” helt fram til årene etter andre verdenskrig. Omsorg i hjemmet var familiens ansvar. I enkelte byer kunne man ha et rudimentært tilbud av sykepleie eller hjelp i hjemmet i privat eller kommunal regi før krigen, men det hadde lite omfang og var ikke allmennt utbredt. Husmorvikartjenesten (hemvårdarinnor, husmor afløserer) var imidlertid opprettet, men som et tilbud til mor og barn.

Mot slutten av 1940-årene og tidlig på 1950-tallet ble det åpenbart at det var et udekket og økende behov for hjelp i hjemmet også blant eldre og funksjonshemmede, og det ble etterhvert en økende aksept for at denne typen behov kom inn under det offentlige ansvaret. En stigende, men fortsatt beskjeden, del av ressursene i husmorvikartjenesten kunne bli forskjøvet fra småbarnsfamilier og over mot de “nye” behovene, men husmorvikarer flest mente at dette falt utenfor deres ansvarsområde. De var utdannet med tanke på å være vikarer og støttespillere for småbarnsmødre, og var oftest fast ansatt, gjerne i full stilling. Det dreiet seg med andre ord om en profesjonalisert, selvbevisst og velorganisert tjeneste med et definert formål.

Det var derfor gjerne humanitære organisasjoner som gikk foran ved å starte lokale prøveordninger med hjemmehjelpstjeneste for eldre og funksjonshemmede. Disse lokale ordningene fikk aldri noe stort omfang, og var etablert for å få kommunene til å “våkne” og overta utviklingen av det nye tjenesteområdet. Kommunene fulgte så raskt opp, i noen tilfeller først i samarbeid med organisasjonene, men snart som praktisk talt eneansvarlig for hjemmehjelpstjenesten. På 1960-tallet fikk kommunene også øremerkede statlige bevilgninger for å stimulere utviklingen, men flertallet av kommunene hadde etablert tjenesten på eget initiativ før dette. Den statlige støtten satte imidlertid fart i den videre utbyggingen, og tjenesten vokste raskt utover i 1960- og 1970-årene.

De tre landene etablerte noe ulike tradisjoner. Norge og Danmark organiserte hjemmehjelp og hjemmesykepleie som separate tjenester i kommunene, selv om de ofte var under felles ledelse av en (hjemme-)sykepleier, især i Norge. De fleste hjemmehjelperne var husmødre som arbeidet på timebasis med praktisk hjelp i hjemmet, og brukte sin husmor-kompetanse i dette arbeidet. Denne timelønte husmortradisjonen var særlig sterk i Norge. Hjemmesykepleierne var utdannede syke- eller hjelpepleiere, og hadde ansvaret for pleiemessige oppgaver, herunder hjelp med medisinerer.

Norge kom til å skille sterkest mellom disse to typer tjenester og opp-

gaver, slik at sykepleierne også fikk ansvar for hygiene og hjelp til vask og bading, mens hjemmehjelperne skulle ta seg av det rent huslige. Danske hjemmehjelpere grep etterhvert mer inn på det som i Norge var hjemmesykepleiernes oppgaver, og man satset også tidligere og mer på utdanning og profesjonalisering av hjemmehjelperne i Danmark. Det samme gjelder for Sverige, der "hemhjälpen" allerede tidlig kom til å bli en integrert tjeneste av praktisk hjelp og mer medisinsk orientert pleie, og man har ingen egen statistikk for hjemmesykepleie slik tilfellet er i Danmark og Norge. Ved siden av "hemsjukvård" har Sverige "distriktsköterskor", en tjeneste som oftest forvaltes på landstingsnivå, og som har mye til felles med helsesøstertjenesten i Norge og kanskje tilsvarende i Danmark. Disse tjenester har trolig et relativt mindre omfang som sykepleie overfor eldre enn hjemmesykepleien i Danmark og Norge.

Den danske og svenske hjemmehjelpstjenesten har altså vært en noe bredere orientert tjeneste enn den norske. Norsk hjemmehjelp er fortsatt preget av sin "husmortradisjon" med vekt på praktiske og huslige oppgaver, og med liten grad av profesjonalisering og utdanning. Hygieniske og pleiemessige oppgaver som i Sverige og Danmark kan utføres av hjemmehjelpere, blir i Norge i større grad definert som en oppgave for sykepleierne.

I dette avsnittet skal vi basere oss på data fra den offentlige statistikken på området og en mer makropreget tilnærming. Det er dermed hjemmetjenestene slik de ser ut fra tjenesteapparatets side som står i fokus, nærmere bestemt slik det lar seg utlede fra den administrative statistikken om ressursinnsats og antall brukere. I neste kapittel følger vi opp med en mer detaljert vurdering av utviklingen de senere årene via intervjuundersøkelser (surveys) fra de tre landene, og dermed via opplysninger fra brukerne selv.

Vi konsentrerer oss om de to store tjenesteområdene innenfor den åpne omsorgen (hjemmehjelp og hjemmesykepleie), men skal avslutningsvis også kommentere utviklingen av en del andre tilbud som etterhvert har kommet til. Verken husmorvikartjenesten eller for Danmarks del den "midlertidige hjemmehjelp" (husmorafløsere) er inkludert. Det hadde forøvrig ikke gjort store forskjeller fra eller til, for dette tilbudet ble etter en tid nokså beskjedent sammenliknet med den voksende hjemmehjelpstjenesten og ble etterhvert også integrert i denne.

Man bør være oppmerksom på at hjemmetjenestene også betjener de beskyttede boformene (eldreboliger, serviceboliger, omsorgsboliger), i den grad de ikke er dekket via eget personell, og det er bare tilfellet for en mindre andel av dem. Omsorgsboligene er i denne forstand en integrert del av hjemmetjenestene, og de to typer tilbud bør derfor ses i sammenheng. Vi gjør også oppmerksom på at når vi for Norges og Danmarks

vedkommende presenterer statistikk for bruk av hjemmehjelp og hjemmesykepleie, dreier det seg i stor grad om de samme personene. For Danmarks vedkommende er det svært få av hjemmesykepleiens pasienter som ikke samtidig har hjemmehjelp. I Norge er det relativt flere (ca. 15 prosent) som *bare* har hjemmesykepleie. Denne forskjellen mellom landene har trolig sammenheng med den ulike arbeidsdelingen mellom hjemmehjelpere og hjemmesykepleiere i de to landene (jfr. ovenfor).

Tilgang til hjemmetjenester

Hjemmehjelp: Antall brukere

Figur 2.10 illustrerer den betydelige økningen av antall brukere av hjemmehjelp i alle tre landene. Utviklingen i Sverige skiller seg påfallende ut. Her var det en sterk økning helt fram til midten av 1970-årene. Fra siste halvpart av 1970-tallet gikk imidlertid antallet brukere nedover, øyensynlig med stigende takt de senere årene. I dag er man tilbake til det antall brukere man hadde i slutten av 1960-årene, som er omtrent 30 prosent (ca. 110 000) færre enn kurvens høyeste punkt (i 1978). Danmark og Norge har hatt en mer moderat utviklingstakt; Danmark med et stigende antall hjemmehjelpsbrukere så langt vi kan følge statistikken, dvs. fra 1976 og helt til i dag. Norge ser ut til å ha hatt en forholdsvis beskjeden nedgang de aller siste årene etter en økning i årene før den tid.

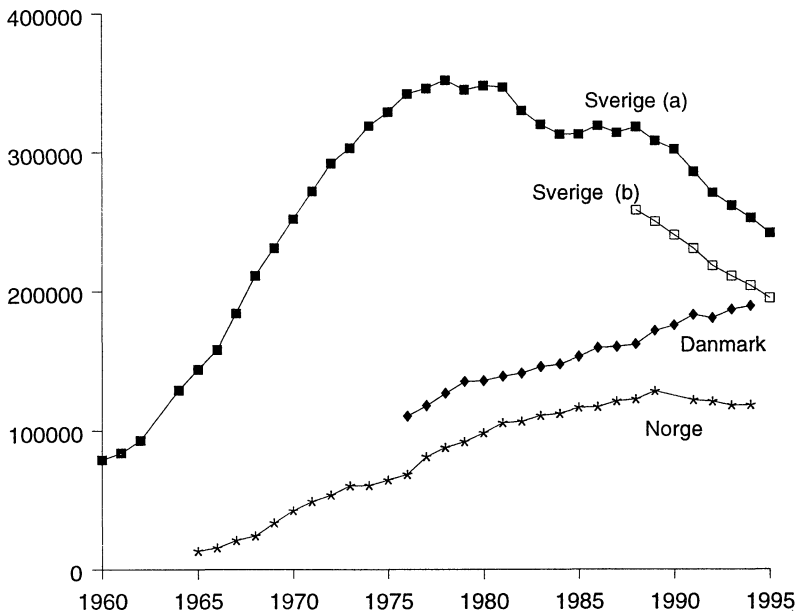
I figur 2.10 tas det ikke hensyn til hvor mye hjelp brukerne får, og antallet relateres heller ikke til antall eldre i landene. Det er også andre grunner til at kurvene ikke er direkte sammenliknbare, for statistikken skiller seg noe mellom landene og over tid.

Sverige har tradisjonelt ført statistikk for antall hjelpete personer i løpet av året (figur 2.10, kurve a). Fra og med 1988 har man også tall for brukere en bestemt måned (figur 2.10, kurve b), som gir et lavere antall, fordi noen har hjelp i kortere tid og går ut og inn av systemet i løpet av et år. Tidspunktopplysningene (b) er for Sveriges del ca. 20 prosent lavere enn antall brukere i løpet av året (a), og denne forskjellen har vært stabil i de årene det er ført statistikk på begge måter.

Danmark har i hele perioden ført statistikk for antall hushold som mottok ("varig") hjemmehjelp i løpet av en bestemt uke. Antall individer vil være noe høyere, men vi har gått ut fra at det i praksis gjør forholdsvis liten forskjell om man registrerer personer (Sverige) eller hushold (Danmark og Norge). Men Danmark har altså i sin serie tidspunktopplysninger, som bør sammenliknes med den nedre kurve (b) for Sveriges del.

Norge registrerte antall brukere (hushold) i løpet av året inntil 1990, og gikk deretter over til personer og tidspunktopplysninger (uke). De nor-

Figur 2.10. Antall brukere/mottakere av hjemmehjelp i Danmark, Norge og Sverige 1960-95^a



^aFor Sverige: antall personer med hjemmehjelp i løpet av året (a) og en bestemt måned (b). Det siste er bare tilgjengelig fra 1988. For Danmark: antall hushold med "varig" hjemmehjelp en bestemt uke. For Norge: antall hushold med hjemmehjelp i løpet av året inntil 1990; deretter personer og ukesopplysninger. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

ske tallene er dermed anslagsvis 20 prosent "for høye" sammenliknet med Danmark i årene fram til 1990, dersom det er tilsvarende forhold mellom årstall og tidspunktstall som i Sverige.

Vi har valgt å presentere dataene slik de er registrert i den offentlige statistikken i hvert av landene, og å la denne typen av "korrigeringer" komme fram i teksten og fortolkningene. Det virker mest ryddig slik, og gir leseren bedre innsyn i hva som er data og hva som er fortolkninger. Den ulike statistikkføringen forandrer ikke vesentlig på kommentarene til figur 2.10 ovenfor, men den har større konsekvenser når vi senere skal se nærmere på hva utviklingen har betydd i mer konkret forstand. La oss foreløpig bare minne om at de svenske tallene kan være noe mer inklusive enn de norske, fordi en del pleiemessige oppgaver som i Norge utføres av hjemmesykepleiere blir gjort av hjemmehjelpere i Sverige (og tildels Danmark). Dette trenger ikke ha store konsekvenser for sammenlikningen av antall brukere, ettersom det store flertallet av hjemmesykepleiers pasienter i Danmark og Norge også har hjemmehjelp, og de blir dermed regi-

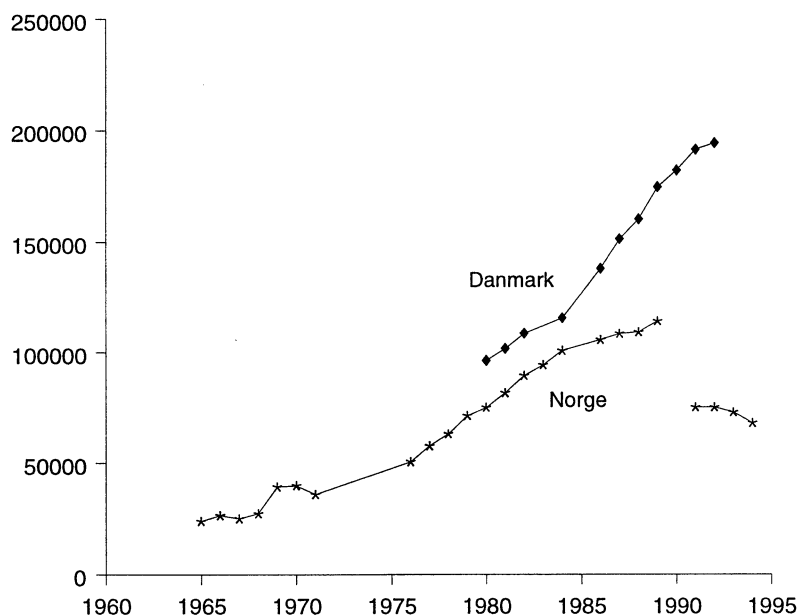
strert i hjemmehjelpsstatistikken. Også Sverige har sykepleie i hjemmet via hjemmesykepleiere og “distriktsskøterskor”, men fører altså ikke statistikk for dette slik Danmark og Norge gjør.

Hjemmesykepleie: Antall pasienter

Danmark og Norge har registrert antall behandlede pasienter i hjemmesykepleien i løpet av året. Etter 1990 har Norge gått over til tidspunkt-opplysninger, men vi skal i denne sammenhengen bare holde oss til perioden før dette for Norges vedkommende. Tallene lar seg ikke sammenlikne direkte med antall brukere av hjemmehjelp, dels på grunn av forskjellen mellom årstall og tidspunkttall (Danmark), men dels også på grunn av tjenestenes ulike karakter. Hjemmehjelp ytes oftest som et varig tilbud. Det er større gjennomstrømming innenfor hjemmesykepleien, og hvert besøk er gjerne av kort varighet.

Figur 2.11 viser at det har vært et økende antall behandlede pasienter

Figur 2.11. Antall brukere/pasienter i hjemmesykepleien i Danmark og Norge 1965-95^a



^aBehandlede pasienter i løpet av året. Ny statistikkserie for Norge fra 1991 med tidspunkttall. Sverige fører ikke tilsvarende statistikk. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

i såvel Danmark som Norge helt fram til 1990-årene. Det store flertallet av danske pasienter har også hjemmehjelp, det samme gjelder for sju av ti norske, så brukertallene for de to tjenester kan ikke summeres. Foreløpig skal vi bare konstatere at en omtrentlig sammenlikning med utviklingen innenfor hjemmehjelpstjenesten (figur 2.10) tyder på at man i begge landene har satset relativt sterkere på hjemmesykepleie enn på hjemmehjelp de senere årene. Vi skal illustrere dette med mer relevante data senere.

Tilgang: Dekning og bruksrater

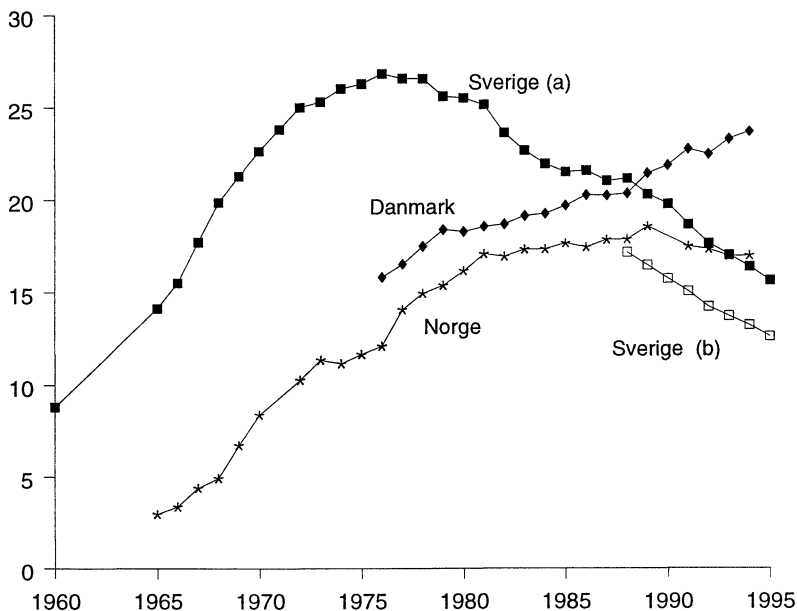
Vi får naturligvis et bedre og mer sammenliknbart inntrykk av utviklingen når vi relaterer antall brukere til antall eldre i befolkningen. Fordi aldersprofilen i hjemmetjenestene jevnt over er yngre enn i institusjonsomsorgen, og flertallet av brukerne inntil de aller siste årene har vært under 80 år, er det kanskje mest beskrivende å referere brukertallet til det samlede antall eldre (65 år+) i befolkningen, ikke i forhold til de eldste (80 år +) slik tilfellet var for institusjonene. Vi kommer senere tilbake til deknningen i forhold til de over-åtti-årige.

Statistikken for hjemmetjenestene inkluderer alle brukere uansett alder. Andelen av brukerne som er over 65 år har vært nokså stabil over tid, anslagsvis 85 prosent, noe som illustrerer at hjemmetjenestene i overveiende grad er rettet mot eldre og ikke de yngre funksjonshemmede (se også Lingsom 1997). Følgelig vil andelen som mottar tjenesten (de faktiske bruksratene) være ca. 15 prosent lavere i hele perioden enn de deknings-tall som er angitt i figur 2.12 (neste side). Her vises utviklingen av dekningsgraden over tid for de tre landene, dvs. antall brukere pr. 100 av befolkningen over 65 år. Figur 2.12 tilsvarer figur 2.10, men relatert til antall eldre i befolkningen.

Forskjellen mellom deknningstallene i figuren og de faktiske bruksratene kan illustreres på følgende måte: Når f.eks. Sverige hadde en "dekningsgrad" tilsvarende 27 prosent på det høyeste (i 1976), mens den nå har sunket til 16 prosent, og vi går ut fra at 85 prosent av brukerne har vært over 65 år i hele perioden, dreier det seg om en nedgang i faktiske "bruksrater" fra ca. 23 til ca. 14 prosent; en reduksjon i tilgang på hele 40 prosent. Disse tallene refererer til rater for hjelp "i løpet av året" (figur 2.12, kurve a). Andelen som har hjelp en bestemt måned (figur 2.12, kurve b) er ca. 80 prosent av dette, og har altså blitt redusert fra 18 til 12 prosent. Det kan skytes inn her at fordi en stigende andel av hjemmehjelpen har gått til personer i beskyttede boformer (serviceboende), har nedgangen i tilgang vært enda større for personer i vanlige boliger.

Danmark og Norge har et annet utviklingsforløp. I Norge har det vært en økning av tilgangen til hjemmehjelp helt fram til omkring 1990 og en

Figur 2.12. Dekningsgrad/65 år+ for hjemmehjelp (antall brukere pr. 100 i alderen 65 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-95^a



^aFor Sverige er brukere antall personer med hjemmehjelp i løpet av året (a) og en bestemt måned (b). Det siste er bare tilgjengelig fra 1988. For Danmark: antall hushold med "varig" hjemmehjelp en bestemt uke. For Norge: antall hushold med hjemmehjelp i løpet av året inntil 1990; deretter personer og tidspunktopplysninger. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

forholdsvis beskjeden nedgang de siste årene (med et visst forbehold for endringer i statistikkføringen). Danmark er det eneste landet som har hatt en økende tilgang gjennom hele perioden for befolkningen i alderen 65 år og over.

Når vi sammenlikner nivåene, bør man ta i betraktning at den svenske statistikken trolig også inkluderer et mindre antall brukere som i Danmark og Norge bare har hjemmesykepleie (og ikke hjemmehjelp). Det gjør liten forskjell for Danmarks vedkommende, men mer for Norge, der ca. 15 prosent av det samlede antall brukere av hjemmetjenester *bare* har hjemmesykepleie. Den norske statistikken har de siste årene også angitt hvor mange som enten har hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie, og den *samlede* dekningen for hjemmetjenester blir da snaut 20 prosent høyere enn den dekningen av hjemmehjelp alene som er illustrert i figur 2.12.

Vi holder oss imidlertid her til de større linjene, og viser ellers til den mer inngående analysen av hjemmetjenestenes utvikling de siste årene i neste kapittel. Alt i alt synes det foreløpig rimelig å slå fast at den svenske

dekningen/tilgangen var klart høyere enn i Danmark og især Norge på 1970-tallet, men kanskje ikke fullt så mye høyere som figur 2.12 indikerer dersom de svenske tallene er noe mer inklusive. På den annen side blir dermed den lave dekningen i Sverige de siste årene ytterligere understreket. Sverige framstår nå – og målt på denne måten – som landet med den knappeste tilgangen til hjemmetjenester. Danmark skiller seg ut i den andre retningen med den mest generøse tilgangen, og “passerte” Sverige tidlig på 1980-tallet. Danmark er dessuten det eneste landet med en økning av tilgangen også de aller siste årene når det relateres til antall eldre over 65 år. Det i denne forstand mest generøse landet ser altså ut til å bli enda mer generøst sammenliknet med nabolandene.

Den relative generøsiteten i dansk sammenliknet med svensk og norsk hjemmetjeneste blir også understreket av at danske hjemmetjenester er gratis, mens brukerne avkreves en egenbetalingsandel i Sverige og Norge. Det kan muligens også være uttrykk for større ambisjoner at Danmark midt på 1990-tallet etablerte egne klageråd for kommunale eldretjenester i kommunene og nylig har innført en lov om oppsøkende arbeid overfor eldre (80 år+) med tanke på å gi informasjon om tilbud og å vurdere hvorvidt det er udekkede behov for tjenester. Formålet med hjemmebesøksordningen er å oppprioritere den forebyggende innsatsen. I 1998 utvides ordningen til å inkludere alle over 75 år. Klageordninger er forøvrig innført også i de to andre landene, i Sverige så tidlig som i 1982.

Norge har i hele perioden, med unntak av de aller siste årene, hatt den laveste tilgangen til hjemmehjelp, men ligger nå mellom Danmark og Sverige. Norge har på den annen side satset forholdsvis mye på hjemmesykepleie. Alt i alt kan vi anslå at anslagsvis 20-21 prosent av befolkningen over 65 år er brukere av hjemmetjenester i Danmark, 16-17 prosent i Norge og 11-12 prosent i Sverige.

Når antall brukere relateres til befolkningen over 80 år, må bildet revideres noe (figur 2.13 – neste side). Forskjellen mellom landene følger det mønster som vi allerede har kommentert med referanse til dekningstallene for befolkningen i alderen 65 år og over (figur 2.12), men nedgangen for Sverige og tildels Norge blir ytterligere understreket, mens Danmark har beholdt en temmelig konstant dekning i hele perioden fra midten av 1970-tallet til i dag. Tidlig i denne perioden var imidlertid ca. 1/3 av brukerne over 80 år, i dag 50-60 prosent. Den tiltakende knappheten på tilgang i forhold til antall eldre over 80 år (Sverige, Norge) har dermed øyensynlig blitt møtt med en tiltakende selektivitet i tildeling, der hjelpen i stigende utstrekning reserveres for de eldste og mest hjelpetrengende. Utviklingen bør også ses på bakgrunn av den synkende dekningen av institusjoner i denne perioden, der relativt flere gamle har blitt avhengig av hjelp via hjemmetjenestene.

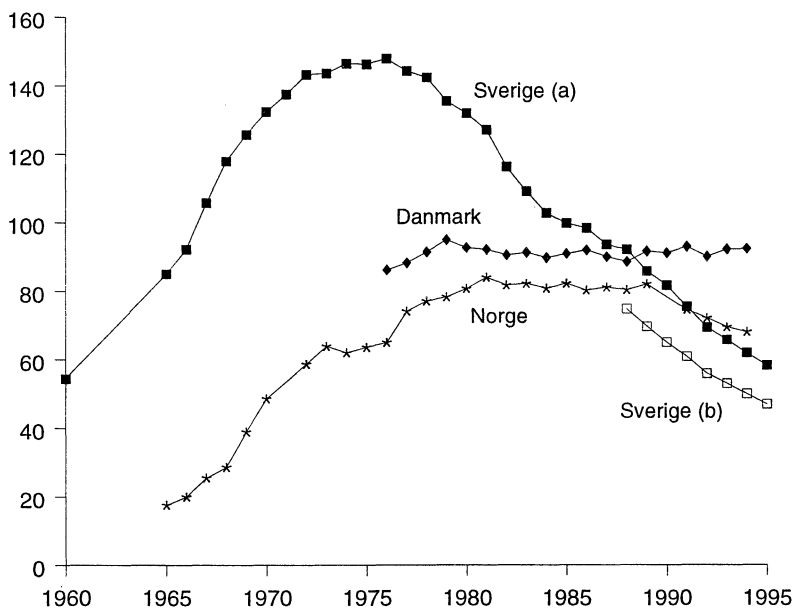
Vi har foreløpig holdt oss til tilgangen til tjenester, uten hensyn til hvor mye man får. Når dette inkluderes, blir bildet noe annerledes.

Ressurser og fordeling, tilgang og “intensitet”

Ressursene i hjemmetjenestene kan fordeles på ulike måter. Man kan f.eks. prioritere høy tilgang og spre litt hjelp ut til mange, eller man kan prioritere et mindre antall brukere, med mer hjelp til hver enkelt. Det er variasjon mellom landene og over tid med hensyn til denne typen prioriteringer.

Hjemmetjenestene er det eneste tjenesteområdet som vi har ressursstatistikk (årsverk/timeverk) for i alle tre landene, altså også for Sverige. Dette gir oss muligheter for å sammenlikne ressursinnsatsen og utfallet av denne innsatsen i form av fordeling på tilgang og mengde hjelp (intensitet). Figur 2.14 (side 68) viser ressursinnsatsen i “hjemmetjenestene” målt ved antall timeverk i forhold til antall eldre (65 år+) i befolkningen; figur

Figur 2.13. Dekningsgrad/80 år+ for hjemmehjelp (antall brukere pr. 100 i alderen 80 år og over) i Danmark, Norge og Sverige 1960-95^a



^aFor Sverige er brukere antall personer med hjemmehjelp i løpet av året (a) og en bestemt måned (b). Det siste er bare tilgjengelig fra 1988. For Danmark: antall hushold med “varig” hjemmehjelp en bestemt uke. For Norge: antall hushold med hjemmehjelp i løpet av året inntil 1990; deretter personer og tidspunkttopplysninger. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

2.15 gir en tilsvarende oversikt med referanse til befolkningen i alderen 80 år og over.

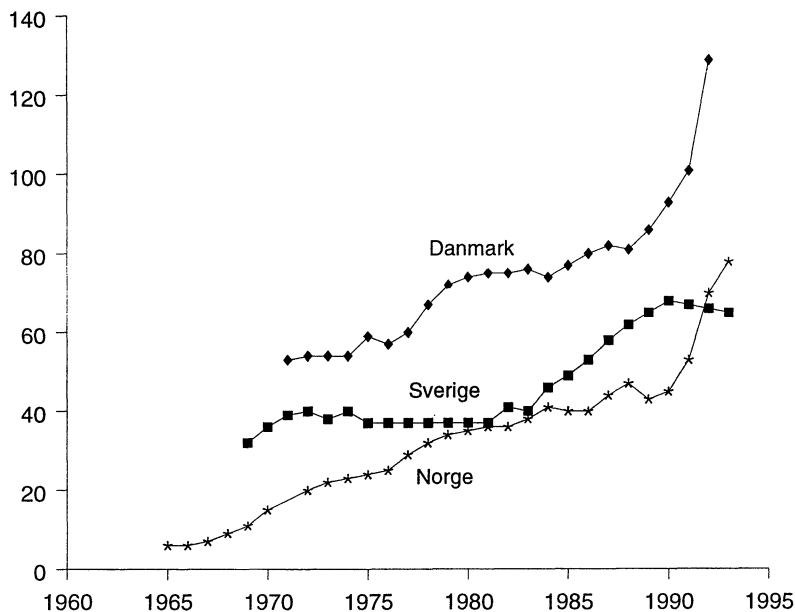
Vi gjør oppmerksom på at det tildels dreier seg om beregnede tall, og at sammenlikningsgrunnlaget på tvers av landene er noe usikkert. De svenske ressurstallene (timeverkene) refererer til "hemtjänsten". For Norges og Danmarks del har vi summert ressursinnsatsen for hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De svenske tallene kan derved være noe mindre inkluderende – og noe lave – sammenliknet med Danmark og Norge ved at "distriktssköterskor" og "hemsjukvård" som ikke måtte være inkludert i hjemmehjelpsstatistikken er holdt utenfor. Dersom vi for Norge og Danmark bare skulle ha inkludert hjemmehjelpstjenesten, ville vi på den andre siden risikert en skjevhet den andre retningen, ettersom svensk "hemtjänst" tildels inkluderer oppgaver som dekkes av hjemmesykepleien i Norge og Danmark.

Statistikkføringen i de tre landene har også andre forskjeller som gjør sammenlikningen problematisk, bl.a. ved at den dels har vært ført som timeverk og dels som årsverk. Praksis har variert mellom land og tjenester og over tid. Vi har dermed tildels måtte bruke beregnede tall (f.eks. omregning fra årsverk til timeverk). Alt dette gjør at resultatene bør betraktes som omtrentlige, og de bør tolkes deretter. Vi vurderer det slik at sammenlikningsgrunnlaget for utviklingen over tid innenfor hvert av landene er rimelig god, og at sammenlikningen mellom Danmark og Norge er mindre problematisk enn mellom Sverige og de to andre landene.

Med disse forbehold for øye ser vi at det er Danmark som framstår som landet med den største ressursinnsatsen i hjemmetjenestene i hele perioden, med noe variasjon over tid, men øyensynlig stadig mer så de aller siste årene (Figur 2.14). Norge har tradisjonelt hatt den laveste ressursinnsatsen, især i de tidlige årene (på 1970-tallet), fordi man var senere ute med utviklingen av denne typen tjenester. Å dømme etter figuren har Norge passert Sverige på 1990-tallet, men dette skyldes trolig en omlegging av tjenester og statistikk, ved at omsorgen for psykisk utviklingshemmede (PU) ble overført fra fylker til kommuner og inkludert under hjemmetjenestene. Når vi korrigerer for dette, og trekker fra ca. 6 000 årsverk som er anslått å høre til PU-omsorgen, har Norge (i 1992) et ressursvolum (timeverk pr. befolkning 65 år+) som ligger ca. 15 prosent lavere enn Sverige, og som er omtrent halvparten av det danske nivået.

Utviklingen over tid følger noe ulike profiler. Danmark har hatt et økende ressursvolum av hjemmetjenester i forhold til antall eldre (65 år+) helt fram til i dag, men med redusert takt i 1980-årene sammenliknet med 1970-årene. Den tilsynelatende sterke økningen de aller siste årene må tilskrives den integrering av tjenester som har funnet sted, der det er vanskelig å vurdere hva som er hjemmetjenester og hva som er institusjons-

Figur 2.14. Ressursinnsats/65 år+ i hjemmetjenestene (timeverk pr. befolkning i alderen 65 år+) i Danmark, Norge og Sverige 1970-95^a



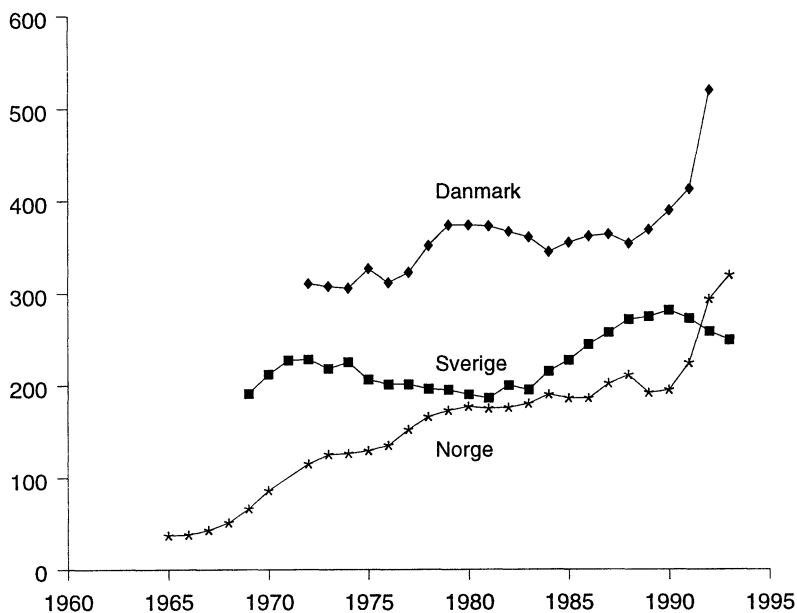
^aTildels beregnede tall ved omregning fra årsverk. For Sverige - hemhjelpstjensten, for Norge og Danmark sum timeverk for hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De aller siste årene er for Danmarks og Norges del preget av integrering av tjenester og er kunstig høye sammenliknet med tidligere år i serien. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

omsorg. Den kan derfor ikke tolkes som en reell vekst av hjemmetjenester som sådan. Norge har en tilsvarende utviklingsprofil, men på et lavere ressursnivå, og med samme tilsynelatende økning de siste årene som Danmark – igjen forklart ved integrering av tjenester. Sverige skiller seg ut ved sin stabile ressursinnsats på 1970-tallet, fulgt av en økning av ressursinnsatsen i 1980-årene og en nedgang de siste årene.

Når ressursinnsatsen relateres til antall eldre over 80 år blir 1980-tallet preget av forholdsvis stabil ressurstilførsel i alle tre landene, og ved inngangen til 1990-tallet er det kanskje bare Danmark som kan framvise en beskjeden økning (figur 2.15). Integreringen av tjenester gjør at tallene for de siste årene ikke kan sammenliknes med de tidligere årene i serien.

Blant detaljer som ikke framgår av figurene kan ellers nevnes at både Danmark og Norge har "investert" relativt mer i hjemmesykepleie sammenliknet med hjemmehjelp de senere årene. Norge har forøvrig satset forholdsvis mer av sine hjemmetjenesteressurser på hjemmesykepleien enn hva Danmark har gjort. Ca. 30 prosent av årsverksinnsatsen i hjemme-

Figur 2.15. Ressursinnsats/80 år+ i hjemmetjenestene (timeverk pr. befolkning i alderen 80 år+) i Danmark, Norge og Sverige 1970-95^a



^aTildels beregnede tall ved omregning fra årsverk. For Sverige - hemhjelpstjenesten, for Norge og Danmark sum timeverk for hjemmehjelp og hjemmesykepleie. De aller siste årene er for Danmarks og Norges del preget av integrering av tjenester og er kunstig høye sammenliknet med tidligere år i serien. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

tjenestene var for Norges del representert av hjemmesykepleien i 1990, mot ca. 15 prosent i Danmark. Dette har rimeligvis sammenheng med den nevnte forskjell i orientering for de to lands hjemmehjelpstjeneste, der danske hjemmehjelpere har hatt et bredere ansvarsområde enn norske. Og Danmark har altså en betydelig høyere ressursinnsats i hjemmetjenestene alt i alt enn hva Norge har, og slik har det vært i hele perioden. Omkring 1970 brukte Danmark nær tre ganger så mange timeverk/årsverk pr. eldre til hjemmetjenester som Norge. Forskjellene avtok da Norge, som var noe senere ute, for alvor bygget ut sine hjemmetjenester, men så sent som i 1990 hadde Danmark fortsatt et dobbelt så høyt ressursvolum som Norge og omtrent 35 prosent høyere enn Sverige.

Vi kan spesielt merke oss at Sverige økte sitt ressursvolum i hjemmetjenestene også etter at tilgangen til hjemmetjenester (jfr. figur 2.12 og 2.13) ble tildels sterkt redusert. Først etter 1990 går også ressursinnsatsen noe ned sammen med tilgangen. Forklaringen ligger i at Sverige har endret fordelingen av ressursene, og "investert" stadig mer ressurser pr. bru-

ker (i gjennomsnitt). Sagt på en annen måte: Man har fordelt hjelpen til stadig færre, men gitt relativt mer til hver. Vi skyter inn at det her dreier seg om det gjennomsnittlige antall timer pr. bruker, og det er stor variasjon omkring dette gjennomsnittet. Flertallet har forholdsvis få timer hjelp, et mindre antall kan ha svært intensiv hjelp, men da dreier det seg ofte om yngre funksjonshemmede.

At fordelingen mellom brukerne har endret seg blir ytterligere illustrert i neste kapittel, der man kan vise at det “under” den økte hjelpeintensiteten for gjennomsnittsbrukeren i Sverige ligger en utvikling i to retninger: dels et mindre hjelpevolum til et stort antall brukere og dels en betydelig økning av hjelpeintensiteten til personer med særlig store hjelpebehov. Utviklingen har trolig sammenheng med nedbyggingen av institusjonsomsorgen, og kan spores i både Danmark og Sverige, de to landene som har hatt størst nedgang i institusjonsdekning. Norge ser ut til å ha holdt en mer stabil profil, både i institusjonsomsorgen og ved fordeling av hjemmetjenester, som for Norges del er mer preget av standardtildelinger, der hjelpen spres utover med litt hjelp til forholdsvis mange.

Både Norge og Danmark ser ut til å ha hatt en mer stabil fordelingsmåte enn Sverige så langt vi kan følge statistikken, men Danmark har ikke bare hatt en mer generøs tilgang til hjelp (gitt hjelp til relativt flere), men også gitt relativt mer til hver bruker enn Norge (figur 2.16). Vi understreker at figur 2.16 bare omfatter hjemmehjelpstjenesten for Danmark og Norges del, ikke hjemmesykepleien. Forskjellen mellom de to landene ville ikke blitt vesentlig endret om hjemmesykepleie var inkludert.

Sverige ser ut til å ha endret profilering av hjemmehjelpstilbudet fra et “norsk” mønster der hjelpen spres tynt til mange, til man fra tidlig i 1980-årene og framover har strammet inn tilgangen, men økt hjelpetida pr. bruker. Sverige har nå den mest “intensive” hjemmehjelpstjenesten, med det høyeste gjennomsnittlige hjelpevolumet pr. bruker. Norge sprer hjelpen tynnere utover.

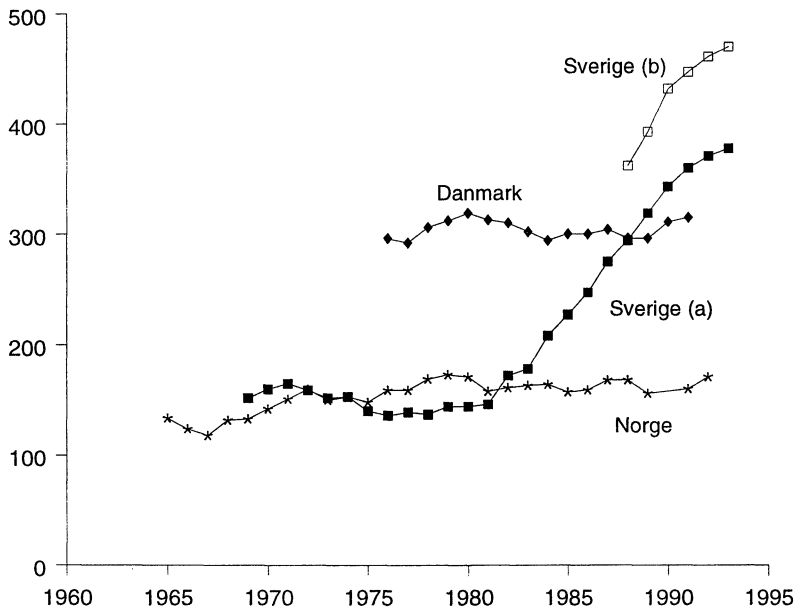
I mer konkret forstand betyr dette at Norge i gjennomsnitt yter ca. tre timer hjemmehjelp i uka pr. bruker. Danmark yter fem-seks timer i uka, mens Sverige yter ca. åtte timer i uka til gjennomsnittsbrukeren – to-tre ganger mer enn hva Norge gjør.

Man bør ikke tolke disse tallene helt bokstavelig, for her er inkludert alle timeverk, også de som “går bort” til administrasjon, sykefravær, reiser m.v. En betydelig – og trolig økende – andel av det samlede antall timer er anvendt til slike former for “indirekte tid” (Eliasson 1992). I takt med at hjemmetjenestene er profesjonalisert, har personalet fått adgang til lønn under sykdom, og det har blitt en økning av tid brukt til kurs,

utdanning og møter. For Norges og Sveriges del spiller også geografien og de store avstandene en rolle. Dette berører imidlertid først og fremst hjemmesykepleien, der det i Norge er anslått at ca. 1/3 av hjemmesykepleierens tid blir brukt på reise mellom pasientene. I noen kommuner – med store avstander og spredt bosetning – mer enn 50 prosent. Danmark er velsignet med kortere avstander og mindre tidsspille på reiser.

Reduksjonen av arbeidstid er det forsøkt korrigert for i dataene ved omregning fra årsverk til timeverk, men når alle de nevnte forhold tas i betraktning, er nok den direkte hjelpetida hos brukerne lavere enn kurvene antyder og mer og mer så over tid. Det som i figuren framtrer som et stabilt nivå i Danmark og Norge innebærer trolig i praksis en viss reduksjon av direkte hjelpetid pr. bruker. Tida hos brukerne har i såfall blitt stadig knappere i disse to landene. Vi viser ellers til neste kapittel, der hjelpens mengde (intensitet) belyses mer direkte og inngående, og der det også illustreres at den typiske brukeren gjerne har 1-3 timers hjelp i uka i alle tre landene. Det er tilbøyeligheten til å yte større mengder med hjelp

Figur 2.16. Intensitet i hjemmehjelpstjenesten (timeverk pr. bruker av hjemmehjelp i gjennomsnitt) i Danmark, Norge og Sverige 1965-95^a



^aTildels beregnede tall ved omregning fra årsverk. Merk de to tidsserier for Sverige de senere årene, der (a) viser til brukere i løpet av året og (b) til brukere en bestemt måned - jfr. note til figur 2.10. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

til brukere med store behov som bringer “gjennomsnittsbrukeren” i Danmark, og især Sverige, såpass høyt opp. Hjemmetjenesten framstår som et forholdsvis beskjedent supplement til institusjonsomsorgen i Norge, mens den i Sverige og Danmark – sammen med de beskyttede boformene – er mer av et alternativ til den tradisjonelle institusjonsomsorgen

Profesjonalisering

Eldreomsorgen har tradisjonelt hatt mange ufaglærte i arbeid. Hjemmehjelpstjenesten er i så måte et kjerneeksempel, idet den lenge var dominert av husmødre som arbeidet deltid, ofte bare noen få timer i uka. Norge har vært den fremste eksponenten for denne tradisjonen. Helt til midten av 1980-årene var den gjennomsnittlige arbeidstida for en norsk hjemmehjelper mellom 300 og 400 timer i året, tilsvarende mindre enn 1/5 årsverk. Svenske hjemmehjelpere hadde på denne tida en gjennomsnittlig arbeidstid på 600-800 timer, og danske ca. 1 000 timer (Daatland & Sundström 1985). I alle tre landene har det blitt stadig vanligere med fast tilsatte hjemmehjelpere i 1/2 stilling eller mer. Arbeidsvilkårene er også bedret, og hjemmehjelperne har i takt med dette oppnådd de sosiale og arbeidsmessige rettigheter som var en selvfølge for andre yrkesgrupper, f.eks. til lønnede pauser, sykefravær og ferier. Tidligere, og som timelønnte, fikk man i regelen bare betaling for den tid man utførte hjelpen for brukeren.

De tidlige årene var det også vanlig å avlønne pårørende som hjemmehjelpere i Norge og Sverige – framfor alt på landsbygda. Dette hadde dels sammenheng med at hjemmehjelpstjenesten balanserte på grensen mellom den formelle og uformelle omsorgen, og dels også med at avstandene var store. Det var dermed rasjonelt å “tilsette” en nærboende, som ofte var et familiemedlem. Med profesjonaliseringen av yrket har dette blitt stadig mindre vanlig, men betaling til familiemedlemmer som omsorgsyttere lever videre, og er tildels blitt gitt økt oppmerksomhet de senere årene, men da primært under andre ordninger. For Norges del f.eks. via “omsorgslønn”, som ble et lovpålagt tilbud i kommunene i 1988, og retter seg mot familier med særlig stort omsorgsansvar. Ordningen har et relativt lite omfang, og ser ut til å være særlig aktuell for familier med sterkt funksjonshemmede barn (Løwe 1997). Sverige har ordninger med “anhörigbidrag” og “närståendepenning” m.v.

Det har vært gode grunner for å gi hjemmehjelperne bedre arbeidsvilkår, lønn og rettigheter – herunder tilbud om utdanning. Vi går ut fra at dette i regelen også har ført til en bedre tjeneste, selv om det ikke trenger være noen entydig sammenheng her. Under alle omstendigheter ligger det

i denne utviklingen at relativt mer av ressursene brukes til lønninger og "indirekte tid", og relativt mindre til direkte tid sammen med brukerne.

Endringer i drift og profilering

At tilgangen til hjemmehjelp flatet ut etter den store veksten på 1960- og tildels 1970-tallet er i og for seg rimelig nok, ettersom man da hadde etablert et visst nivå av behovsdekning. Det kan også tenkes at det fra tjenestenes side har vært sett som rimelig med en viss omprofilering, fordi "husmorstandarden" fra 1950- og 1960-tallet gradvis ble en mindre aktuell rettesnor for tildeling av hjelp. Det har på den andre siden blitt stadig flere aleneboende gamle, og tilgangen til hjemmetjenester bør, som nevnt, også ses i sammenheng med nedinstitusjonaliseringen.

Hjemmetjenestene ser ut til å ha endret profil og retning, dels for å målrette tilbudene til behovsprofilen i befolkningen, men dels også som svar på en tiltakende ressursknapphet. Andelen av hjemmehjelpsmottakerne som er over 80 år har f.eks. økt, og den relativt sterkere vekt på hjemmesykepleie i forhold til hjemmehjelp (Danmark, Norge) kan være et tilsvarende uttrykk for en strengere selektivitet. Hjemmetjenestene er i stigende utstrekning vinklet mot pleie og personlige behov, mens behov for hjelp til rent praktiske gjøremål i huset har fått lavere prioritet, og blir tildels ikke lenger anerkjent som et legitimt krav på tjenester.

I dette ligger en strengere avgrensning av det offentlige ansvaret. Praktiske og psyko-sosiale behov kan i stigende utstrekning ha blitt ansett som et "velferdsekstra" som faller utenfor det offentlige ansvarsområdet. De strammere grenser for tildeling av tid og hjelp kan også ha svekket de psyko-sosiale kvaliteter ved de tjenester som ytes og redusert deres betydning som forebyggende virksomhet. Danmark kan være et unntak i så måte, dels ved sitt mer generøse nivå av hjemmetjenester, dels ved at man gir disse tjenestene gratis til brukerne, og dels ved at man nå satser på forebyggende hjemmebesøk for å kartlegge behov og ønsker (jfr. tidligere).

Organiseringen av hjemmehjelpstjenesten er også endret ved at de tidligere stabile relasjoner av faste hjelpere og faste hjelpetider i økende grad er avløst av variasjon, både hva gjelder hvem man får hjelp fra og til hvilke tider hjelpen kommer (Szebehely 1995, Thorsen & Dyb 1993, Boll Hansen & Platz 1995a). Slik kan man fra tjenestenes side få en mer rasjonell drift ved at hjelperne dirigeres til personer og tider der behovet er særlig stort. Personalforvaltningen kan også ha blitt enklere, for en fraværende hjelper kan erstattes av den som til enhver tid måtte være tilgjengelig. Profesjonaliseringen og den tilhørende yrkesrasjonaliteten kan ha bidratt til at man fra personalets og tjenestenes side ønsker å bryte med

de tradisjonelt nære personlige relasjoner mellom bruker og hjelper – til beskyttelse for hjelperen.

Fra brukerens side kan dette fortone seg annerledes. Fleksibiliteten kan riktignok ha gjort hjelpen lettere tilgjengelig i krisesituasjoner, men uforutsigbarheten – og de stadig nye personer å forholde seg til – kan ha redusert trykgheten og den sosiale kvaliteten. Mange kommuner har forsøkt å motvirke denne typen problemer ved å organisere hjelperne i grupper eller arbeidslag med ansvar for nærmere bestemte soner. Der vil man over tid kunne lære å kjenne de fleste brukere med et langvarig hjelpeforhold.

En liknende tilpasning kan observeres i hjemmesykepleien (Danmark og Norge), der man har økt antallet behandlede pasienter, men “effektivisert” ved oftere, men mer kortvarige, besøk. De sosiale kvaliteter kan dermed ha lidd, og relativt mer tid vil dessuten måtte brukes på reise mellom oppdragene.

Den tradisjonelle “omsorgsrasjonalitet” og “husmoretikk” som var normgivende for hjemmehjelpstjenestens tidlige fase, har gjennom denne typen endringer blitt konfrontert av en “teknisk rasjonalitet”, der produktivitet og effektivitet gis relativt større vekt (Wærness 1992, Szebehely 1995). Tidspresset har dermed blitt et stadig mer framtrædende trekk ved hjemmetjenestene i mange kommuner. Mens institusjonene dels har blitt “effektivisert” via korttidsopphold og økt gjennomstrømming, men dels også har blitt stadig mer bolig- og hjemliggjort, kan hjemmeomsorgen og hjemmet ha blitt mer institusjonsliknende.

Hjemmetjenestene har i stigende utstrekning blitt tilgjengelige døgnet og uken rundt, noe som rimeligvis også har sammenheng med nedinstitusjonaliseringen og satsningen på omsorgsboliger. Døgn- og helgetilbud er forøvrig ressurskrevende, og bidrar til å forklare at den økte ressursinnsatsen ikke har gitt tilsvarende uttelling i hjelpetimer og hjelpe-tilgang.

I løpet av første halvdel av 1980-tallet var det etablert døgnordninger i noe over 10 prosent av danske kommuner, omkring 1990 i ca. 2/3 av kommunene og i dag er tilbudet etablert i praktisk talt alle kommunene. Utviklingen har vært noenlunde parallell i Sverige, men man bruker kanskje særlig mye ressurser nettopp på slike tilbud i Sverige (jfr. neste kapittel), noe som kan være en medvirkende forklaring til den høye gjennomsnittlige hjelpemengden pr. bruker her. Norge var senere ute med å etablere slike tjenester, og har foreløpig utviklet dette tilbudet mindre, slik man også var senere ute med nedinstitusjonaliseringen. Seks av ti norske kommuner sier seg imidlertid å gi tilbud om hjemmetjenester på kvelder/helger, og ettersom mange norske kommuner er svært små og tilbudet kom tidligst i de store kommuner, er flertallet av befolkningen bosatt i

kommuner med slike tilbud. Mellom 80 og 90 prosent av norske kommuner med mer enn 20 000 innbyggere har f.eks. etablert døgntjenester. Hvor omfattende tilbudet er går ikke fram av statistikken.

Andre tilbud og tjenester

Tilbudet til hjemmeboende eldre mennesker er over tid blitt mer mangfoldig også på andre måter. Der er f.eks. ordninger med matombringning via institusjonskjøkken eller eldrecentre, og det har blitt muligheter for dag- eller nattopphold ved institusjoner eller egne dagsentre for slike formål. I alle landene er det også etablert "eldresentre" (servicesentre, pensjonistsentre) som er åpne for alle over en bestemt alder, og som er steder å være med diverse tilbud av sosial og kulturell art. Denne typen sentre ble ofte etablert av frivillige organisasjoner, men kommunene har i stigende utstrekning etablert sine egne sentre og/eller inngått samarbeid om drift og finansiering av private sentre. I en del tilfeller er sentrene bygget i tilknytning til omsorgsboliger, og fungerer da som en tjenestebase og et fellesareale for disse. De åpne eldresentrene er ikke i seg selv å forstå som omsorgstjenester, men kan ha en slik funksjon for enkelte. Her kan det også være tilbud om juridisk og sosial rådgivning, og mange eldre er selv aktive medarbeidere på ulønnet basis (frivillige hjelpere). De arrangerer samvær og aktiviteter, og fungerer som besøkere og støttepersoner for hjelpetremgende.

I tilknytning til eldresentrene og/eller hjemmetjenestene kan det være tilbud om vaktmestertjenester med hjelp til reoperasjoner i hus og hjem. Det har over tid jevnt over også blitt et bedre tilfang av tekniske hjelpemidler, og av spesialpersonell som fysioterapeuter og ergoterapeuter. Et særtrekk ved Sverige er at man der har satset særlig sterkt på "färdtjänst", men transporttilbud er også utviklet i Norge og Danmark. Tilbud om gunstig finansiering av husleie og boligutbedring inngår også som deler av infrastrukturen for omsorgstjenestene, og her har Danmark tradisjonelt investert mye.

Omfanget og variasjonsrikdommen av slike typer av tilbud varierer både mellom og innenfor landene. Det er et gjennomgående og generelt trekk at det er stor variasjon i eldreomsorgstilbud mellom kommuner innenfor hvert av landene (Berg & Sundström 1989, Boll Hansen & Platz 1995b, Daatland 1994, 1995a, Gulbrandsen 1995).

Integrering og samspill

Et felles utviklingstrekk fra de senere år er den tiltakende integreringen av tjenestene, dels av hjemmetjenestene, og tildels også av tjenester og perso-

nell innenfor og utenfor institusjon. Det er dermed blitt mer flytende grenser mellom tjenestene, og i positiv forstand betyr dette at det er skapt en mer sammenhengende omsorgskjede. Det er imidlertid ulike oppfatninger om hvor gunstig denne utviklingen har vært, og hvor langt en slik integrering bør gå.

En side ved utviklingen er at det er utviklet tjenester som bygger bro og fungerer i et samspill mellom de tidligere segmenterte sektorer av institusjoner og åpen omsorg. Disse samspillsformene har vokst fram fra begge sider. Et økt innslag av korttidsopphold i institusjoner betyr f.eks. at brukeren veksler i perioder mellom hjem og institusjon. Institusjonene har også "åpnet" seg mer, og innbyr til samarbeid og samspill med pårørende. Omsorgsboligene kan i seg selv ses som mellomformer. Dagsentre og dagopphold i institusjoner på den ene siden, og heldøgns tilbud i hjemmetjenestene på den andre, kan også ses som "broer" mellom de tidligere segmenterte tilbud i form av enten institusjonsopphold eller (litt) hjemmetjenester. Slike tilbud har vokst fram som svar på at relativt flere omsorgstrengende blir boende utenfor institusjon. I nedinstitusjonaliseringen ligger det dessuten i seg selv ofte et implisitt krav om et samspill med familien. Det offentlige tilbudet er oftest ikke tilstrekkelig når hjelpebehovene er store.

Tildelingen av hjelp er via disse endringene blitt mindre avhengig av om man flytter i institusjon eller ikke. Det har imidlertid tradisjonelt vært liten vilje til å yte betydelig med hjelp og tjenester til hjemmeboende, og i den grad denne tradisjonen lever videre kan det mest problematiske ved utviklingen være at det legges et økt press på familiene. De nyere samspillsformer av tilbud "mellom" institusjoner og hjemmetjenester, og "mellom" det offentlige og familien, kan ha blitt en trussel for familiene, spesielt når vi tar i betraktning at ytterst få gamle deler hushold med barn. Den nærmeste pårørende er dermed ofte en ektefelle som selv er gammel.

Hvor langt det offentlige ansvaret strekker seg, og i hvilken form det skal forvaltes, utfordres også på andre måter, f.eks. via en tiltakende tendens til å kontraktere ut tjenesteproduksjonen til private firmaer eller organisasjoner. Vi kommer tilbake til disse spørsmålene i kapittel 4, der vi skal vurdere utviklingen av de ulike tjenestene og det samlede tilbudet i sammenheng.

Men først skal vi i neste kapittel gå nærmere inn på utviklingen av hjemmetjenestene via data fra intervjuundersøkelser i de tre landene, der altså brukernes egne erfaringer kommer til uttrykk. Foreløpig har vi holdt oss til den offentlige statistikken, og dermed i hovedsak til hvordan tilbudet ser ut fra tjenesteapparatets side.

Hemhjälpsutvecklingen: Samma problem, skilda lösningar?

KAPITEL 3

Marta Szebehely, Susan Lingsom & Merete Platz

INLEDNING

Som framgått av tidigare kapitel finns det både likheter och skillnader mellan Danmark, Norge och Sverige när det gäller äldreomsorgens utveckling. Institutionsvården har minskat i alla tre länderna sedan början av 1980-talet. Med reservation för gränsdragningsproblem mellan institutioner och service(omsorgs)bostäder så tycks institutionerna ha minskat mer i Sverige och Danmark än i Norge, som i dagsläget har den mest utbyggda institutionsomsorgen av de tre länderna.

När det gäller utvecklingen inom den hembaserade omsorgen är skillnaden större mellan länderna. Mätt som andel av de äldre som får del av hemhjälpresurserna har hemhjälpen minskat mycket kraftigt i Sverige under den senaste 10-15 årsperioden, minskat något i Norge och ökat något i Danmark. Kring 1980 fanns det relativt sett flest hemhjälp-mottagare i Sverige; idag har Sverige den lägsta hemhjälpstäckningen av de tre länderna.

Utvecklingen under den senaste 15 årsperioden kan därmed sammanfattas:

- I Sverige bor allt färre på institution och allt färre har hemhjälp; sammantaget har både antalet och andelen äldre som får formell omsorg minskat.
- I Danmark bor allt färre på institution medan en ökad andel har hemhjälp; sammantaget är andelen med formell omsorg i stort sett oförändrad (i absoluta tal har antalet äldre som får del av den formella omsorgen ökat).
- I Norge har både institutionstäckningen och hemhjälpstäckningen minskat något i relation till antalet äldre i befolkningen; sammantaget har den formella omsorgen ökat i absoluta tal och minskat något i relativa.

Dessa skilda utvecklingsvägar väcker grundläggande frågor om “varför?” Varför ser det så olika ut? Varför minskar antalet äldre som får del av äldreomsorgen i Sverige men inte i de övriga länderna? Varför är det idag en betydligt högre andel som har hemhjälp i Danmark jämfört med Norge och fr.a. Sverige, medan det för 15 år sedan var vanligast med hemhjälp i Sverige? Behöver äldre människor i de tre länderna hjälp i hemmet i olika utsträckning? Har de äldres *behov* av hjälp under senare år utvecklats olika i de tre länderna? Eller handlar det mer om skillnader i *efterfrågan* än om skillnader i behov (kanske p.g.a. skillnader i avgifter, i hjälpens utformning eller i tillgång till alternativa omsorgsgivare)? Eller handlar det varken om skillnader i behov eller efterfrågan, utan snarare om skillnader i *beviljandet* av hjälp, d.v.s. i den process där de äldres omsorgsbehov möter den kommunala myndighetens hjälptilldelning: är det olika svårt att få hemhjälp vid samma behov i de olika länderna och vid olika tidpunkter?

Detta kapitel fokuserar på hemmaboende äldres hjälpbehov och hjälptilldelning 1987-88 och 1994-95. I en första del diskuteras om det finns något *samband mellan äldreomsorgens omfattning och gamla människors behov av hjälp*. Kan variationerna mellan länderna och över tid tolkas som att de tre ländernas äldreomsorg har utformats som svar på olika stora och över tid ändrade hjälpbehov, eller handlar det snarare om skilda politiska lösningar på ungefär samma hjälpbehov?

I nästa del av kapitlet diskuteras *hur den hembaserade äldreomsorgen fördelas bland de äldre*. Ett land med en mindre utbyggd formell omsorg kan teoretiskt sett täcka mer av de skröpligaste äldres behov av hjälp än ett land med en mer omfattande äldreomsorg. Äldreomsorgen kan vara mer eller mindre riktad till de mest hjälpbehövande; andra faktorer än behov av hjälp kan mer eller mindre starkt påverka vem som får del av den formella äldreomsorgen. Detta är en fråga om prioriteringar och “targeting” – en fråga om hur de befintliga omsorgsresurserna fördelas bland äldre med olika behov och i olika livssituationer: *vem får hjälp och vem blir utan?*

Det tredje området som berörs i detta kapitel rör frågor om *hur hemhjälpssatserna fördelas bland dem som får hemhjälp*. Skiljer sig gruppen “hemhjälpsmottagare” över tid och mellan länderna när det gäller hur skröpliga de är, vilka uppgifter de får hjälp med och hur mycket hjälp de får?

Avslutningsvis diskuteras kortfattat *samspelet mellan den formella och den informella omsorgen*. Har omfattningen av anhörigas omsorgsinsatser förändrats över tid, och finns det några skillnader mellan länderna när det gäller anhörigomsorgens omfattning?

TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

Kapitlet baseras på några stora intervjuundersökningar i de tre länderna, och för att kunna jämföra över tid och mellan länderna tvingas vi begränsa oss till de äldre som bor hemma i sina vanliga bostäder. Det är viktigt att komma ihåg att de uppgifter som presenteras i detta kapitel t.ex. om de äldres rörelseinskränkningar och hjälpbehov endast gäller *hemmaboende äldre*. De institutionsboende äldre som har betydligt sämre hälsa ingår inte, och bilden av de äldres hälsa blir därför ljusare än om hela den äldre befolkningens situation hade redovisats.

De intervjustudier som ligger till grund för analysen är rikstäckande undersökningar om den äldre befolkningens levnadsförhållanden som genomförts i alla tre länderna, se tabell 3.1 (nästa sida).

När inte annat anges baseras uppgifterna i detta kapitel på nya bearbetningar av ovanstående material som utförts särskilt för denna rapport. Analysen av det danska materialet har utförts av Merete Platz, det norska materialet har analyserats av Susan Lingsom och det svenska av Marta Szebehely.¹

Alla studierna utom den danska studien från 1994 bygger på stratifierade urval där de äldsta åldersgrupperna är överrepresenterade. De procentsiffror som redovisas i denna rapport har viktats för att kompensera för detta, medan uppgifterna om antal intervjupersoner (N) baseras på oviktade tal.

Några förbehåll

Att i efterhand jämföra uppgifter, som har samlats in i olika länder och vid olika tidpunkter där inte syftet från början har varit att göra just sådana jämförelser, innebär en rad svårigheter. Skillnader i urval, bortfall, frågeformuleringar och intervjuarinstruktioner är exempel på sådana problem som medför att alla jämförelser måste göras med försiktighet.

Eftersom studierna inte har genomförts i syfte att göra nordiska jämförelser är frågeformuleringarna inte helt jämförbara. Frågorna har ställts på tre olika språk och är redan av det skälet inte helt likalydande, men formuleringarna skiljer sig mer eller mindre vid olika frågor. Vi redovisar därför i tabellbilagan (Appendix B) de exakta formuleringarna och diskuterar i texten när det finns anledning att vara extra vaksam vid jämförelsen.

Uppgifterna från de svenska och norska studierna gäller endast äldre

¹Författarna ber att få tacka Ingrid Sjöberg och Eva Lundin vid Statistiska Centralbyrån i Stockholm för det statistiska underlaget för analysen av 1988/89 års svenska uppgifter.

Tabell 3.1. Översikt över nordiska intervjustudier som analyseras i kapitlet

DANMARK	NORGE	SVERIGE
1988	1987	1988/89
Levekårsstudie ^a	SSBs levekårsundersøkelse ^b	ULF ^c
75 år+	75 år+	75 år+
N=619	N=584	N=1 528
Bortfall ca 17 % ^d	Bortfall ca 24 % ^e	Bortfall ca 22 % ^f
1994	1995	1994
Levekårsundersøkelse i 75 kommuner ^h	SSBs levekårsundersøkelse	Ädel-ULF ^g
80 år+	75 år+	75 år +
N=1 695	N=288	N=1 379
Bortfall ca 20 % ⁱ	Bortfall ca 26 % ^j	Bortfall ca 27 % ^k

^aStudien har genomförts av det danska Socialforskningsinstitutet och omfattar hemmaboende äldre 70 år+, för jämförelsens skull begränsas urvalet här till 75 år+. För beskrivning se Platz 1990.

^bNorsk statistisk sentralbyrå genomför regelbundna undersökningar om den hemmaboende befolkningens levnadsförhållanden (levekår). Här begränsas urvalet till 75 år+, studien finns redovisad i Lingsom 1989.

^cStudien är en av svenska Statistiska Centralbyråns återkommande undersökningar om levnadsförhållanden (ULF). I denna rapport används endast uppgifter om de äldre (75 år+) som bor hemma i sina vanliga bostäder (d.v.s. ej institutionsboende och inte heller äldre i servicehus). Studien finns beskriven i SCB 1993.

^dGäller 70år+ (Platz 1990 s. 12).

^eGäller 67 år+ (Lingsom 1991 s. 13).

^fGäller hemmaboende äldre 75 år+ (Socialstyrelsen 1996a s. 8).

^gStudien är genomförd av svenska socialstyrelsen som en delstudie inom Ädel-utvärderingen, och omfattar hemmaboende äldre 75 år+. Frågekonstruktionen ansluter väl till tidigare ULF-studier, därav namnet Ädel-ULF. Studien finns presenterad i Sundström 1994.

^hStudien omfattar även institutionsboende äldre, men för jämförelsens skull används här endast uppgifter om äldre i sina egna bostäder (inkl. s.k. ældreboliger). Till skillnad från övriga studier baseras denna studie inte på ett riksrepresentativt urval av äldre, utan på ett urval av 75 kommuner, utvalda efter andel institutionsplatser. Inom kommunerna har äldre 80 år+ slumpmässigt valts ut för intervju. Detta innebär att denna studie i något mindre grad är jämförbar med de övriga studierna. Studien finns beskriven i Boll Hansen & Platz 1995a.

ⁱGäller hemmaboende 80 år+ (Boll Hansen & Platz 1995a s. 276).

^jGäller hemmaboende 16 år+ (Statistisk sentralbyrå 1996).

^kGäller 75 år+ (Sundström 1994 s. 9).

som bor i sina vanliga bostäder, d.v.s. med vanligt språkbruk "hemma". De danska uppgifterna gäller även äldre som bor i "ældreboliger", d.v.s. närmast motsvarande svenska servicehus. Eftersom äldre som bor i ældreboliger/servicehus genomsnittligt sett är mer hjälpbehövande än äldre som bor i vanliga bostäder innebär denna skillnad att det danska materialet ger en bild av de äldre som något mer skröpliga och hjälpbehövande än vad som hade varit fallet om endast äldre i sina vanliga bostäder hade ingått. Eftersom endast ca. 10 procent av de äldre i den danska studien bor i ældreboliger betyder dock detta inte så mycket för jämförelsen: andelen äldre med olika rörelseinskränkningar är 2-4 procentenheter högre än vad som skulle varit fallet om endast äldre boende i vanliga bostäder skulle ingått i studien. Även hemhjälsandelen är därför något högre än vad som hade varit fallet om de äldre i ældreboliger inte hade ingått. Som vi kommer att se är dock skillnaderna mellan länderna så pass stora att några procentenheters överskattning av de danska äldres skröplighet och hemhjälpstilldelning inte ändrar på slutsatserna.

Ett annat problem med nordiska jämförelser hänger samman med att "hemhjälp" inte riktigt är samma företeelse i alla tre länderna. Gränsen mellan hemhjälpens och hemsjukvårdens ansvarsområden skiljer sig: personlig omvårdnad utförs i Norge ofta av hemsjukvården, men oftast av hemtjänsten i Sverige och Danmark (se kapitel 2, se även figur 3.10 och 3.11 i detta kapitel).

Vi har dessvärre inte möjlighet att i alla tre länderna jämföra den sammanlagda offentliga hembaserade omsorgen (d.v.s. hemhjälp och hemsjukvård sammantaget). För att göra det bästa av situationen har vi därför valt att jämföra den norska hemhjälpens inklusive hemsjukvård med den svenska resp. danska hemhjälpens.² För enkelhets skull skriver vi dock i texten "hemhjälp" även när det gäller de norska uppgifterna.

Skillnader i bortfallets storlek är ytterligare en faktor som försvårar jämförelser. Bortfallet har ökat över tid, och är lägre i de danska än i de norska och svenska studierna (se tabell 3.1). Det är troligt att det finns relativt sett fler mycket skröpliga äldre (och därmed troligen också fler som har hemhjälp) i bortfallsgruppen än bland de äldre som har accepterat och klarat att delta i undersökningen (se t.ex. SCB 1993 s. 215). Uppgifter om skröplighet, hjälpbehov och hemhjälsandel som baseras på intervjustudier innebär därför sannolikt alltid en underskattning av de reella

²Detta förfaringsätt innebär att de svenska och danska uppgifterna om hemhjälpstäckning är något lägre än vad de skulle varit om hemsjukvården hade varit inräknad på samma sätt som i de norska uppgifterna. Men eftersom endast ca. en procent av såväl svenska som danska äldre har hemsjukvård utan att också ha hemhjälp, påverkas knappast jämförbarheten av detta.

förhållandena, men denna underskattning är p.g.a. bortfallets storlek troligen något större i de senare undersökningarna, och större i Sverige och Norge än i Danmark.

P.g.a. av de skillnader i undersökningsdesign och liknande som har diskuterats här är det svårt att dra säkra slutsatser om skillnader mellan länderna när det gäller de äldres skröplighet och hjälpbehov, och man måste också vara försiktig när det gäller skillnader i hemhjälpstäckning i hela äldregruppen. När vi diskuterar hemhjälpfördelning *inom* olika grupper av äldre med nedsatt rörlighet eller med olika uttryckt behov av praktisk hjälp är vi på säkrare mark. Även om det kan finnas skillnader mellan studierna när det gäller hur stor del av de skröpliga hemmaboende äldre som kommer till tals i intervjuerna jämför vi då hemhjälpstäckningen i någorlunda likartade grupper. Av samma skäl är också jämförelsen mellan hemhjälpsmottagarna i de olika länderna relativt tillförlitlig.

Till sist, de viktigaste analyser vi gör i detta kapitel gäller *utvecklingen* i de olika länderna. Det innebär att vi jämför över tid i varje land, och ställer utvecklingstendenserna mot varandra. Här är det viktigast att uppgifterna från varje enskilt land är jämförbara över tid, och det har vi knappast funnit skäl att betvivla.

FÖRÄNDRADE HJÄLPBEHOV ELLER FÖRÄNDRAD HJÄLPTILLDELNING?

Vi ska börja närma oss frågan om vi kan se något mönster mellan den hembaserade äldreomsorgens omfattning och de äldres förmåga att klara sig själva i hemmet genom att se om de äldres rörelseförmåga och deras uttryckta behov av praktisk hjälp skiljer sig mellan länderna och över tid.

Rörelseförmåga

I alla tre ländernas studier finns det flera frågor som har som syfte att ge en uppfattning om de äldres rörelseförmåga i vardagliga situationer. För att kunna jämföra utvecklingen i de tre länderna har vi varit tvungna att begränsa oss till frågor som ingår i så många som möjligt av de sex studier som ligger till grund för analysen. Vi har därför valt att jämföra hur många av de äldre som har svårt att gå i trappor och hur många som har stora svårigheter att förflytta sig utomhus resp. inomhus.

Frågan om *svårigheter att gå i trappor* är den fråga där jämförbarheten är störst. Frågan har ställts på i stort sett samma vis i alla undersökningarna. Det är dock möjligt att "trappor" inte har samma innebörd i olika sammanhang. Den som bor i ett flervåningshus kanske tänker på trappor mellan olika våningsplan, medan den som bor i ett enplanshus

kanske tänker på de relativt få trappsteg som kan finnas mellan ytterdörren och markplanet. Trots lika faktisk rörelseförmåga kanske den som bor några trappor upp utan hiss anser att det är svårare att gå i trappor än den som har en välfungerande hiss i huset.³ Det är därför inte säkert att "svårt att gå i trappor" har samma betydelse för äldre i olika länder även om frågan har ställts på nästan exakt samma sätt.

När det gäller hur många av de äldre som har *stora svårigheter att förflytta sig utomhus resp. inomhus* är skillnaderna i frågeformulering större mellan de olika länderna, medan frågorna inte har ändrats över tid i varje enskilt land. Här är uppgifterna för Sverige och Danmark relativt jämförbara: i båda länderna redovisas andelen av de äldre som behöver hjälp av en annan person för att kunna förflytta sig. I Norge redovisas i stället andelen äldre som på grund av varaktiga hälsoproblem eller funktionsnedsättningar har stora svårigheter att förflytta sig. (De exakta frågeformuleringarna, procentsatser samt antal intervjuer redovisas i tabellbilagan, Appendix B, tabell B.1).

I figur 3.1 (baserad på tabell B.1) visas andelen äldre med rörelsehinder. För att kunna jämföra utvecklingen i alla tre länderna begränsar vi oss här, liksom i de flesta jämförelser, till åldersgruppen 80 år+.

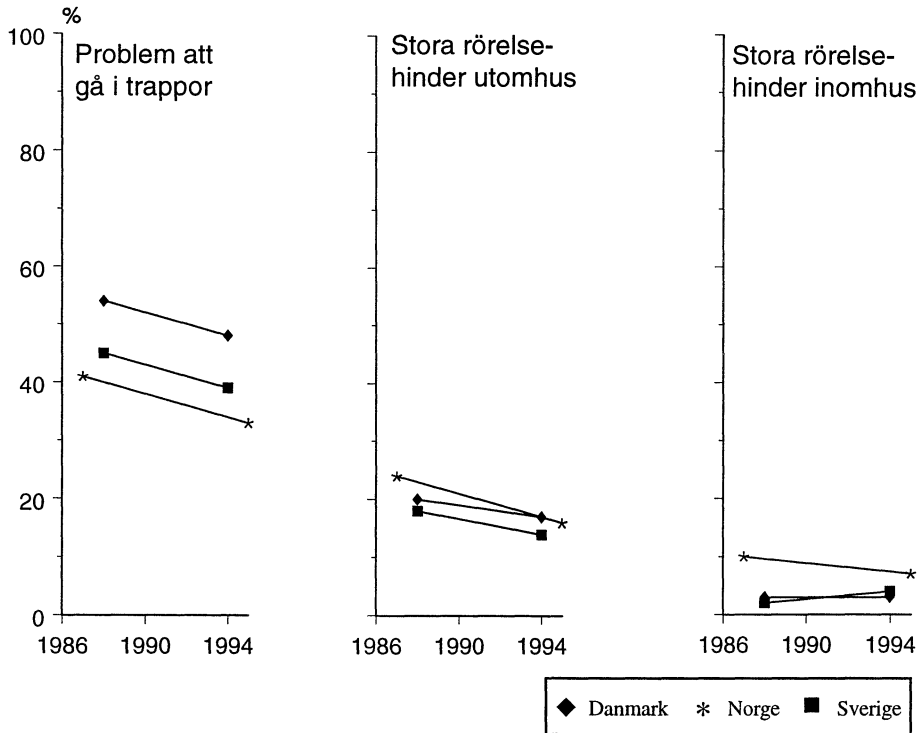
Av de tre indikatorer på rörelseinskränkningar som redovisas i figuren (nästa sida) är det vanligast att de äldre har svårt att gå i trappor, medan endast ett fåtal hemmaboende äldre behöver hjälp av en annan person för att kunna förflytta sig inomhus.

Om vi först ser till hur många av de hemmaboende äldre som har svårt att gå i trappor finner vi ungefär samma utveckling i alla tre länderna: mellan 1987-88 och 1994-95 har andelen äldre som uppger svårigheter minskat markant. De hemmaboende äldres rörlighet tycks ha förbättrats på ett liknande sätt i alla tre länderna. Att ha svårt att gå i trappor är dock fortfarande en relativt vanlig rörelseinskränkning, och om vi törs lita på jämförbarheten mellan länderna är rörelsehindren störst i Danmark där idag nära hälften av de hemmaboende äldre (80 år+) anser att de har svårt att gå i trappor. Observera att de danska uppgifterna inkluderar även äldre i ældreboliger, men även med hänsyn till detta tycks danska äldre uppleva mer problem att gå i trappor än svenska och norska äldre.

Frågan om stora rörelsehinder utomhus resp. inomhus har som nämnts inte ställts på samma sätt i Norge så det är mindre meningsfullt att jämföra

³I detta avseende är det dock ingen större skillnad mellan de två länder som vi kan jämföra – Sverige och Danmark: ungefär var fjärde hemmaboende äldre i båda länderna bor en eller flera trappor upp utan hiss, ett förhållande som inte har ändrats sedan 1980-talet enligt de båda ländernas levnadsförhållandestudier.

Figur 3.1. Rörelsehinder bland hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserad på tabell B.1.

nivån mellan alla tre länderna. Här finns det endast marginella skillnader mellan Sverige och Danmark (som har i stort sett jämförbara frågeformuleringar).

Utvecklingsmönstret är här något mindre entydigt än när det gäller förmågan att gå i trappor: i alla tre länderna är det en något minskad andel som har stora svårigheter att förflytta sig *utomhus* medan en i stort sett oförändrad andel har stora svårigheter att förflytta sig *inomhus*.⁴

Enligt intervjustudierna har således andelen äldre med måttligt stora rörelseinskränkningar minskat i alla tre länderna, medan andelen äldre

⁴Den förbättring av förmågan att förflytta sig inomhus bland norska äldre som syns i figuren är inte signifikant (antalet intervjuer i 1995 års norska studie är förhållandevis litet).

med mycket stora rörelsehinder (de som har svårt att röra sig inomhus) är mer eller mindre oförändrad.

Om vi ser på utvecklingen av de äldres rörlighet i ett lite längre tidsperspektiv blir bilden mer komplex.

Danska uppgifter visar att mellan 1962 och 1977 var andelen bland hemmaboende äldre (80år+) med svårigheter att röra sig utomhus eller inomhus i stort sett oförändrad, men ökade kraftigt till 1988 för att därefter åter minska (Platz 1992 s. 44). I Sverige hade andelen som behövde hjälpmedel för att kunna förflytta sig utomhus minskat mellan 1980/81 och 1988/89 för att åter öka 1994.⁵

Sett över en lite längre tidsperiod finns tydligen inte någon entydig förändring av de äldres rörelseförmåga. Möjligen är det andra faktorer än rörelseförmåga i fysisk mening som påverkar de äldres benägenhet att uppleva eller uppe rörelsehinder (jfr. diskussion hos Parker m.fl. 1996). Det finns i varje fall inget entydigt samband mellan de hemmaboende äldres rörelseförmåga och nivån på hemhjälpstilldelning i ett land. Möjligen kan vi ana ett samband mellan uppgifterna om att fler danska äldre har svårt att gå i trappor och den relativt sett högre hemhjälpstäckningen i Danmark. Danska äldre har också sämre hälsa än de äldre i övriga Norden (Helset 1991). Men att hemhjälp har minskat mest i Sverige kan knappast vara en följd av att de äldres rörlighet skulle ha förbättrats mer där än i de andra länderna.

Behov av praktisk hjälp

Nu kan man invända att rörelseförmåga knappast kan förväntas ha ett entydigt samband med behov av hemhjälp. Vi kan inte ta för givet att den som har nedsatt rörlighet alltid behöver praktisk hjälp i hemmet eller motsatsen – att den som t.ex. obehindrat kan gå i trappor klarar alla vardagens sysslor. Andra funktionsnedsättningar än förmågan att gå (t.ex. synsvårigheter eller minnesstörningar) kan påverka behovet av hjälp, och andra faktorer än funktionsförmåga kan påverka förmågan att klara av vardagens uppgifter. Om det t.ex. finns affärer i närheten och inga trappor att forcera på vägen dit är sannolikheten större att den som har svårt att röra sig ändå kan handla mat än om det är stora avstånd eller många trappsteg mellan bostaden och butiken (se diskussion hos t.ex. Lingsom 1991 och Parker 1994).

⁵Enligt analys av svenska ULF-studier 1980/81 och 1988/89 samt Ädel-ULF 1994 utförd till denna rapport.

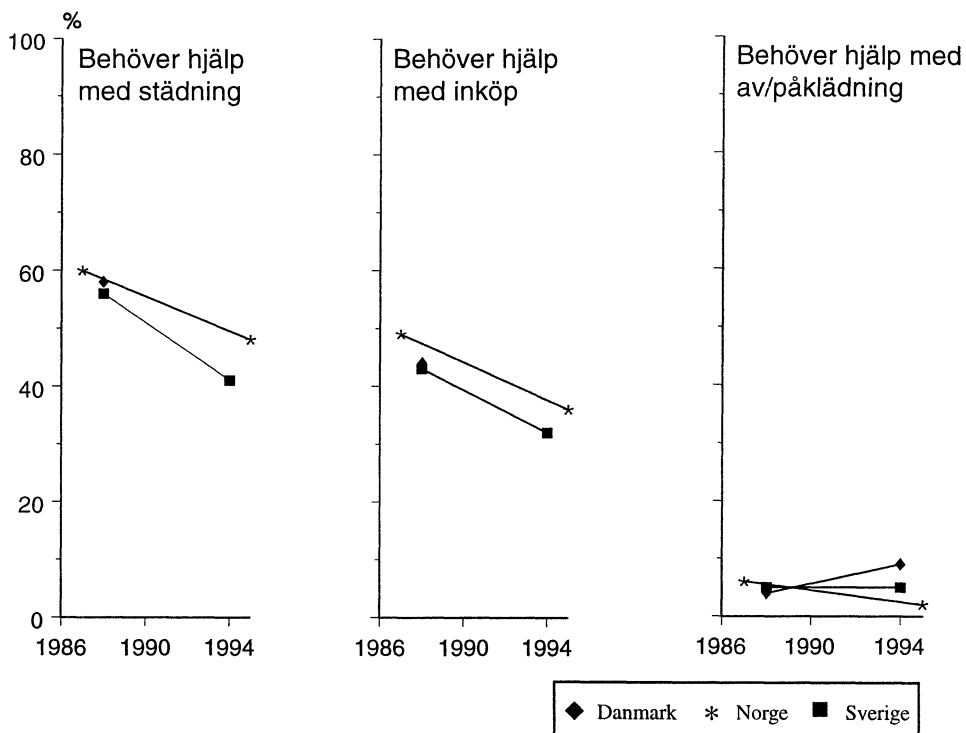
Det är också möjligt att de äldres benägenhet att uppge hjälpbehov påverkas av tillgången på hjälp. Det är möjligt att det är fler som uppger att de behöver hjälp t.ex. med städning om det är relativt lätt att få hemhjälp med just detta. Och omvänt är det möjligt att det är färre som uppger att de behöver praktisk hjälp om det är svårare att få hemhjälp. Otillfredsställda behov kan vara psykologiskt sett svårare att leva med än sänkta anspråk (se vidare diskussion hos Lingsom 1991, Lagergren 1996 och Parker m.fl. 1996). Detta innebär att om de äldres uttryckta hjälpbehov minskar samtidigt som hemhjälpstäckningen minskar kan vi inte vara säkra på att det finns något annat än ett tidsmässigt samband, och om det skulle finnas ett orsakssamband kan vi inte veta åt vilket håll sambandet går: svarar den minskade hemhjälpen mot minskade behov eller minskar benägenheten att säga att man behöver hjälp för att det har blivit svårare att få hjälp?

Med dessa reservationer i minnet är det svårt att veta vad vi mäter när vi studerar de äldres uttryckta behov av praktisk hjälp. Vi ska trots detta kortfattat se på några frågor där de nordiska studierna är relativt jämförbara. Det gäller de äldres *behov av hjälp med städning, matinköp samt av/påklädning*, se figur 3.2 nedan samt tabell B.1.

I Norge och Sverige har andelen äldre som uppger att de behöver hjälp med städning och matinköp minskat påtagligt mellan 1987-88 och 1994-95. Särskilt när det gäller hjälp med städning är den svenska förändringen markant. För Danmarks del har vi bara jämförbara uppgifter från 1988. Vid denna tidpunkt var det ungefär lika stora andelar i alla tre länderna som uppgav att de behövde huslig hjälp. När det gäller mer omfattande hjälpbehov är bilden mindre entydig. Andelen som uppger att de behöver hjälp med av/påklädning är oförändrad i Sverige, minskande i Norge och ökande i Danmark.

Hur ska vi då tolka dessa uppgifter? Att andelen som uppger att de behöver huslig hjälp har minskat kraftigt i Sverige och Norge – svarar det mot en motsvarande stark förbättring av de hemmaboende äldres faktiska förmåga att utföra hushållsarbete? Är det möjligt att så stora förändringar i förmåga att klara av hemmets skötsel kan äga rum under en så kort period som 6-8 år? Vi har inget svar på detta, men vill komma med en alternativ tolkning. Under perioden har det blivit svårare att få hemtjänstens hjälp med husliga sysslor i Sverige och Norge. När färre äldre i de länderna uppger att de behöver hjälp med städning eller inköp är det möjligt att de anpassar sin självbild efter tillgången på hjälp – kanske säger färre att de behöver huslig hjälp när detta har blivit svårare att få. Alldeles särskilt har det blivit svårare att få hjälp med städning i Sverige, och som vi har sett är det fr.a. när det gäller städning som de äldres hjälpbehov tycks ha minskat.

Figur 3.2. Uttryckta hjälpbehov bland hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserad på tabell B.1.

Om tolkningen är riktig att den kraftiga minskningen i Norge och Sverige av andelen äldre som uppger att de behöver huslig hjälp är en konsekvens av att det har blivit svårare att få hjälp med dessa sysslor, skulle den motsatta utvecklingen vara väntad i Danmark. En sådan jämförelse är dock inte möjlig eftersom de danska uppgifterna för 1994 vad gäller behov av hjälp med städning och inköp inte är jämförbara med övriga uppgifter. I de övriga nordiska studierna liksom i Danmark 1988 tillfrågas de äldre om de *kan klara att utföra* de aktuella sysslorna. I Danmark 1994, däremot, tillfrågas de äldre om vem som *faktiskt utför* uppgiften. Den traditionella arbetsfördelningen inom äktenskapet där hustrun utför merparten av hushållssysslorna gör att 1994 års sätt att mäta ger mycket högre siffror för män.⁶ För att i någon mån kunna jämföra

⁶1988 uppgav 21 procent av de danska männen över 80 år att de behövde hjälp med inköp, 1994 svarade 46 procent att de inte själva skötte den uppgiften. Bland kvinnorna var motsvarande andelar 52 resp. 55 procent.

utvecklingen av husliga behov även i Danmark är vi därför tvungna att begränsa oss till de ensamboende äldre som uppger att de får hjälp med inköp (tabell 3.2). Man kan nämligen anta att de allra flesta av de ensamboende äldre som i den danska studien uppger att någon annan utanför hushållet hjälper dem med inköp faktiskt saknar förmågan att själva utföra den sysslan, annars skulle de inte få den hjälpen.

Tabell 3.2. Andel av ensamboende hemmaboende äldre (80 år+) som behöver hjälp med inköp i Danmark och Sverige 1988-94. Procent (n)

SVERIGE		DANMARK	
1988/89	1994	1988	1994
41 (485)	31 (540)	46 (279)	48 (1097)

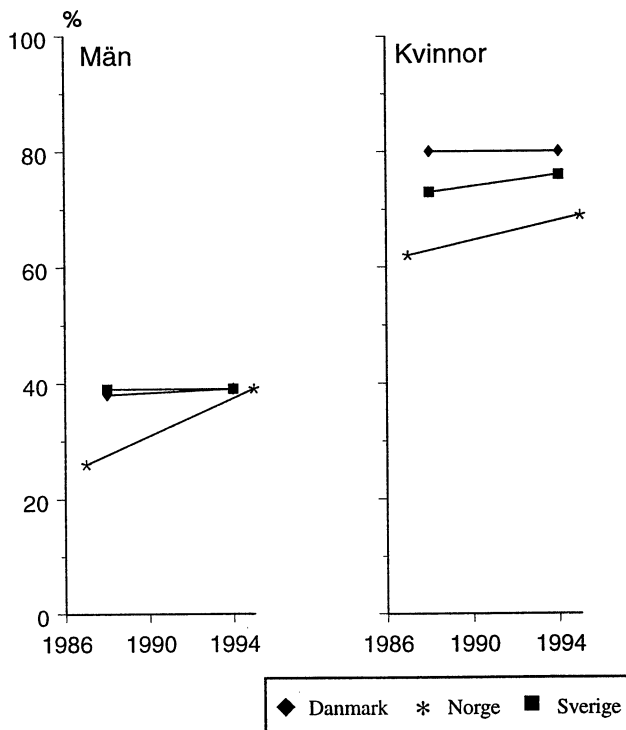
I Sverige har det skett en minskning av andelen som uppger att de behöver hjälp med inköp bland ensamboende äldre, medan andelen är i stort sett oförändrad i Danmark (jämförbara uppgifter för Norge saknas). Om vi inte antar att danska och svenska äldres faktiska förmåga att klara sitt vardagliga liv har utvecklats åt olika håll under senare år (och det antyder inte uppgifterna i figur 3.1) så stöder uppgifterna i tabell 3.2 tolkningen att de hjälpbehov som de äldre ger uttryck för i intervjustudierna påverkas av tillgången på hemhjälp. Om denna tolkning är riktig är det inte förvånande att det är de uttryckta behoven av huslig hjälp som har förändrats mer än behovet av hjälp med att få på sig kläder: benägenheten att säga att man behöver personlig omvårdande hjälp är troligen inte särskilt känslig för förändringar av hjälptillgång, och dessutom har den omvårdande hjälpen prioriterats i alla tre länderna.

Tillgång till informell omsorg

Behovet av hemhjälp beror inte bara på de äldres rörlighet och förmåga att klara av vardagens sysslor. Den som lever ensam och t.ex. inte kan städa, köpa eller laga mat är mer beroende av att någon utomstående hjälper till med detta än den som lever tillsammans med en frisk person (make/maka eller annan person). Finns det då några skillnader mellan länderna när det gäller andelen äldre som bor ensamma?

Enligt figur 3.3 är det vanligast i Danmark och minst vanligt i Norge att äldre lever ensamma. Detta beror inte främst på att det skulle finnas fler gifta makar i Norge, utan snarare på att det är vanligare i Norge att

Figur 3.3. Andel ensamboende bland hemmaboende äldre män och kvinnor (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserad på tabell B.2.

äldre bor tillsammans med sina barn. I Norge och i Sverige, men inte i Danmark, har andelen ensamhushåll ökat. I alla tre länderna har andelen som bor med sina barn minskat – särskilt gäller det norska äldre. När fler äldre lever ensamma kan man förvänta sig att behovet av hemhjälp ökar (allt annat lika).

Förutom makar är de vuxna barnen de viktigaste informella omsorgsgivarna. Både döttrar och söner bidrar med stora hjälpinsatser för sina föräldrar, men inom olika områden. Söner gör mer av sådant som transporter och reparationsarbete, medan döttrar gör mer av sådana sysslor som utgör kärnan i hemhjälsarbetet – inköp, tvätt och (i mindre utsträckning) städning och matlagning. Totalt sett är döttrarnas hjälpinsatser mer omfattande än sönerns (Lingsom 1991, 1993, Szebehely 1997). Medelålders kvinnors förvärvsfrekvens kan därför påverka behovet av formell äldreomsorg. Inte på så sätt att förvärvsarbete skulle omöjliggöra anhängigomsorg – anhöriga utför ofta oavlönat omsorgsarbete

även när de har förvärvsarbete (se t.ex. Lingsom 1993) – men det finns en gräns för hur mycket omsorgsarbete och förvärvsarbete som kan kombineras utan alltför stora påfrestningar (se t.ex. Hunt 1988).

Nordiska kvinnor i de åldersgrupper när föräldrarna börjar behöva hjälp förvärvsarbetar i stor utsträckning – alldeles särskilt i Sverige. 1991 tillhörde 67 procent av de svenska kvinnorna i åldern 55-64 år arbetskraften (d.v.s. förvärvsarbetade eller var arbetslösa). Motsvarande andel för de danska kvinnorna var 55 procent och för de norska 47 procent (Nordisk statistisk årsbok 1992). I alla tre länderna har andelen medelålders kvinnor i arbetskraften ökat, se tabell 3.3.

Tabell 3.3. Andel av kvinnor (45-64 år) i arbetskraften i Danmark, Norge och Sverige 1989-93^a

	1980	1993
Danmark ^b	49	68
Norge	61	68
Sverige	68	78

^aKällor: Uppgifter för Sverige och Norge från OECD 1996; för Danmark från Danmarks Statistik 1981 resp. 1994. De danska uppgifterna gäller 1979 resp. 1993.

^b1993 års danska uppgifter gäller åldersgruppen 45-66 år; de redovisade uppgifterna innebär därför en underskattning av den reella uppgången av danska kvinnors sysselsättning.

Med hänsyn taget till medelålders kvinnors förvärvsarbete och därmed underförstått tillgången till informell omsorg från döttrar finns det ingen anledning att förvänta sig en minskning av den offentliga äldreomsorgen. Inte heller "borde" den svenska äldreomsorgen ligga på en lägre nivå än i de andra länderna – snarare tvärtom.

Sammanfattningsvis

Syftet med denna del av kapitlet var att studera eventuella samband mellan hemhjälpnivån och de äldres behov av hjälp. Vi har inte kunnat dra några säkra slutsatser. Det finns tecken på att behovet av hemhjälp kan ha minskat över tid – de äldres rörelseförmåga har enligt vissa mått förbättrats, och betydligt färre svenska och norska äldre uppger att de behöver hjälp med hushållets skötsel. Men det finns också tecken på ökande eller oförändrade behov: de äldres rörelseförmåga har inte entydigt

förbättrats sett i ett lite längre tidsperspektiv, och andelen äldre med mycket stora funktionshinder och hjälpbehov är i stort sett oförändrat. Samtidigt har såväl ensamboendet bland de äldre som medelålders kvinnors förvärvsfrekvens ökat, vilket innebär minskade möjligheter att informell omsorg skulle kunna ersätta den formella omsorgen.

Den stora skillnaden mellan de tre ländernas utveckling av äldreomsorgen under senare år kan knappast förklaras av skillnader i de äldres behov av hjälp. När den svenska äldreomsorgen minskar, den danska ökar och den norska står stilla (mätt i antal personer som får del av hjälpen) har detta styrts av andra faktorer än nationella skillnader när det gäller de gamlas behov av hjälp i hemmet.

VEM FÅR HEMHJÄLP OCH VEM BLIR UTAN?

I det följande ska vi se lite närmare på hur hemhjälpstäckningen bland olika grupper av äldre har ändrats över tid i de tre länderna. De uppgifter som här redovisas om andel av de äldre som har hemhjälp kan endast delvis jämföras med de uppgifter om hemhjälpandel (täckningsgrad/bruksrater) beräknade från offentlig statistik som redovisats tidigare i rapporten.

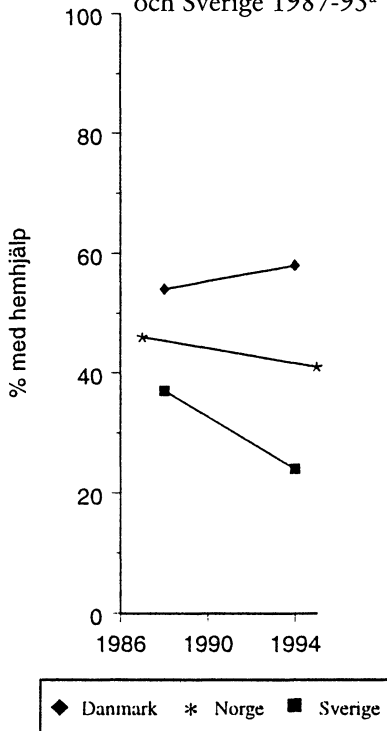
Den offentliga statistiken ger nämligen uppgifter om den äldre befolkningen med hemhjälp enligt myndigheternas uppgifter. Täckningsgraden har beräknats i förhållande till *hela befolkningen*, vilket innebär att även de äldre som bor i institutioner ingår i basen. Den hemhjälpandel som redovisas i detta kapitel bygger däremot på de äldres egna uppgifter när de har intervjuats i de olika surveystudierna. Basen är här *enbart äldre som bor i sina egna bostäder*, d.v.s. de institutionsboende är ej inräknade – inte heller de äldre som av en eller annan anledning har avstått från att bli intervjuade.

Det viktiga i detta sammanhang är dock om surveystudierna och den offentliga statistiken visar på likartade utvecklingstendenser och liknande skillnader mellan de tre länderna.

Detta visar sig vara fallet: enligt den offentliga statistiken har hemhjälpstäckningen under den aktuella perioden minskat kraftigt i Sverige, minskat något i Norge och varit svagt ökande i Danmark. Nivån ligger högst i Danmark och lägst i Sverige, och skillnaden mellan länderna har ökat under perioden (jämför figur 2.12 och 2.13 i kapitel 2).

Hemhjälpandelen enligt surveystudierna följer samma mönster, se figur 3.4.

Figur 3.4. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



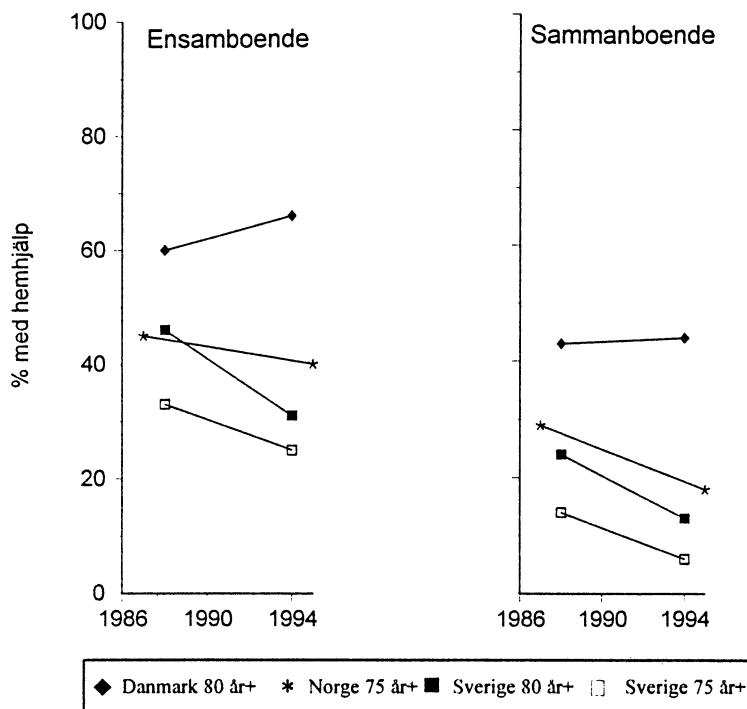
^aBaserad på tabell B.3.

Hemhjälp bland ensamboende och sammanboende äldre

I alla tre länderna är det vanligare att ensamboende äldre har hemhjälp jämfört med äldre som inte bor ensamma, men både bland ensamboende och bland sammanboende äldre är den svenska hemhjälpstäckningen lägst, se figur 3.5. Eftersom vi saknar uppgifter för norska äldre 80 år+ och för danska äldre 75 år+ presenteras i figuren tillgängliga uppgifter för bägge åldersgrupperna.

I Norge och i Sverige har hemhjälpens minskning både bland ensamboende och sammanboende äldre – relativt sett är minskningen störst bland de sammanboende. I Danmark där hemhjälpens ökning totalt sett gäller ökningen främst ensamboende äldre medan sammanboende äldre har i stort sett oförändrad hemhjälpstäckning. I alla tre länderna prioriteras således ensamboende äldre mer än äldre makar. Prioriteringen av de ensamboende tycks vara starkast i Sverige – skillnaden i hemhjälpstäckning mellan ensamboende och sammanboende äldre är större i Sverige än i Danmark och Norge.

Figur 3.5. Hemhjälp bland hemmaboende äldre, ensamboende resp. sammanboende, i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserad på tabell B.3.

Hemhjälp bland äldre män och kvinnor

I alla tre länderna har en högre andel kvinnor än män hemhjälp, och såväl bland kvinnor som bland män har Sverige den lägsta och Danmark den högsta hemhjälpstäckningen (se tabell B.3).

Att kvinnor har hemhjälp i högre utsträckning hänger främst samman med att fler kvinnor än män lever ensamma. Gamla män är oftast gifta till livets slut och får huvuddelen av den hjälp de behöver från sin hustru. De flesta gamla kvinnor dör som änkor, och är under sina sista år mer än gamla män beroende av hemhjälp (och även av hjälp från anhöriga). Men gamla kvinnor har också sämre hälsa och rörlighet än män (Helset 1991, Thorslund m.fl. 1993, Boll Hansen & Platz 1997).

Att fler kvinnor än män har hemhjälp säger inget om huruvida hemhjälpens fördelas könsjämlikt eller ej. För att förstå hur hemhjälpens fördelas bland äldre män och kvinnor bör man se på ensamboende och sammanboende män och kvinnor var för sig och i förhållande till skröplighet och behov av hjälp. En analys av de svenska förhållandena

visar att när hemhjälpen minskade under 1980-talet berördes ensamboende kvinnor mer än ensamboende män: vid slutet av 1980-talet hade skröpliga gamla kvinnor som bodde ensamma hemhjälp i lägre utsträckning än män i samma situation. Under 1990-talets första år, när hemhjälpen fortsatte att minska, utjämnades denna ojämlikhet: 1994 fick skröpliga ensamboende män och kvinnor hemhjälp i samma utsträckning (Szebehely 1997). Bland gifta äldre är det däremot vanligare med hemhjälp om hustrun är hjälpbehövande än om maken behöver hjälp. En gift kvinna med en skröplig man står därför oftare ensam med omsorgsansvaret än en gift man i samma situation (a.a., se även Lingsom 1991 s. 117 för liknande uppgifter rörande norska förhållanden, Platz 1990 s. 107 för danska uppgifter, samt Sundström 1991 för en diskussion om omsorgsmönster bland män och kvinnor i alla de nordiska länderna).

Hemhjälpsfördelning bland äldre med rörelsehinder

Tidigare i detta kapitel har vi diskuterat tre olika indikatorer på rörelseinskränkningar:

- *svårigheter att gå i trappor* (som 1994-95 omfattade mellan en tredjedel och hälften av de hemmaboende äldre 80 år+ i de tre länderna),
- *stora rörelsesvårigheter vid förflyttning utomhus* (omfattande ca. 15 procent av de äldre) samt
- *stora rörelsesvårigheter vid förflyttning inomhus* (omfattande ca. 5 procent av de äldre).

De olika rörelseinskränkningarna är olika omfattande: störst rörelsehinder har den grupp som behöver hjälp för förflyttning inomhus, minst den som har svårt att gå i trappor. Grupperna är inte varandra uteslutande – de flesta som behöver hjälp för att förflytta sig inomhus behöver också hjälp utomhus och kan inte gå obehindrat i trappor.⁷ Det finns också ett klart samband mellan grad av rörelsehinder och behov av hjälp – de äldre som har stora rörelsesvårigheter inomhus har störst behov av praktisk hjälp.⁸

⁷Enligt det svenska materialet har ca. 80 procent av de äldre som behöver personlig hjälp för att förflytta sig inomhus också svårt att gå i trappor och att förflytta sig utomhus.

⁸I de svenska studierna tillfrågas de äldre om de behöver hjälp med 8 olika praktiska sysslor (städning, inköp, tvätt, matlagning, bad/dusch, av/påklädning, uppstigning, toalettbestyr). Inom hela gruppen hemmaboende äldre (80 år+) som ingår i intervjuundersökningen uppger de intervjuade att de behöver hjälp med i genomsnitt

Om det finns ett samband mellan hemhjälpstilldelning och grad av rörelseinskränkning borde hemhjälpandelen vara högst bland äldre som behöver hjälp för förflyttning inomhus, närmast högst i den grupp som har stora rörelsehinder utomhus, följt av den grupp som har svårt att gå i trappor och till sist lägst i hela äldregruppen. Figur 3.6 (nästa sida) visar att detta i stort sett är fallet.⁹

Ju större rörelsehinder desto fler har hemhjälp, är mönstret i alla tre länderna.¹⁰ Det finns således ett klart samband mellan rörelseförmåga och hemhjälpstilldelning. Att detta inte är en självklarhet i alla länder framgår av en artikel av Bebbington & Davies (1993). I en analys av hemhjälps fördelning i Storbritannien 1980 och 1985 finner de att det är ungefär lika vanligt att äldre med stora och små rörelsehinder har hemhjälp vilket de tolkar som bristande "targeting" – den brittiska hemhjälpen är inte koncentrerad till de mest hjälpbehövande.

Jämfört med Storbritannien tycks den nordiska hemhjälpen i högre utsträckning fördelas efter skröplighet. Men det finns också skillnader mellan de nordiska länderna: inom alla grupper av äldre med rörelsehinder är hemhjälpandelen lägst i Sverige och högst i Danmark, med Norge ungefär mittemellan. Skillnaderna mellan länderna är stora – särskilt mellan Sverige och Danmark: 1994 skilde det mer än 30 procentenheter mellan rörelsehindrade svenska och danska äldres hemhjälpstäckning.

Skillnaden mellan länderna är ungefär lika stor i alla grupperna – inget tyder på att den svenska eller den norska hemhjälpen skulle vara mer riktad mot de skröpligaste än den danska. Man skulle kunna tänka sig att den svenska hemhjälpen (som omfattar en mindre del av den äldre befolkningen) skulle vara mer koncentrerad till de skröpligaste än den mer omfattande danska hemhjälpen. Men så är alltså inte fallet – skillnaden i hemhjälpstäckning mellan länderna är i stort sett lika stor bland de skröpligaste som i hela den äldre befolkningen.

För att närmare analysera hemhjälps fördelning ska vi se på ensamboende resp. sammanboende äldre med rörelsehinder, se figur 3.7.¹¹

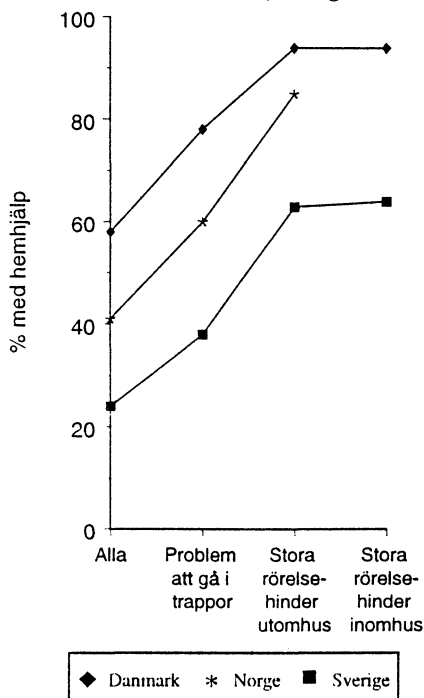
I de fall där en jämförelse är möjlig (Danmark och Sverige) finner vi

1,6 av dessa uppgifter. De äldre som har svårt att gå i trappor uppger att de behöver hjälp med i genomsnitt 2,6 av dessa sysslor, äldre med stora rörelsesvårigheter utomhus behöver hjälp med 4,6 sysslor och de med stora rörelsesvårigheter inomhus behöver hjälp med 5,3 sysslor i genomsnitt.

⁹Observera att det är något oortodoxt att förbinda mätpunkterna på det sätt som visas i figuren (detta gäller även figur 3.7). Vi har dock valt detta framställningssätt av pedagogiska skäl.

¹⁰Uppgifter om hemhjälpstäckning bland norska äldre med stora svårigheter att förflytta sig inomhus saknas p.g.a. att antalet intervjuer är alltför litet, se tabell B.4.

Figur 3.6. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) efter rörelsehinder i Danmark, Norge och Sverige 1994-95^a



^aBaserad på tabell B.3 och B.4.

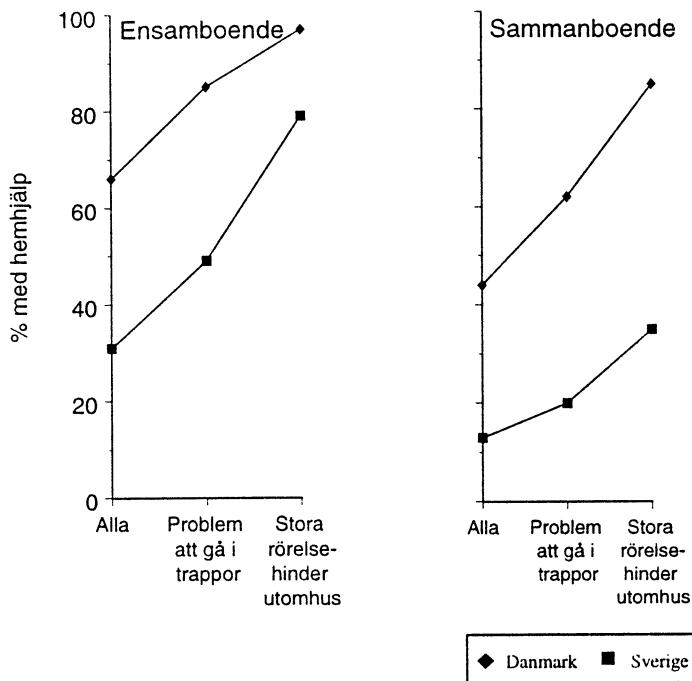
att hemhjälpstäckningen bland ensamboende och sammanboende äldre med rörelsehinder följer ett mönster som stämmer väl med de resultat som presenterats hittills i detta kapitel:

- ju större rörelseinskränkning desto högre andel med hemhjälp,
- ensamboende äldre har hemhjälp i högre utsträckning än sammanboende äldre vid samma grad av rörelseinskränkning,
- danska äldre har hemhjälp i högre utsträckning än svenska äldre – det är t.o.m. så att danska sammanboende äldre har hemhjälp i högre utsträckning än svenska ensamboende med samma rörelseinskränkning.

Ett mönster som inte har framträtt tidigare är att skillnaden mellan länderna är större när det gäller sammanboende äldre med rörelsehinder

¹¹För Norges del har vi bara uppgifter från 1987 för åldersgruppen 75 år+, se tabell B.4.

Figur 3.7. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) efter rörelsehinder och hushållstyp i Danmark och Sverige 1994^a



^aBaserad på tabell B.3 och B.4.

än när det gäller ensamboende. I den skröpligaste gruppen som vi kan jämföra – äldre som behöver hjälp av en annan person för att kunna förflytta sig utomhus – är skillnaden mellan svenska och danska ensamboende äldres hemhjälpstäckning relativt måttlig (79 resp. 97 procent har hemhjälp), medan skillnaden är mycket stor när det gäller sammanboende med samma rörelseinskränkning (35 resp. 85 procent). Bland dessa starkt rörelsehindrade äldre har svenska ensamboende hemhjälp i drygt dubbelt så hög utsträckning jämfört med sammanboende äldre; i Danmark är skillnaden mellan ensamboende och sammanboende äldres hemhjälpstäckning närmast marginell. Svenska äldre makar och andra sammanboende har uppenbarligen sällan hemhjälp även när de har stora rörelsehinder, medan danska äldre makar med stor rörelseinskränkning har hemhjälp i nästan samma utsträckning som ensamstående i samma situation.

Även om ensamboende äldre har hemhjälp i högre utsträckning än sammanboende i båda länderna tycks det således finnas en skillnad när

det gäller *hur strikt* hemhjälpsresurserna prioriteras till de äldre som lever ensamma. Skröpliga gamla makars hjälpbehov tycks bedömas på olika sätt i Sverige och Danmark. Här tycks den svenska hemhjälpen fördelas mer strikt till ensamboende äldre i första hand.

Vad har då hänt med hemhjälpstäckningen bland rörelsehindrade äldre över tid? Av figur 3.8 framgår hur hemhjälpstäckningen bland äldre med olika grad av rörelsehinder har förändrats i de tre länderna.

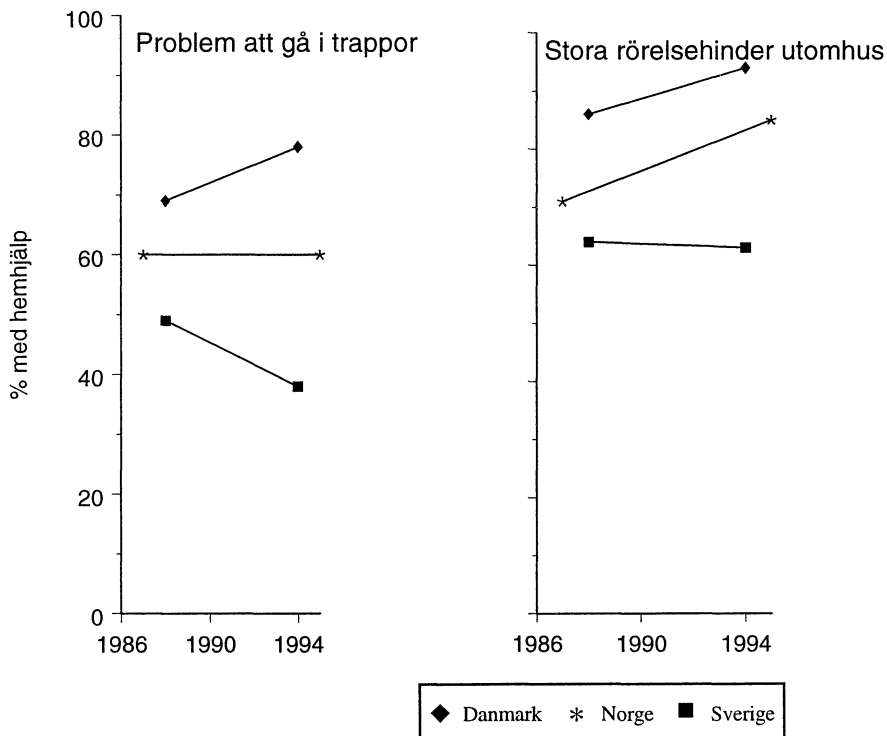
När det gäller hemhjälpfördelningen bland äldre som har *svårt att gå i trappor* ser mönstret ut ungefär som i hela äldregruppen, jämför figur 3.4: ökad hemhjälpandel i Danmark, minskad i Sverige och oförändrad i Norge. Den danska ökningen är i stort sett begränsad till ensamboende äldre; bland sammanboende äldre som har svårt att gå i trappor har hemhjälpstäckningen endast ökat obetydligt. I Sverige har hemhjälpstäckningen minskat både bland ensamboende och sammanboende äldre. För Norge saknas motsvarande uppgifter (se tabell B.4).

Bland de äldre som har *stora svårigheter att förflytta sig utomhus* är bilden något annorlunda. I denna betydligt skröpligare grupp har hemhjälpstäckningen ökat bland danska och norska äldre och är oförändrad i Sverige. Även inom denna grupp är den danska ökningen begränsad till de äldre som bor ensamma, medan den svenska hemhjälpstäckningen är oförändrad såväl bland ensamboende som sammanboende äldre. Bland sammanboende äldre är därmed *utvecklingen* likartad i Danmark och Sverige – en oförändrad andel har hemhjälp vid de båda mätillfällena – men skillnaden i *hemhjälpnivå* är mycket stor. Som vi tidigare har konstaterat har svenska sammanboende äldre sällan hemhjälp – oavsett skröplighetsgrad, medan danska sammanboende äldre med starkt nedsatt rörlighet har hemhjälp i nästan lika stor utsträckning som de ensamboende

Den grupp äldre som har ännu mer nedsatt rörlighet – de som har *stora svårigheter att förflytta sig inomhus* – är p.g.a. att grupperna är så små inte möjlig att följa över tid annat än möjligen i Sverige (se tabell B.4). Här har hemhjälpstäckningen ökat, men gruppen är så pass liten att den ökningen inte är statistiskt säkerställd. Trots ökningen har danska äldre med motsvarande rörelseinskränkning hemhjälp i betydligt högre utsträckning, vilket även inom denna grupp främst beror på att det är betydligt vanligare att danska än svenska sammanboende äldre har hemhjälp.

Med reservation för att det är så pass få intervjuade som har mycket stora rörelsehinder visar jämförelsen att hemhjälpökningen i Danmark omfattar mycket skröpliga och mindre skröpliga i lika stor utsträckning, medan bara de skröpligare har fått ökad hemhjälpstäckning i Norge och Sverige – mest så i Sverige där den enda grupp där hemhjälpen tycks ha

Figur 3.8. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) med olika slag av rörelsehinder i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserat på tabell B.4.

ökat är den allra skröpligaste. Skillnaden mellan länderna i hemhjälpstäckning har ökat över tid – inte bara när det gäller hela gruppen äldre som bor hemma utan också när det gäller äldre med olika slag av rörelsehinder.

Hemhjälpfördelning bland äldre med olika behov av praktisk hjälp

Tidigare i detta kapitel har vi uttryckt tveksamhet inför vad vi egentligen mäter när vi studerar skillnader mellan länder och förändringar över tid när det gäller de äldres uttryckta behov av praktisk hjälp. Vi är inte övertygade om att den kraftiga minskningen i Norge och Sverige mellan 1987-88 och 1994-95 av andelen äldre som uppger att de behöver hjälp med att städa och handla mat verkligen innebär att de äldre i motsvarande grad har blivit mer oberoende av hjälp, eller om det snarare är benägenheten att uppge behov av hjälp som har ändrats.

Här ska vi trots dessa reservationer se hur hemhjälpen fördelas bland äldre som uppger att de behöver praktisk hjälp. Vårt dataunderlag är ganska begränsat, fr.a. saknar vi möjlighet att följa den danska utvecklingen över tid. Vi ska dock göra det som är möjligt och se på hemhjälps-täckningen bland de äldre som uppger att de behöver hjälp med *städning* (vilket knappt 60 procent av de äldre 80 år+ uppgav att de behövde hjälp med 1987-88), *matinköp* (vilket 45-50 procent uppgav att de behövde hjälp med) samt *av/påklädning* vilket ca. 5 procent av de hemmaboende äldre behövde hjälp med. De olika grupperna har olika omfattande behov – den lilla grupp äldre som inte klarar att klä av eller på sig själva behöver oftast hjälp med många andra uppgifter, medan de som inte klarar av att handla mat eller städa genomsnittligt sett har betydligt mindre behov av hjälp.¹²

När det gäller de äldre som *behöver hjälp med städning och inköp* påminner mönstret om tidigare jämförelser: den danska utvecklingen över tid kan inte följas, men vid den tidpunkt där vi har någon uppgift (1987-88) låg den danska hemhjälps-täckningen högst, medan Norge och Sverige knappast skilde sig åt när det gäller hur stor del av de äldre som fick hemhjälp (figur 3.9). 1994-95 hade utvecklingen gått olika vägar: hemhjälps-täckningen hade ökat i Norge och minskat i Sverige.¹³

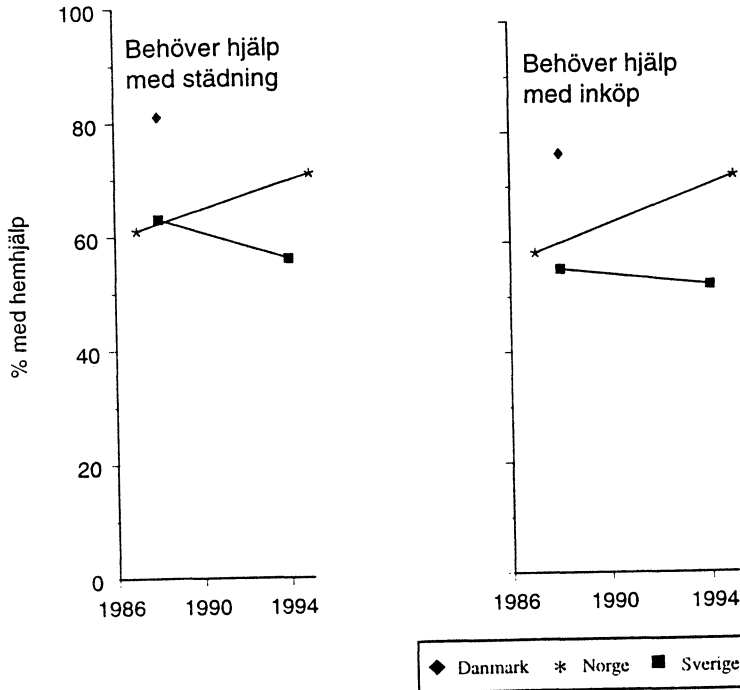
När det gäller de äldre som *behöver hjälp att klä av eller på sig* är grupperna så små att en jämförelse över tid bara är möjlig för Sveriges del, se tabell B.4. Inom denna lilla och mycket skröpliga grupp äldre har hemhjälpsandelen *ökat*. Detta bekräftar bilden av en tilltagande selektivitet inom den svenska hemhjälps-tilldelningen – samtidigt som hemhjälpen har minskat totalt sett och bland äldre med måttligt stora hjälpbehov har hemhjälps-täckningen ökat bland de allra skröpligaste äldre. Men trots den markant ökade hemhjälps-täckningen bland svenska äldre som behöver hjälp att klä av eller på sig var det 1994 relativt sett betydligt fler danska äldre i motsvarande situation som fick hemhjälp.

Med de begränsade uppgifter vi har tillgång till tycks det inte vara några större skillnader i hemhjälps-täckning mellan länderna när det gäller de *ensamboende* äldre som har uttryckt att de behöver huslig eller per-

¹²En analys av det svenska materialet från 1994 visar att de äldre (80 år+) som uppgav att de inte klarar att städa själva behöver hjälp med i genomsnitt 3,4 av de åtta praktiska sysslor de tillfrågas om. De som inte klarar av matinköpen behöver hjälp med i genomsnitt 3,9 sysslor och de äldre som inte klarar av/påklädning behöver hjälp med i genomsnitt 6,4 sysslor. Så gott som alla som behöver hjälp med av- och påklädning behöver också hjälp med husliga uppgifter som städning och matinköp.

¹³Observera att andelen med hemhjälp inte är kopplad till hjälp med just de aktuella uppgifterna, utan anger om de äldre får hemhjälp över huvud taget.

Figur 3.9. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) med olika behov av praktisk hjälp i Danmark, Norge och Sverige 1987-95^a



^aBaserat på tabell B.4.

sonlig hjälp. Däremot har svenska *sammanboende* äldre hemhjälp i lägre utsträckning än danska och även norska äldre (se tabell B.4). I likhet med tidigare uppgifter tyder detta på att den svenska hemhjälpen tydligare än i de övriga länderna riktas till äldre som lever ensamma.

Sammanfattningsvis

Hemhjälpen fördelas i alla tre länderna efter skröplighet och tillgång till annan hjälp inom hushållet – ju större rörelsehinder och hjälpbehov, desto fler har hemhjälp, och vid lika skröplighet är hemhjälpstäckningen högre bland ensamboende än bland sammanboende äldre.

Utvecklingen har gått åt olika håll i de tre länderna. I *Danmark* har hemhjälpstäckningen ökat bland ensamboende äldre oavsett skröplighetsgrad, medan sammanboende äldre har hemhjälp i oförändrad utsträckning 1994 jämfört med 1988. I *Norge* har hemhjälpstäckningen minskat när det gäller hela gruppen hemmaboende äldre men ökat bland skröpligare

och hjälpbehövande äldre. I *Sverige* har hemhjälpstäckningen minskat starkt både inom hela den äldre befolkningen och bland måttligt skröpliga äldre, men ökat bland de allra skröpligaste.

Andelen med hemhjälp är högst i Danmark och lägst i Sverige inom alla grupper av äldre: både i hela den hemmaboende befolkningen och bland äldre med olika grad av rörelsehinder och behov av praktisk hjälp – ensamboende såväl som sammanboende. Särskilt påtagligt är att svenska sammanboende äldre (oavsett skröplighetsgrad) har hemhjälp i betydligt lägre utsträckning än norska och danska äldre.

Den svenska minskade hemhjälpstäckningen - striktare tilldelning eller minskad efterfrågan?

Den svenska hemhjälpen har knappast kunnat minska p.g.a. att svenska äldre har blivit så mycket friskare. Åtminstone har vi kunnat konstatera att hemhjälpminskningen faktiskt har berört även skröpliga och hjälpbehövande äldre – om än inte de allra skröpligaste. Men det är inte säkert att den minskade svenska hemhjälpstäckningen enbart beror på striktare tilldelning av hjälp. Det kan också handla om minskad efterfrågan.

Att det i Sverige har blivit svårare att få hemhjälp är uppenbart. Gränsen för det offentligas omsorgsansvar har snävats in: i allt fler svenska kommuner beviljas inte längre hemhjälp om den hjälpsökande enbart behöver hjälp med husliga uppgifter som städning, inköp eller tvätt. I sådana fall hänvisas den äldre till anhörigas hjälp eller till att köpa tjänster på den privata marknaden (Socialstyrelsen 1994, 1996b, Eliasson Lappalainen & Szebehely 1996). I många svenska kommuner har också de tjänstemän som har i uppgift att pröva hemhjälpansökningar fått direktiv att noggrannare än tidigare undersöka om de gamlas hjälpbehov kan tillgodoses på annat sätt än med hemhjälp. Om det finns en någorlunda frisk person inom hushållet kan detta av kommunens biståndsbedömare tolkas som att kommunen inte har skyldighet att bidra med hjälp – behovet är tillgodosett på annat sätt. Kraven har ökat på de anhörigas insatser, även ganska skröpliga gamla förväntas hjälpa sin äkta hälft – alldeles särskilt om det är mannen som är den hjälpbehövande.

Liknande tendenser finns även i de övriga nordiska länderna, men är mindre långtgående. Speciellt för Sverige tycks vara ökade krav inte bara på att makar ska hjälpa varandra, utan också på att anhöriga utanför den äldres hushåll ska bidra med insatser. Biståndsbedömarna uppmanas i många kommuner att noggrant undersöka om den hjälpsökande kan få hjälp av någon "närstående" – d.v.s. någon person inom eller utom den äldres hushåll – familjemedlem, släkting, vän eller granne (Socialstyrelsen 1994, Szebehely 1997).

Men tecken tyder också på att efterfrågan på hemhjälp har minskat i Sverige. Bl.a. har kraftiga *avgiftshöjningar* genomförts vilket kan innebära att hjälpbehövande gamla avstår från att söka hjälp. Enligt en studie från den svenska socialstyrelsen gäller detta fr.a. ensamstående kvinnor med låga inkomster (Socialstyrelsen 1996b). I t.ex. Stockholms län tredubblades den genomsnittliga hemhjälpavgiften mellan 1989 och 1994. För den som behöver måttligt med hjälp har det i många fall blivit billigare att köpa privat hjälp (Socialstyrelsen 1994). 1994 var den genomsnittliga svenska hemhjälpavgiften 500 kr. per månad (Lindeborg & Lindström 1996). Detta är betydligt mer än i Norge där låginkomsttagare intill de senaste åren har varit avgiftsbefriade, och där fortfarande majoriteten av hemhjälpsmottagarna betalar en låg avgift (avgiftshöjningar genomförs dock även i Norge) (Olsen 1994). Framför allt är det mer än i Danmark där hemhjälpen är avgiftsfri. Det är således möjligt att de kraftiga svenska avgiftshöjningarna har medfört att fler svenska än danska eller norska äldre har avstått från att söka hemhjälp.

Men också hjälpens *inhåll och utförande* kan ha förändrats så att hjälpen kan ha blivit mindre attraktiv för de gamla. En sådan förändring inom åtminstone den svenska hemhjälpen är nedprioriteringen av de husliga sysslorna. T.ex. när kommunen beslutar att hjälp med städning endast ska ges var tredje eller var fjärde vecka, att vårdbiträdena inte får tvätta lakan eller att färdiglagad matlåda ska ersätta hjälp med matlagning. Även arbetsorganisatoriska förändringar kan ha gjort hemhjälpen mindre attraktiv för de äldre. Tidigare hade de flesta hemhjälpsmottagare ett och samma vårdbiträde som kom på bestämda tider, idag är det ofta en grupp vårdbiträden som turas om att ge hjälp och hjälptiden kan variera från dag till annan (Szebehely 1995).

Ur dessa aspekter förändras hemhjälpen på liknande sätt i alla tre nordiska länderna – troligen dock långsammast i Norge (Olsen 1992, Thorsen & Dyb 1994, Boll Hansen & Platz 1995a). Det är möjligt att dessa förändringar har gått längst i Sverige, men det mest specifika för den svenska situationen är troligen snarare *kombinationen* av olika efterfrågedämpande faktorer: avgiftshöjningar som införs samtidigt som hemhjälpen blir mindre attraktiv p.g.a. innehållsliga och organisatoriska förändringar.

HEMHJÄLPSMOTTAGARE

Hittills har vi endast diskuterat *hur många* som får hemhjälp inom olika grupper av äldre. Lika viktigt är att jämföra *hur mycket* hemhjälp de äldre får som över huvud taget får hemhjälp. Detta är dessvärre inte så lätt att studera med hjälp av surveystudierna, och i detta avsnitt kommer vi därför att kombinera olika källor för att försöka ge en bild av

hemhjälpsmottagarna i de olika länderna och bl.a. se hur hjälptiden har förändrats.

Hur mycket hjälp får den som får hemhjälp?

I tabell B.5 redovisas hur många hemhjälpstimmar som tilldelas hemhjälpsmottagarna i de tre länderna. Dessa uppgifter är inte helt jämförbara: i Danmark och Sverige finns uppgifter om hemhjälpstimmar inom den offentliga statistiken. Dessa uppgifter bygger på information från producenthåll, d.v.s. på *kommunernas uppgifter*.¹⁴ I Norge finns inte motsvarande statistik, utan här finns endast uppgifter som baseras på *surveydata*, d.v.s. hemhjälpsmottagarnas egna uppgifter.

Dessa skillnader medför att jämförelsen mellan de tre länderna inte är oproblematiske. Det är inte säkert att den som får hemhjälp är överens med kommunernas ansvariga om hjälpens omfattning, och p.g.a. bortfallet i surveystudierna är det troligt att hjälptid enligt intervjuer med hjälpmottagare visar på lägre uppgifter än den offentliga statistiken. Skillnaderna mellan länderna är dock så stora att några slutsatser ändå är rimliga, även om de faktiska sifferuppgifterna måste ses som ungefärliga.

Den genomsnittliga hjälptiden år 1987 bland norska hemhjälpsmottagare (80 år+) var enligt surveystudierna drygt tre timmar per vecka. 1995 hade hjälptidsgenomsnittet minskat till knappt två timmar per vecka.¹⁵ Danska hemhjälpsmottagare fick i genomsnitt knappt fem timmar hjälp per vecka 1987 jämfört med cirka en halvtimme mindre år 1994. De svenska hemhjälpsmottagarna fick mest hjälp: i genomsnitt sex timmar per vecka 1988 och närmare åtta timmar år 1994 (se tabell B.5). Även med hänsyn taget till att de norska uppgifterna kanske är underskattade är nivåskillnaden mellan den norska och särskilt den svenska hjälptidstilldelningen påfallande stor, och skillnaden ökar eftersom utvecklingen går åt motsatt håll. I dagsläget får danska hemhjälpsmottagare drygt dubbelt så mycket hjälp jämfört med norska, medan det svenska hjälptidsgenomsnittet är tre-fyra gånger högre än det norska. (Jämför kapitel 2,

¹⁴De svenska uppgifterna gäller kommunernas uppskattning av den faktiska *hjelptiden*, d.v.s. den del av hemhjälpens *arbetstid* som går till direkt hjälp hos eller för hjälpmottagarna. Gång- eller restid mellan hjälptagare, arbetsmöten och annat indirekt arbete ingår således inte. Av de danska uppgifterna framgår inte beräkningssätt. Troligen har vissa kommuner redovisat den totala arbetstiden, andra den faktiska hjälptiden.

¹⁵Hjelptiden för norska hemhjälpsmottagare har minskat kontinuerligt under en följd av år: hjälptidsgenomsnittet var 4,1 timmar/vecka år 1983 och 2,6 t/v år 1991 (Lingsom 1997, tabell 5.5).

där ett annat beräkningsunderlag leder till liknande slutsatser).

Även när man ser till hur stor andel av hemhjälpsmottagarna som får hjälp på s.k. obekväma tider tycks svenska hjälpmottagare få mest hjälp: det är vanligare att svenska äldre får hjälp på kvällar/nätter eller helger än att danska äldre får det, men i båda länderna har andelen av hemhjälpsmottagarna som får hjälp på kvällar/nätter och helger ökat (se tabell B.5, här saknar vi uppgifter för Norge).

I alla länderna är det vanligast att de äldre får ganska få hjälptimmar, men det är i Sverige som vi finner den största andelen med många hjälptimmar. Samtidigt är det i Sverige som det är vanligast att få *mycket litet* hjälp: av alla hemhjälpsmottagare är det ca. var tionde person i Danmark och i Norge som får hjälp mindre ofta än en gång per vecka, i Sverige var femte.¹⁶

Hur skröpliga är hemhjälpsmottagarna?

Eftersom andelen hemhjälpsmottagare har ökat i Danmark och minskat i Sverige kan man anta att tröskeln för att bli hjälpmottagare är högst i Sverige och lägst i Danmark. Det innebär att vi har anledning att förvänta oss att över tid har svenska och eventuellt också norska hemhjälpsmottagare blivit äldre och skröpligare, medan sammansättningen av den danska hjälptagargruppen troligen inte har förändrats på samma sätt. Eftersom hemhjälpen är mest spridd i Danmark och minst spridd i Sverige har vi också anledning att förvänta oss att de svenska hjälptagarna är de skröpligaste medan de danska är minst skröpliga.

En sådan jämförelse finns redovisad i tabell B.6.¹⁷ Det visar sig att ovanstående antaganden stämmer ganska väl. I både Norge och Sverige har andelen mycket gamla bland hemhjälpsmottagarna ökat mellan 1987-88 och 1994-95, liksom andelen ensamboende; som en följd av den ökade selektiviteten i hemhjälpstäckningen har hemhjälpsmottagarna blivit äldre och i ökad utsträckning ensamboende. I Danmark däremot, där hemhjälpen inte har ransonerats på samma sätt, är andelen mycket gamla och

¹⁶Uppgifter för Danmark beräknat från Boll Hansen & Platz 1995a s. 180; för Norge från Lingsom 1991 s. 66; för Sverige egen beräkning från Ädel-ULF. Alla tre uppgifterna baseras på surveystudier, de danska uppgifterna gäller 1994, de norska 1987 och de svenska 1994.

¹⁷För att möjliggöra jämförelser mellan alla tre länderna redovisas i tabellen uppgifter för både 75 år+ och 80 år+. Där vi kan bedöma (Danmark 1988 och Sverige 1988/89 och 1994) är det påtagligt små skillnader mellan de båda åldersgrupperna av hemhjälpsmottagare. Detta beror sannolikt på att de få äldre som har hemhjälp i åldersgruppen 80 år och yngre är lika hjälpbehövande som äldre hemhjälpsmottagare.

ensamboende oförändrad över tid. De svenska hemhjäpmsmottagarna är äldst och bor i högst utsträckning ensamma.

För att kunna analysera om hemhjäpmsmottagarna har blivit skröpligare under den aktuella perioden måste vi ta hänsyn till de förändringar som har skett i hela befolkningsgruppen (d.v.s. de uppgifter om rörelseförmåga och hjälpbehov som redovisas i figur 3.1 och 3.2 samt i tabell B.1). De äldre har ju allmänt sett enligt intervjustudierna blivit rörligare och uppger i minskad utsträckning att de behöver praktisk hjälp. I tabell B.6 redovisas därför dels andelen bland hemhjäpmsmottagarna som har ett visst rörelsehinder eller hjälpbehov, dels motsvarande uppgifter för hela den äldre befolkningen. På detta sätt kan vi se på hur mycket hemhjäpmsmottagarna skiljer sig från hela den hemmaboende befolkningen när det gäller rörelsehinder och hjälpbehov.

Skillnaden mellan hemhjäpmsmottagarna och hela befolkningen är störst i Sverige; de svenska hemhjäpmsmottagarna är relativt sett skröpligast jämfört med befolkningen i det egna landet. De är också skröpligare än norska och danska hemhjäpmsmottagare. För Sveriges del har skillnaderna ökat genomgående, vilket innebär att jämfört med den äldre befolkningen har hemhjäpmsmottagarna blivit allt skröpligare. Hemhjäpmsminskningen har som vi tidigare kunnat visa inte berört alla äldre på samma sätt, de mycket skröpliga är i högre utsträckning än de mindre skröpliga kvar i systemet.

Över tid har även de norska hemhjäpmsmottagarna blivit skröpligare jämfört med den norska hemmaboende befolkningen. D.v.s. även den något minskade hemhjäpmsstäckningen i Norge tycks ha blivit mer inriktad på de mest hjälpbehövande, vilket kan tolkas som att den i stort sett lika stora gruppen norska hemhjäpmsmottagare idag består av delvis andra och mer hjälpbehövande individer. Det är därför anmärkningsvärt att trots att hjälpmottagarna således har blivit skröpligare har den genomsnittliga hjälptiden minskat påtagligt!

Danska hemhjäpmsmottagares rörelseförmåga och hjälpbehov har inte förändrats i relation till hela den danska hemmaboende äldre befolkningen. D.v.s. den danska utökade hemhjälpen tycks fånga upp ungefär samma grupper som tidigare, utbyggnaden har inneburit att både fler mycket hjälpbehövande och fler mindre hjälpbehövande har fått plats inom hemhjäpmsystemet. Eftersom relativt sett betydligt fler danska äldre får del av hemhjälpen är det inte förvånande att danska hemhjäpmsmottagarna är mindre hjälpbehövande jämfört med de svenska.

En skillnad mellan länderna är att det är minst vanligt att norska hemhjäpmsmottagare har mycket stora hjälpbehov: endast 4 procent av de norska hjälptagarna har så stora hjälpbehov att de behöver hjälp med att få på eller av sig kläderna, jämfört med 13 procent i Danmark och 16

procent i Sverige. Eftersom det inte finns någon motsvarande stor skillnad mellan länderna när det gäller detta hjälpbehov i hela befolkningen, är några olika tolkningar tänkbara. Norska äldre med så omfattande hjälpbehov kanske bor på institution och/eller tillsammans med sina barn i högre utsträckning (den norska institutionstäckningen är högre än den danska och den svenska, och fler norska äldre bor med sina barn – och vårdas kanske av dem). Vad vi inte vet av dessa uppgifter är om fler norska äldre bor med sina barn eller på institution för att hemhjälpen är otillräcklig för deras behov, eller om det finns färre mycket skröpliga hemhjälpsmottagare i Norge för att institutionsvård eller samboende över generationsgränserna bättre svarar mot de äldres behov. Vi vet inte heller vad dessa olika lösningar innebär för de anhörigas del – en fråga som vi återkommer till något senare i detta kapitel.

Efter att på detta sätt fokuserat på skillnader mellan ländernas hemhjälpsmottagare är det viktigt att påpeka att likheterna trots allt överväger. Jämfört med den hemmaboende äldre befolkningen i allmänhet är hemhjälpsmottagarna i alla tre länderna betydligt mer rörelsehindrade och hjälpbehövande, de är äldre och i högre utsträckning ensamboende. Detta är en logisk konsekvens av att hemhjälpen i alla tre länderna i första hand riktas till just dessa grupper: till gamla, ensamboende, skröpliga personer som behöver hjälp i vardagen.

Med vilka uppgifter får man hemhjälp?

För Danmarks och Sveriges del är det möjligt att jämföra vilka uppgifter som hemhjälpsmottagarna får hemhjälp med (se tabell B.7). Svenska och danska hemhjälpsmottagare får hjälp med i stort sett samma saker: städning är den i särklass vanligaste hjälpuppgiften (90-95 procent av hemhjälpsmottagarna får hemhjälp med att hålla hemmet rent). Hälften av de svenska och ca. 40 procent av de danska hemhjälpsmottagarna får hemhjälp med matinköp och tvätt av kläder. Även hjälp med bad är vanligt – drygt 40 procent av de svenska och drygt 30 procent av de danska hemhjälpsmottagarna får hjälp från hemtjänsten att bada eller duscha. Färre (knappt 15 procent) av hemhjälpsmottagarna i båda länderna får hemhjälp med personlig vård, t.ex. av/påklädning eller hjälp till toaletten.

Den största skillnaden mellan danska och svenska hemhjälpsmottagare tycks vara andelen som får hjälp med matlagning. Nästan var tredje svensk men bara ett par procent av de danska hemhjälpsmottagarna uppger att de får hjälp från hemtjänsten med att laga mat.

Det är dock troligt att skillnaden mellan länderna inte är så stor som det kan tyckas. En stor del av skillnaden beror antagligen på skillnader i frågeformulering. De danska äldre tillfrågas om de får hjälp att *laga mid-*

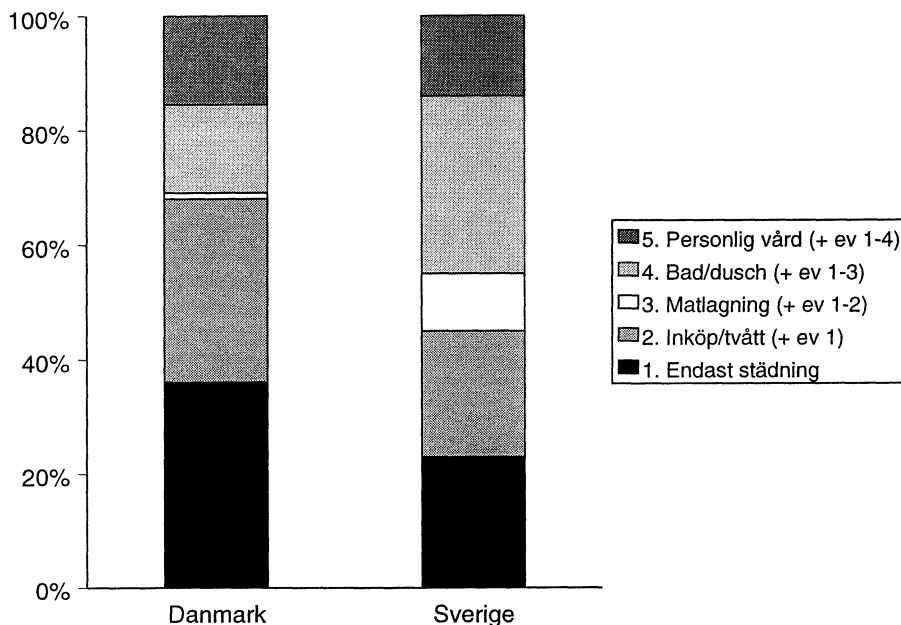
dagsmat, i den svenska studien frågas om hjälp med *matlagning* ospecificerat. I båda länderna har någon form av utbärning av färdiglagad mat ("meals on wheels") i ökad utsträckning ersatt matlagning i hemmet, även om det i båda länderna fortfarande förekommer att hemhjälparen lagar mat (Gough 1990, Socialstyrelsen 1994, Boll Hansen & Platz 1995a). Det är möjligt att en hel del av de äldre som i den svenska studien svarar att de får hjälp med matlagning får sitt huvudmål i form av färdiglagad mat, medan morgonmål eller kvällsmat lagas av hemhjälparen i hemmet.

Utvecklingen över tid är endast möjlig att belysa i de danska intervju-studierna, och här framgår att andelen som får hjälp med matlagning har minskat. Det samma gäller andelen som får hjälp med matinköp (tabell B.7). Äldre som behöver hjälp med dessa sysslor hänvisas oftare till meals on wheels resp. till att beställa hem varor från affären. Andelen som får hjälp med bad och personlig vård har ökat. Även om denna utveckling inte kan belysas genom de svenska och norska surveystudierna har hemhjälpens troligen utvecklats på liknande sätt i alla tre länderna: hemhjälpens har förskjutits från en tyngdpunkt på huslig hjälp till en ökad betoning på hjälp av personlig och omvårdande karaktär (Alm Andreassen & Jagmann 1992, Wærness 1995, Boll Hansen & Platz 1995a, Socialstyrelsen 1994, 1996b, Szebehely 1996).

Även om svenska och danska äldre får hemhjälp med liknande sysslor finns det skillnader när det gäller hur stor del av hemhjälpsmottagarna som får olika slags hjälp, se figur 3.10.

Det är vanligare att danska äldre får hjälp med *enbart städning* – det gäller 36 procent av de danska jämfört med 23 procent av de svenska hemhjälpsmottagarna. Det är även vanligare att danska hemhjälpsmottagare får hjälp med enbart sådana husliga sysslor som inköp eller klädtvätt (oftast i kombination med städning). Sammantaget 67 procent av de danska och 44 procent av de svenska hjälptagarna får hjälp med enbart någon eller alla av dessa sysslor. Det innebär att de får hemhjälp högst ett par gånger i veckan. Resten – en tredjedel av de danska och mer än hälften av de svenska hemhjälpsmottagarna – får mer omfattande hjälp. En mindre del (10 procent av de svenska men bara en procent av de danska hemhjälpsmottagarna) får omfattande huslig hjälp utan att också få hjälp av omvårdande slag – de får hjälp också med matlagning. Resten – en tredjedel av de danska och 45 procent av de svenska hemhjälpsmottagarna får hjälp också med bad/dusch – en del även med annan personlig vård. De allra flesta som får hjälp av omvårdande slag får också hjälp med hemmets skötsel, även om det förekommer att de äldre klarar de husliga uppgifterna själva eller med anhörigas hjälp men får hjälp från hemtjänsten t.ex. med att bada.

Figur 3.10. Hemhjälpsmottagare 80 år+ efter hjälpuppgifter i Danmark och Sverige 1994^a



^aBaserat på tabell B.8.

Utvecklingen över tid är bara möjlig att följa för Danmarks del: andelen av hemhjälpsmottagarna som får enbart huslig hjälp (d.v.s. de som får hjälp med någon eller flera av följande uppgifter: städning, matinköp, tvätt, matlagning) har minskat från 82 procent till 68 procent. Bland de danska hemhjälpsmottagarna har det skett en polarisering: mellangruppen som får relativt omfattande huslig hjälp har minskat medan både gruppen som får hjälp med enbart städning och gruppen som får bad/dusch eller personlig hjälp har ökat (se tabell B.8).

Vid lika skröplighet – finns det skillnader i hjälptid?

I alla tre länderna finns en ambition att hemhjälpens ska anpassas efter individuella behov, men samtidigt finns det också kommunala normer och riktlinjer som mer eller mindre förhandlingsbart fastslår en standard – en hjälpsats som i normalfallet ska ges vid ett visst hjälpbehov. Sådana

normtider är särskilt vanliga när det gäller husliga sysslor som städning och matinköp (se t.ex. Irminger 1992 s. 15-16). Här är utvecklingen likartad i alla tre länderna – hjälpen har glesats ut för den som får hjälp med husliga sysslor:

I Danmark har kommunerna på många håll infört striktare riktlinjer. Medan det tidigare var vanligt att äldre som behövde hjälp med sådana husliga sysslor som städning, inköp och tvätt fick hjälp två gånger per vecka (oftast två timmar per tillfälle) får den kategorin idag oftast hjälp en gång per vecka (Boll Hansen & Platz 1995a s. 181 samt tabell B.5). Även i Norge har hjälptidsnormerna blivit knappare och som nämnts tidigare har den genomsnittliga hjälptiden minskat trots att hjälpmottagarna har blivit skröpligare.

I Sverige har de som enbart behöver hjälp med städning, inköp eller tvätt i ökad utsträckning hamnat utanför hemhjälpssystemet, men de som fortfarande får hjälp med dessa sysslor får allt glesare hjälp. Den som beviljades hemhjälp med städning i Sverige på 1970-talet fick oftast hjälp en gång per vecka, ofta två timmar per tillfälle. Under 1980-talet var motsvarande "städnorm" hjälp en gång var fjortonde dag och på 1990-talet har städhjälp på många håll, särskilt i storstäderna, utglesats till hjälp var tredje eller fjärde vecka. Även hjälp med matinköp har glesats ut från hjälp två gånger till en gång per vecka, i den mån hjälpen inte har ersatts av varuhemsändning utan hemtjänstens medverkan (Socialstyrelsen 1994, 1996b, Szebehely 1996).

De hemhjälpsmottagare som får hjälp med husliga sysslor får mindre hjälp i dag än för några år sedan i alla tre länderna, men hjälptidsnormerna tycks vara lägst i Sverige. Detta kan tyckas paradoxalt, eftersom Sverige har den högsta genomsnittliga hjälptiden, men förklaringen är troligen att den svenska hemhjälpens både kan vara den mest utglesade och den mest omfattande. För att närmare belysa detta måste vi dock lämna de rikstäckande uppgifterna.

I det *nordiska modellkommunprojektet* jämförs äldreomsorgen i fem nordiska kommuner, en kommun från varje nordiskt land (se Jakobsson & Rosengren 1994). Projektet är en utvecklingsstudie och de fem kommunerna är inte valda för att vara representativa för sina respektive länder, bl.a. skiljer de sig avsevärt i urbaniseringsgrad.

I alla de nordiska länderna finns stora kommunala och regionala skillnader när det gäller äldreomsorgens omfattning och inriktning. Även om det finns lagtexter och policyskrivningar på nationell nivå är det de olika kommunerna – och ytterst de enskilda tjänstemännen – som fattar besluten i varje konkret fall. Härvidlag finns i alla de nordiska länderna en tradition av stor kommunal självständighet, vilket innebär att äldreomsorgens regelverk tolkas olika i olika kommuner men också olika

av olika tjänstemän i samma kommun. Studier i alla tre länderna visar på stora kommunala variationer i hemhjälpstäckning och hjälpintensitet som inte kan förklaras av skillnader i behov (se t.ex. Jansson m.fl. 1987, Berg & Sundström 1989, Lingsom 1991, Daatland 1994, Boll Hansen & Platz 1995b, Socialstyrelsen 1996b).

Eftersom det finns så stora skillnader mellan olika kommuner inom samma land kan man knappast dra slutsatser om nationella skillnader utifrån enskilda kommuner. Det är inte heller det nordiska modellkommunprojektets syfte, men eftersom studien innehåller många intressanta uppgifter om hemhjälpsmottagarna i de aktuella kommunerna vill vi ändå i detta sammanhang använda kommunjämförelsen som en illustration till den nationella jämförelsen som i övrigt utgör basen för denna rapport. De tre orter som då kan jämföras är Katarina-Sofia socialdistrikt i centrala Stockholm, Sandefjord i Norge och Herlev, en förort till Köpenhamn. Samtliga uppgifter gäller verksamheten under 1993.

Enligt modellkommunprojektet fick den genomsnittliga hemhjälpsmottagaren mest hjälp i den svenska kommundelen och minst i norska Sandefjord. Skillnaderna var mycket stora: hemhjälpsmottagarna i Stockholmsdistriktet fick ca. 10 timmar hjälp per vecka, medan de i danska Herlev fick 5,5 timmar och i Sandefjord ca. 2,5 timmar (Jakobsson & Rosengren 1994, s. 77). Hemsjukvården kompenserade till en liten del dessa skillnader; den genomsnittliga hjälptiden från hemsjukvården var i Sandefjord drygt 2 timmar per vecka mot ca. 1 timme i Herlev och Katarina-Sofia (a.a. s. 82).

Följdriktigt var det vanligast att hemhjälpsmottagarna i det svenska Stockholmsdistriktet fick mycket hjälp: i norska Sandefjord fanns det ingen hemhjälpsmottagare som fick daglig hemhjälp medan 40 procent av hemhjälpsmottagarna i Katarina-Sofia och 27 procent i Herlev fick daglig hjälp. De som fick daglig hjälp i Sandefjord fick den hjälpen av hemsjukvården, och även om uppgifterna inte är riktigt jämförbara är det uppenbart att färre fick daglig hjälp i Sandefjord än i de båda övriga orterna. Även hjälp på kvällstid och på helger var vanligast i Katarina-Sofia och minst vanlig i Sandefjord (a.a. s. 38-45).

Samtidigt var det i Katarina-Sofia som det var vanligast att hjälp-mottagarna fick mycket litet hjälp: 11 procent av hemhjälpsmottagarna där fick hjälp högst en gång per månad. Ingen av hemhjälpsmottagarna i Herlev eller Sandefjord fick hjälp så sällan (a.a. s. 38).

Dessa uppgifter om hjälptidsfördelningen bland hemhjälpsmottagarna är samstämmiga med de rikstäckande uppgifter som har redovisats tidigare i kapitlet men ger en mer detaljerad bild. Den svenska hemhjälp som den kommer till uttryck i Katarina-Sofia socialdistrikt framstår som den mest varierade: både generösast och knappast.

Men modellkommunprojektet innehåller också uppgifter om hemjälpsmottagarnas skröplighet och ger möjlighet att ställa funktionsförmåga i relation till hjälptidstilldelning. Här har man använt sig av Katz ADL-index och bedömt de äldres behov av hjälp med husliga sysslor och personlig omvårdnad. Indexet består av följande uppgifter: tre husliga uppgifter (städa, göra matinköp, laga mat), fem personligt omvårdande uppgifter (bada, klä av/på sig, gå på toaletten, förflytta sig från säng, äta) samt förmågan att förflytta sig utomhus och att hålla urin.

Katz index antas fungera som en trappa med trappsteg från 0 till 10, där den som hamnar på steg 0 klarar samtliga 10 aktiviteter som ingår i indexet (men personen kan naturligtvis behöva hjälp med andra sysslor än de som ingår i indexet, som t.ex. att tvätta kläder). Den som hamnar på skalsteg 10 klarar ingen av uppgifterna (se a.a. s. 51).

Mätt med detta mått framstår hemhjälpsmottagarna i Katarina-Sofia som mycket mer skröpliga än hjälpmottagarna i Herlev och Sandefjord. 59 procent i Herlev och 60 procent i Sandefjord hamnar på de tre första stegen (d.v.s. de behöver hjälp med som mest städning och ytterligare en aktivitet). Motsvarande andel i Katarina-Sofia är 35 procent. Andelen hemhjälpsmottagare som behöver hjälp med minst en personligt omvårdande uppgift (steg 5 eller högre) är minst i Sandefjord (8 procent av hjälptagarna) medan Herlev och Katarina-Sofia inte skiljer sig nämnvärt (15 resp. 17 procent).¹⁸

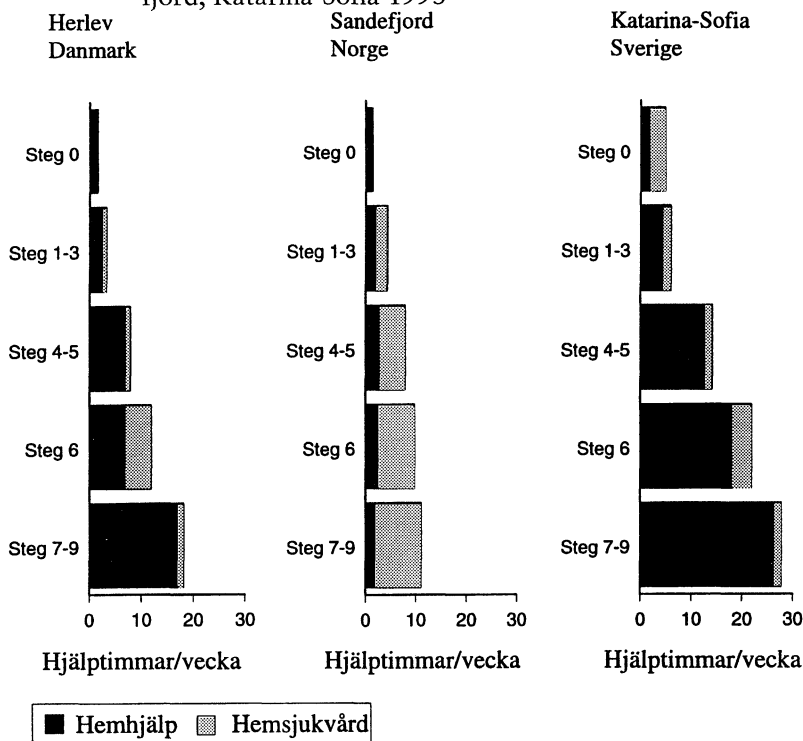
I figur 3.11 redovisas hur den sammanlagda genomsnittliga hjälptiden från hemhjälp och hemsjukvård fördelas i relation till de olika funktionsnivåerna mätt enligt Katz ADL-index.

Vid analysen av figur 3.11 är det viktigt att hålla i minnet att de olika skalstegen omfattar mycket olika stora grupper av äldre. De flesta (mellan 55 och 71 procent av dem som får hjälp i hemmet) befinner sig på skalsteg 1-3, medan endast 8-13 procent har hjälpbehov motsvarande nivå 6 eller högre. (Eftersom så få äldre med hemhjälp/hemsjukvård befinner sig på skalsteg 10 har detta steg uteslutits ur figuren.) Det är således i alla länderna små grupper som har mycket omfattande behov, medan majoriteten av hjälptagarna behöver hjälp med ganska få uppgifter.

Av figur 3.11 framgår att på alla tre orterna bildar hjälptidstilldelningen en trappa som följer ADL-trappan.¹⁹ Det finns således ett tydligt samband mellan funktionsförmåga och hjälptidstilldelning i alla tre kommunerna, d.v.s. hemhjälpsmottagarna får fler hjälptimmar ju sämre funktionsförmåga de har (detta samband är mycket mindre tydligt för den isländska

¹⁸Uppgifter genom personlig kommunikation den 5/11 1996 med Åsa Rosengren, Svenska Social- och kommunalhögskolan i Helsingfors, projektsekreterare i modellkommunprojektet.

Figur 3.11. Hemhjälp och hemsjukvård, genomsnittligt antal timmar hjälp per vecka, fördelning efter funktionsförmåga. Herlev, Sandefjord, Katarina-Sofia 1993^a



^aBaserat på Jakobsson & Rosengren 1994, tabell 8:11 och 8:13.

och den finska ort som också ingår i studien). "Hjälptidstrappan" är mest tydlig i Katarina-Sofia och minst tydlig i Sandefjord, eller annorlunda uttryckt: sambandet mellan hjälptidstilldelning och hjälpbehov tycks vara starkast i den svenska kommundelen och svagast i den norska. Den hembaserade omsorgen i Sandefjord tycks vara mer standardiserad och i mindre utsträckning anpassad efter stora hjälpbehov – ett förhållande som är i överensstämmelse med den norska hemhjälps relativt jämna spridning enligt de nationella uppgifter som redovisats i tabell B.5 – något som reser frågan om den norska hembaserade omsorgen har möjlighet att möta mycket omsorgskrävande äldres hjälpbehov.

¹⁹Jämför Sundström 1994 s. 36 som, baserat på den svenska Ädel-ULF-studien, visar ett liknande mönster för de svenska hemhjälpsinsatserna i förhållande till hjälpbehov.

Vid alla skröplighetsnivåer får hemhjälpsmottagarna i Katarina-Sofia nästan dubbelt så mycket hjälp jämfört med hjälpmottagarna i Herlev och Sandefjord. De sistnämnda skiljer sig inte nämnvärt sinsemellan när det gäller sammanlagd hjälptid vid mindre omfattande funktionsnedsättningar, medan de danska hjälpmottagarna får mer hjälp än de norska vid stora hjälpbehov. Det är också viktigt att notera att vid stora hjälpbehov är det hemsjukvården och inte hemhjälp som står för merparten av hjälptiden i Sandefjord.

Sammanfattningsvis

Hemhjälpsmottagarna i alla tre länderna är skröpligare än den äldre befolkningen i allmänhet, d.v.s. hemhjälp riktas i alla tre länderna till de hjälpbehövande äldre. I alla tre länderna kan de äldre få hjälp i hemmet med både husliga och personligt omvårdande sysslor, men i Norge är det hemsjukvården som står för det mesta av den personliga omvårdnaden, medan dessa sysslor i större utsträckning vilar på hemtjänsten i Sverige och Danmark.

Majoriteten av hemhjälpsmottagarna får endast hjälp med husliga sysslor som städning, matinköp och tvätt. Där vi kan bedöma får dock en stor minoritet (en tredjedel i Danmark och 45 procent i Sverige) även hjälp med bad och andra personligt omvårdande uppgifter. Utvecklingen går mot att allt fler hemhjälpsmottagare får hjälp med sådana personliga uppgifter.

Den norska och fr.a. den svenska hemhjälp tycks fördelas allt mer selektivt och hemhjälpsmottagarna i dessa länder har blivit allt skröpligare. Den danska hemhjälps täckningsgrad har fortsatt att öka, och de danska hemhjälpsmottagarna tycks inte ha blivit mer hjälpbehövande över tid.

Den genomsnittliga hjälptiden har ökat i Sverige och minskat i Norge och Danmark. I förhållande till hjälpbehov finns det tecken på att hjälptiden har minskat i alla länderna – åtminstone när det gäller äldre med mindre omfattande hjälpbehov.

Svenska hemhjälpsmottagare får betydligt fler hjälptimmar än danska och fr.a. fler än norska hemhjälpsmottagare, som ofta får lite hjälp även vid omfattande hjälpbehov. Det högre hjälptidsgenomsnittet i Sverige kan bero på dels att de relativt sett färre svenska äldre som får hemhjälp är mer hjälpbehövande än de övriga ländernas hjälpmottagare, dels (om de tre studerade kommunerna ur denna aspekt är representativa för de olika länderna) att den svenska hemhjälpstilldelningen vid lika funktionsförmåga är generösare.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION OM HEMHJÄLPENS UTVECKLING

Jämförelsen av hemhjälpstäckningen mellan 1987-88 och 1994-95 visar att det är vanligast att danska äldre har hemhjälp, medan hemhjälpstäckningen är lägst i Sverige. Under perioden har skillnaden mellan länderna ökat; hemhjälpandelen var lägst i Sverige redan 1988, och har minskat kraftigt ytterligare därefter. Skillnaderna mellan länderna är i dagsläget mycket stora: enligt de intervjustudier som här analyseras hade 23 procent av hemmaboende äldre (80 år+) hemhjälp i Sverige, jämfört med 41 procent i Norge och 58 procent i Danmark (1994-95).

I alla länderna är det vanligare att äldre som bor ensamma har hemhjälp jämfört med gifta och andra sammanboende äldre. Skillnaden är dock särskilt påtaglig i Sverige. Ett annat mönster är att äldre med stora rörelsehinder har hemhjälp i större utsträckning än äldre med mindre omfattande rörelsehinder. Även bland rörelsehindrade och hjälpbehövande äldre är hemhjälpstäckningen lägst i Sverige (särskilt bland sammanboende äldre), och det är bara i Sverige som hemhjälpstäckningen har minskat även inom dessa grupper – med undantag för de allra skröpligaste.

Vi ställde inledningsvis frågan om den skilda utvecklingen av hemhjälpstäckningen i de tre länderna skulle kunna förklaras av skillnader i de äldres funktionsförmåga och hjälpbehov. Även om uppgifterna om rörlighet och hjälpbehov är svårtolkade måste vi konstatera att detta inte kan vara fallet – äldreomsorgens skilda utveckling i de tre länderna beror knappast på att de äldres behov skulle ha utvecklats på skilda sätt.

Under perioden har äldreomsorgspolicyn utvecklats åt olika håll i de tre länderna. Gemensamt är att stort politiskt intresse har ägnats frågan om hur gamla människors omsorgsbehov ska kunna mötas nu och i framtiden. Den gemensamma bakgrunden är den kraftiga ökningen av antalet mycket gamla i befolkningen. Gemensamt är också att institutionsvård har ansetts som ett mindre önskvärt alternativ – ur såväl ekonomisk som humanitär synpunkt. I alla tre länderna har stödet till hemmaboende äldre prioriterats i policydokument och politisk debatt. Men när det gäller hur resurserna ska fördelas bland hemmaboende äldre är strategierna olika.

Den huvudsakliga skillnaden mellan länderna gäller i vad mån man har valt att möta de ökade behoven genom att *begränsa antalet personer som får hjälp* eller genom att *minska den mängd hjälp som varje hjälpt person får*.

Förändringarna i *Sverige* är särskilt påtagliga. Dagens svenska äldreomsorgspolicy innebär att det har blivit allt högre trösklar in i hjälpsystemet – det har blivit allt svårare att få hemhjälp. De som endast behöver huslig hjälp är på väg ut ur hemhjälpssystemet, medan de äldre som finns kvar blir allt skröpligare och får allt mer hjälp – den

genomsnittliga hjälptiden har ökat. Hjälpidsökningen beror dock inte på generösare tilldelning vid lika behov. De äldre som endast behöver hjälp med husliga sysslor har – i den mån de fortfarande får hemhjälp – fått sin hjälp utglesad. Det finns också tecken på att hjälptiden i förhållande till skröplighetsgrad minskar för alla oavsett behov – åtminstone för nytillkomna hemhjälpsmottagare. En studie från Jönköping visar att nya hemhjälpsmottagare bedöms striktare – “nya ärenden” tilldelades färre hjälptimmar i förhållande till sin funktionsförmåga 1993 jämfört med “nya ärenden” 1987, medan de gamla hemhjälpsmottagarna inte hade fått minskad hjälp (Sundström & Malmberg 1996).

Danmark har valt att fortsätta att se hemhjälpen som en del av den generella välfärden – en kostnadsfri service som är tillgänglig för alla som har större eller mindre behov av praktisk hjälp i hemmet. Hemhjälpstäckningen är relativt hög och fortfarande ökande, tröskeln att komma in i hemhjälpssystemet har inte höjts. Åtstramningen gäller hjälpids-tilldelningen snarare än beviljandet av hjälpen, och påverkar framför allt de äldre som inte har så stora omsorgsbehov. När det gäller äldre som enbart behöver huslig hjälp får både de som redan är inne i systemet och nytillkommande hemhjälpsmottagare mindre hjälp i förhållande till behov (Boll Hansen & Platz 1995a). Samtidigt har gruppen som får mycket hjälp ökat. Detta ska dock – i likhet med den svenska situationen – knappast tolkas som att hjälpidstilldelningen har blivit generösare i förhållande till hjälpbehov, utan är snarare en konsekvens av att fler äldre som tidigare vårdades på institution nu bor hemma.

I *Norge* får en något minskad andel av de äldre hemhjälp, men trots att hemhjälpsmottagarna har blivit skröpligare har den tilldelade hjälptiden minskat kraftigt under en följd av år. Hjälpidstilldelningen är betydligt knappare än i Sverige och Danmark. Hemhjälpen tycks fördelas både jämnare och tunnare än i de andra länderna – de som får hjälp får mindre hjälp totalt sett och också mindre på “udda” tider. Betydligt färre norska äldre får mycket omfattande hjälp, och det är relativt sett färre norska hemhjälpsmottagare som har mycket stora omsorgsbehov. Som tidigare har diskuterats kan detta vara ett uttryck för att den norska hemhjälpen/hemsjukvården i mindre utsträckning än i de båda andra länderna är tillräcklig för de mycket hjälpbehövande äldres omsorgsbehov. Dessa grupper finns kanske i större utsträckning än i Sverige och Danmark kvar inom den institutionella vården, eller bor tillsammans med sina barn och får sin omsorg huvudsakligen från anhöriga.

I alla tre länderna tycks hjälpidstilldelningen ha minskat i relation till skröplighet och hjälpbehov (i Danmark och Sverige troligen främst när det gäller de äldre med mindre omfattande behov av hjälp). I alla länderna finns det liknande tendenser att hålla nere omsorgens kostnader genom

att rationalisera hjälpen (t.ex. matutbärning, varuhemsändning, utglesad städning) och genom att tilldela kortare hjälptid vid en given skröplighetsgrad. *Åtstramning genom hjälptidsminskning* kännetecknar således utvecklingen i alla tre länderna – men troligen allra mest i Norge. Däremot är det främst i Sverige som man kan märka en *åtstramning genom minskad hemhjälpstäckning*, även om andelen äldre som får hemhjälp har minskat något också i Norge, och även om det finns tecken på en begynnande åtstramning genom minskad hemhjälpstäckning också i Danmark.²⁰

Dessa olika strategier för att möta växande behov med knappare resurser har säkert olika konsekvenser för hjälpbehövande gamla och deras anhöriga. Mycket litet är dock känt om dessa konsekvenser.

Samspelet formell och informell omsorg

Hur och om den offentliga omsorgens tillväxt eller tillbakagång påverkar den informella omsorgens omfattning är en fråga som har diskuterats livligt i den internationella omsorgslitteraturen under senare år (för en översikt se Lingsom 1997). Frågan är dock så stor och mångfacetterad att vi i detta sammanhang endast kan beröra den helt ytligt. Det vi här ska se lite närmare på är om det finns några tecken på om anhörighjälpens omfattning skulle ha förändrats under senare år.

Enligt en tidigare svensk studie fanns det ett (åtminstone tidsmässigt) samband under 1980-talet mellan ökad anhörighjälp och minskad hemhjälp: med reservation för de stora svårigheterna att i surveystudier mäta informell omsorg visar den studien att *anhörighjälpen ökade* bland äldre som hade nedsatt rörlighet och som behövde praktisk hjälp, samtidigt som *hemhjälpstäckningen minskade* inom samma grupp (Szebehely 1993).²¹

Även enligt en norsk studie ökade de informella hjälpinsatserna under 1980-talet. I den studien hade personer i alla åldrar tillfrågats om de gav omsorg till någon person utanför det egna hushållet – omsorgsinsatserna gällde således inte enbart äldre personer. Det visar sig att i alla åldersgrupper ökade andelen som svarade att de gav omsorg, men ökningen

²⁰Den danska Ældre Sagen som bevakar gamla människors intressen, anmärker i en skrivelse (3/2 1997) till socialministern att det förekommer att danska kommuner drar ner på sina kostnader för hemhjälp genom att t.ex. neka hjälp med städning till de äldre som inte också får omvårdande hjälp. Enligt skrivelsen står detta förfarande i strid med den danska lagen som, i likhet med exempelvis den svenska socialtjänstlagen, stadgar att medborgarna har rätt till *individuell* bedömning av sitt omsorgsbehov.

var störst i den åldersgrupp som är mest aktuell när det gäller hjälp till gamla föräldrar (50-59 år) (Lingsom 1993, 1997).

När det gäller perioden efter 1980-talets slut har vi ganska begränsade möjligheter att analysera anhörighjälpens utveckling. I de intervjustudier som har behandlats i detta kapitel finns vissa uppgifter, men eftersom frågorna är ställda på ganska olika sätt är jämförbarheten begränsad. Med tillgängliga uppgifter är det dessutom endast en begränsad del av den totala informella omsorgen som kan jämföras. För det första finns det bara någorlunda jämförbara uppgifter om den del av anhörighjälp som ges av personer utanför den gamles eget hushåll. Men även bortsett från detta faktum är det troligt att stora delar av de anhörigas omsorgsinsatser inte blir medräknade. Detta dels p.g.a. generella svårigheter att genom intervjuer med hjälpmottagare fånga upp anhörighjälp – den informella omsorgen har en tendens att vara osynlig för den som får del av hjälpen. Dels specifikt genom frågornas konstruktion där sådana insatser som t.ex. hjälp att sköta ekonomin eller bostadens underhåll inte blir medräknade, ännu mindre sådant omsorgsarbete som tillsyn eller emotionellt stöd. Anhörigas omsorgsinsatser gäller ofta andra områden än de som utgör basen i hemhjälpen insatser (Boll Hansen & Platz 1995a, Lingsom 1997).

Med dessa reservationer kan vi konstatera att det ser ut som att andelen äldre som får hjälp av anhöriga som de inte bor tillsammans med är ungefär lika stor i alla tre länderna, och i alla tre länderna tycks anhörighjälp ha *minskat* under senare år.

I den mån uppgifterna är jämförbara över tid och mellan länder tycks inte anhörighjälp stå i ett enkelt kompensatoriskt förhållande till hemhjälpen – anhörighjälp ser inte ut att vara mer omfattande i Sverige än i Danmark, och anhörighjälp tycks ha minskat både i de länder där hemhjälpen har minskat (Norge och särskilt Sverige) och där hemhjälpstäckningen har ökat (Danmark), se tabell B.9. Hur kan då detta tolkas?

En närmare titt på tabellen ger några ledtrådar. I Norge och Sverige är andelen som får *enbart anhörighjälp* oförändrad, medan denna form av hjälp har minskat i Danmark. Andelen som får *både anhörighjälp och hemhjälp* har minskat i alla tre länderna, men minst så i Danmark. Av de tre länderna är det vanligast att få enbart anhörighjälp i Sverige, medan det är vanligast i Danmark att få anhörighjälp i kombination med

²¹Observera att studien endast uttalar sig om de omsorgsinsatser som utförs av anhöriga *utanför* den gamles eget hushåll, inte om makars eller andra sammanboende personers insatser.

hemhjälp. Detta skulle kunna tolkas som att de danska anhängningsinsatserna i högre utsträckning utgör ett komplement till hemhjälpen insatser, medan den norska och (kanske främst) den svenska anhängningshjälpen i första hand ges till de äldre som inte får hemhjälp – det har blivit mindre vanligt att norska och svenska äldre får både ock.

Sverige skiljer sig från de övriga länderna när det gäller hur många som uppger att de får anhängningshjälp i relation till hur många det är som uppger att de får hemhjälp. I Sverige är det ungefär lika vanligt att de äldre får hemhjälp som att de får hjälp av någon anhörig som de inte bor tillsammans med; i Norge är det ungefär dubbelt så vanligt att få hemhjälp jämfört med att få anhängningshjälp, och i Danmark är hemhjälpen nästan tre gånger vanligare. Det är också i Sverige som flest äldre står utan hjälp från någon person utanför det egna hushållet. År 1994 hade ca. 60 procent av de svenska hemmaboende äldre varken hemhjälp eller anhängningshjälp, jämfört med knappt hälften av de norska och drygt en tredjedel av de danska äldre. Och det är framför allt i Sverige som den andelen har ökat under senare år.

Det ser således ut som om minskningen av den offentliga omsorgen under 1990-talet inte utan vidare har kompenseras av ökade anhängningsinsatser, utan det tycks snarare vara så att en lägre hemhjälpstäckning leder till att fler står utan hjälp från personer utanför det egna hushållet.

Informell omsorg är ju mer än bara insatser från anhöriga som den äldre inte bor tillsammans med, och för att närmare studera om det har skett någon förskjutning av gränsen mellan den formella och den informella omsorgen skulle vi också behöva uppgifter om den omsorg som de äldre får av make/maka eller andra personer inom det egna hushållet.²²

Med det tillgängliga materialet är en sådan analys bara möjlig att göra för Sveriges del. Tabell B.10 visar hur hemhjälpen och olika anhängnings omsorgsinsatser fördelas bland äldre som över huvud taget får någon hjälp.

Av tabellen framgår att bland svenska *ensamboende äldre* som får någon hjälp över huvud taget får majoriteten hemhjälp – antingen enbart eller i kombination med anhängningshjälp. Andelen som får *enbart anhängningshjälp* är i stort sett oförändrad: ca. en tredjedel av de ensamboende äldre med

²²I ett nordiskt sammanhang innebär hjälp som ges av personer i samma hushåll huvudsakligen hjälp av make/maka. I länder med mindre utbyggd offentlig hembaserad omsorg utgör hjälpinsatser från vuxna barn som bor tillsammans med den äldre en betydande del av den totala omsorgen för äldre. Den största skillnaden när det gäller anhängningsomsorgen i länder med hög resp. låg hemhjälpstäckning gäller inte hur många som får hjälp av anhöriga utanför hushållet, utan hur många som får hjälp av barn/andra släktingar inom hushållet (Andersson 1993).

någon hjälp över huvud taget får enbart anhörighjälp. Den förändring av ensamboende äldres omsorgsmönster som har inträffat innebär att en ökad andel får *enbart hemhjälp* (en ökning från 39 till 46 procent), medan en i motsvarande utsträckning minskad andel får *både hemhjälp och anhörighjälp* (en minskning från 28 till 20 procent).

Bland de *sammanboende äldre* – d.v.s. i praktiken nästan enbart äldre makar – dominerar den informella hjälpen. Den vanligaste omsorgsgivaren i denna grupp är utan all jämförelse den andra maken. Vi har tidigare konstaterat att det fr.a. är bland sammanboende äldre som hemhjälpen har minskat, och inom denna grupp är också förändringen i omsorgsmönster större. Framför allt har det skett en ökning av andelen som får hjälp av enbart den andra maken. Av alla sammanboende äldre med någon hjälp var det 85 procent som fick *enbart informell hjälp* år 1994 – en ökning från 74 procent år 1988/89. Samtidigt har andelen som får *hemhjälp i kombination med informell hjälp* minskat från 18 till 9 procent, medan andelen som får *enbart hemhjälp* är i stort sett oförändrad (8 resp. 6 procent).

Bland ensamboende svenska äldre tycks det enligt dessa uppgifter inte ha skett någon förskjutning av gränsen mellan formell och informell omsorg annat än att det har skett en minskning av andelen som får både ock. Bland sammanboende äldre däremot, har den informella hjälpens andel av den totala hjälpen ökat på hemhjälpens bekostnad, samtidigt som det även inom denna grupp har blivit mindre vanligt att de äldre får både formell och informell hjälp.

Gamla makar i Sverige tycks således idag oftare än tidigare stå ensamma som omsorgsgivare. Det tycks därmed ha skett en *informalisering* av omsorgen bland sammanboende äldre, men troligen inte bland de ensamboende. Både bland ensamboende och bland sammanboende äldre tycks det ha skett en *polarisering* av omsorgen – det har blivit vanligare att de äldre får antingen formell eller informell hjälp – men inte både ock. Den svenska hemhjälpen tycks idag i första hand ges till de äldre som *inte* får hjälp av make/maka eller annan anhörig – en utveckling vars konsekvenser för de gamla själva och deras anhöriga vi vet mycket litet om – vare sig på kortare eller på längre sikt.

Vad innebär åtstramningarna inom hemhjälpen för de berörda parterna?

Som vi redan har konstaterat vid flera tillfällen har hjälptidstilldelningen bland hemtjänstens hjälpmottagare minskat i alla tre länderna, särskilt när det gäller husliga sysslor. Det är därför inte så förvånande att uppgifter i alla tre länderna tyder på de äldre och/eller deras anhöriga i ökad utsträckning anser att hjälpen är otillräcklig.

Enligt danska uppgifter ansåg ca. en tredjedel av hemhjälpsmottagarna 1994 att de behövde mer hjälp – främst med husliga sysslor och för att komma ut från hemmet. Jämfört med tidigare danska studier innebär detta en markant ökning. Det går inte att säkert veta om detta ökade missnöje är en konsekvens av ökade anspråk, minskad hjälptidstilldelning eller kvalitativa ändringar av hemhjälp, men det är troligt att neddragningar av hjälptiden är av betydelse: närmare en fjärdedel av hemhjälpsmottagarna (som alla var över 80 år) uppgav att de hade fått minskad hjälp under det senaste året (Boll Hansen & Platz 1995a kap. 9).

Också i Sverige ökade under 1980-talet andelen hemhjälpsmottagare som ansåg att de fick otillräckligt med hjälp – särskilt bland kvinnor med huslig hjälp (Szebehely 1993). Det är möjligt att detta ökade missnöje är en konsekvens av att hemtjänsten har nedprioriterat just de husliga sysslorna, som idag ofta måste utföras på betydligt kortare tid jämfört med tidigare. Även bland äldreomsorgspersonal har andelen som anser att de gamla får otillräcklig hjälp ökat (Lagergren 1994, Socialstyrelsen 1994). De anställda anser att de gamla får för litet hjälp i förhållande till sina behov – framför allt när det gäller hemmets skötsel men också sociala insatser: tiden räcker allt mindre till för sådant som en liten pratstund eller en promenad.

Norska anhöriga anser i ökad utsträckning att de gamla får för lite hjälp och att de organisatoriska förändringarna av hemhjälp har gjort hjälpen allt mindre anpassad efter de äldres behov – verksamheten har blivit mer flexibel för hemhjälpssystemet och mindre flexibel för brukarna (Thorsen & Dyb 1994). En aktuell norsk arbetsmiljöstudie inom den hembaserade omsorgen visar att den största påfrestningen i arbetet för omsorgspersonalen är att inte kunna ge tillräckligt med hjälp – tre fjärdedelar av personalen anser att behoven är större än tillgången på hjälp (Næss & Wærness 1996).

Dessa studier – och fler liknande – tyder på att åtstramningarna inom äldreomsorgen knappast har lämnat hjälpbehövande gamla, deras anhöriga eller omsorgspersonal oberörda. Både åtstramning genom minskad hemhjälpstäckning och åtstramning genom minskad hjälpintensitet påverkar med all sannolikhet många gamla människors och deras anhörigas vardag och välbefinnande. Inte heller de avlönade omsorgsarbeterskornas arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse kan ha undgått förändringar.

Trots de snabba förändringarna av äldreomsorgen i alla tre länderna förekommer få uppföljningar som belyser konsekvenserna för de gamla, deras anhöriga och omsorgspersonalen.

Vi vet från en rad nordiska studier att gamla människor föredrar den

formella omsorgen framför att få hjälp av släktingar och vänner (Platz 1987, Daatland 1990, Anderson 1993, Svallfors 1994, Andersson & Johansson 1996). Vad innebär då den minskade hemhjälp för de gamla och deras anhöriga samt för relationen mellan de båda parterna? Hur är situationen för de äldre som inte längre får hemhjälp utan är helt beroende av anhörigas insatser, och hur är det för dem som är kvar i omsorgssystemet men som får mindre hjälp i förhållande till hjälpbehov?

Vi har tidigare konstaterat att den anhörighjälp som ges utanför den gamles eget hushåll domineras av barnens – särskilt döttrarnas – insatser. Vi vet att detta ökade omsorgsarbete har gått hand i hand med en ökning av förvärvsarbetet bland kvinnor i “döttrarnas ålder”. Däremot vet vi inte mycket om vad kombinationen av ökat omsorgsansvar och förvärvsarbete innebär för kvinnors hälsa och välbefinnande. För svenska förhållanden är dock känt att medelålders kvinnors – men inte mäns – hälsa har försämrats under de senaste åren (Diderichsen m.fl. 1993, Elofsson m.fl. 1996). Det vore viktigt att undersöka om det finns något samband mellan denna förändring och åtstramningen inom äldreomsorgen.

När hemhjälp konzentreras till ensamstående äldre står – särskilt i Sverige – allt fler makar ensamma om omsorgen för en skröplig äkta hälft. Bakom den till synes könsneutrala beteckningen “makar” döljs att det oftast handlar om en gammal kvinna som tar hand om en ännu äldre och skröpligare man. Vad innebär gamla hustrurs allt ensammare omsorgsansvar för deras egen hälsa?

De eventuella påfrestningarna för gamla kvinnor som detta ensamma omsorgsansvar kan innebära har rönt mycket begränsad uppmärksamhet i nordisk äldreomsorgsdebatt. Detta till skillnad från Storbritannien, där hemhjälp – i likhet med i Norden – fördelas med tyngdpunkt på ensamboende äldre, men där konsekvenserna av dessa prioriteringar för de omsorgsgivande makarna har diskuterats livligt i både forskning och socialpolitiska sammanhang (se t.ex. Twigg et al. 1990).

SLUTORD

Den svenska socialtjänstlagen ålägger kommunerna ett långtgående ansvar att hålla sig informerade om invånarnas eventuella behov av hjälp och att tillgodose de hjälpbehov man får kännedom om. Under tidigare år var det vanligt att kommunerna försökte leva upp till lagens krav, genom att t.ex. låta de tjänstemän som hade till uppgift att bedöma hemhjälpbehovet “knacka dörr” hemma hos kommunens gamla och erbjuda kommunens service. Man beviljade också ofta hemhjälp även vid ganska måttliga omsorgsbehov, ofta med argumentet att sådan hjälp skulle kunna

vara förebyggande och samtidigt garantera att kommunen genom hemhjälpens besök snabbt skulle få veta ifall omsorgsbehovet ökade. En sådan syn på verksamheten är ganska främmande i svenska kommuner idag. Nu betonas i stället individens eget ansvar att försöka klara sig så länge som möjligt, och att sedan själv aktivt begära hjälp när det verkligen behövs. Kommunens ansvar att hålla sig informerad om befolkningens behov har tonats ner och ställts i motsättning till individens självbestämmande och integritet.

Den svenska hemhjälpen ses allt mindre som en verksamhet som förväntas tillgodose både mycket skröpliga och mindre skröpliga äldres behov. Det blir allt vanligare att man gör en distinktion mellan service och omvårdnad, och hänskjuter de förstnämnda husliga sysslorna till andra aktörer – anhöriga eller privata företag – och koncentrerar hemtjänstens resurser till de allra skröpligaste gamlas behov av vård och omsorg. Men det är inte bara hemhjälpens servicekaraktär som tonas ner – den svenska hemhjälpen ses allt mindre som en verksamhet som förväntas kunna förebygga framtida större omsorgsbehov.

Den svenska socialstyrelsen diskuterar i en aktuell rapport riskerna med kombinationen av strikta biståndsbedömningar, höga avgifter, kommunernas bristfälliga uppsökande verksamhet och en ensidig betoning av individens ansvar att begära hjälp. De menar att risken är stor att resurssvaga grupper kommer i kläm, och att detta kan leda både till påfrestningar för berörda individer idag och kanhända ökade omsorgskostnader på sikt (Socialstyrelsen 1996b).

I Norge och framför allt i Danmark tycks den äldre synen på hemhjälpen leva kvar parallellt med nya synsätt. Här ges både omfattande hemhjälp till mycket skröpliga och service till större grupper av äldre med relativt små omsorgsbehov – även om vi har satt frågetecken för i vad mån den norska hembaserade omsorgen kan tillgodose mycket hjälpbehövande gamlas omsorgsbehov. I Danmark har t.o.m. en lagändring nyligen genomförts som innebär en ökad betoning av det förebyggande arbetet. 1996 trädde en lag i kraft som innebär att kommunerna är skyldiga att erbjuda förebyggande hembesök minst två gånger per år till alla invånare som har fyllt 75 år (under en övergångsperiod om två år är åldersgränsen 80 år).²³ Även om det återstår att se vad denna lag innebär för det förebyggande arbetet i praktiken är det en policymarkering som skiljer sig påtagligt från den svenska officiella synen på kommunernas ansvar.

Att ge lite hjälp till relativt stora grupper behöver inte ta särskilt stora resurser i anspråk. De 39 procent av de svenska hemhjälpsmottagarna som 1994 hade mindre hjälp än två timmar per vecka tog bara sex procent av hemtjänstens resurser i anspråk. Mellan 1988 och 1994 försvann 26 000 personer med högst två timmar hjälp per vecka ut ur det svenska

hemhjälpsystemet. Dessa personer motsvarade 13 procent av det sammanlagda antalet hemhjälpstagare 1994. Om de hade varit kvar hade den sammanlagda hjälptiden endast ökat med två procent (Szebehely 1997).

Det är inte säkert att den svenska hemhjälpmodellen med mycket strikt prioritering av de allra mest hjälpbehövande vare sig ur mänsklig eller samhällsekonomisk synpunkt är den mest önskvärda. Det är möjligt att man genom att vara mer generös med att ge begränsat med hjälp till äldre med måttliga hjälpbehov både kan avlasta anhöriga och förebygga framtida större insatser.

Att belysa för- och nackdelar för alla berörda parter av ländernas olika äldreomsorgslösningar faller utanför ramen för detta projekt. Troligen finns det något att lära av alla ländernas erfarenheter. Vi kan bara avsluta med att konstatera att en liknande problematik – ökande behov och knappa resurser – har fått olika lösningar i de tre länderna, och att det som ses som det enda möjliga alternativet i ett land har fått en annan utformning i ett annat. Det är vår förhoppning att denna rapport kan vidga diskussionsunderlaget i alla tre länderna och bidra till att ifrågasätta den "nödvändiga utvecklingen".

²³Enligt lag nr. 1117 av den 20 dec. 1995.

Tjenestene og utviklingen i sammenheng

KAPITTEL 4

Svein Olav Daatland & Marta Szebehely

INNLEDNING

Det er tid for å se eldreomsorgen og utviklingen i sammenheng, dels fra tjenestenes side og dels fra brukernes synsvinkel. Hvordan har utviklingen av det samlede tilbudet vært, og hva med fordelingen mellom typer av tjenester og brukere? Hva betyr utviklingen for den eldre befolkningen i form av tilgangen til tjenester og standarden av de tjenester man mottar? Hva er felles for landene, og hvilke forskjeller er karakteristiske?

Vi skal her oppsummere og vurdere de større linjene. Detaljene ligger i framstillingen av de ulike tjenesteområdene tidligere i rapporten, men det vil være nødvendig med noen oppsummerende gjentakelser. Vi er naturligvis også opptatt av forklaringer – av hvilke faktorer, aktører og motiver som kan bidra til å forklare utviklingen, likhetene og forskjellene. Hensikten er analytisk beskrivende mer enn en dypere analyse. Det komplekse mangfoldet som må antas å ligge til grunn gjør at et bidrag til forklaringer – tildels noe spekulative forklaringer – er en stor nok ambisjon.

Vi innleder denne delen med å trekke fram og oppsummere noen felles utviklingslinjer, før vi etterhvert ser nærmere på forskjeller mellom landene. Vi avrunder med en sammenfatning av utviklingsfaser og status, og et bidrag til forklaringen av utviklingslinjene, likhetene og kontrastene.

FELLES LINJER, NASJONALE VARIASJONER

Fra vekst til nivellering – og nedgang?

Der er åpenbare likhetstrekk i utviklingen i alle tre landene både hva gjelder volum og profilering av eldreomsorgens tjenester. Man startet i de tidlige årene etter krigen med et forholdsvis stort volum av aldershjem, som på den tiden praktisk talt var det enerådende tilbudet i eldreomsorgen.

Så fulgte en periode med sterk utbygging av institusjonstilbud og især hjemmetjenester gjennom 1960- og tildels 1970-årene med noe variasjon landene imellom. Tilbudet av institusjonsplasser i forhold til antall eldre (80 år+) kulminerte allerede ved inngangen til 1970-årene, og ble bare delvis erstattet av et stigende antall “beskyttede boformer” (omsorgsboliger m.v.). Utvidelsen av tilbudet av hjemmetjenester fortsatte utover i 1970-årene, men med en nivellering av tilbudsvolumet i siste halvparten av tiåret. Etter denne nivelleringen, man kan kanskje si konsolideringen, mellom 1975 og 1985 ser det ut til å ha blitt en tiltakende knapphet på tilgang til tjenester på bredere front, med enkelte unntak og med variasjoner i både tidsrytme og grad landene imellom.

Utviklingslinjene er oppsummert og illustrert i figur 4.1-4.3 (de neste sider). Her vises tilgangen til de ulike hovedtyper av tjenester i sammenheng slik det lar seg indikere via dekningsgrader (plasser/brukere i forhold til antall eldre). For Danmarks og Norges del vises også hvordan den samlede ressursinnsatsen i eldreomsorgen har utviklet seg over tid via årsverksinnsatsen i forhold til antall eldre. Denne typen data har ikke vært tilgjengelig for Sverige.

Man kan notere seg at *ressursinnsatsen* flatet ut først på 1980-tallet, lenge etter at reduksjonen/nivelleringen i *tilgang* startet. Ressurstilførelsen har deretter vært forholdsvis stabil, mens tilgangen til tjenester jevnt over har blitt knappere. De store endringene ligger altså ikke primært i ressurstilgangen, men i fordelingen av ressursene på ulike typer av kostnader, tjenester og brukere. Utviklingen ser dermed nokså forskjellig ut om den vurderes utfra innsatsen eller utfra utfallet av denne innsatsen. Vi skal komme nærmere tilbake til dette, men foreløpig legge hovedvekten på *tilgangen* til tjenestene. Vi minner om at sammenlikningen mellom tjenester og land er problematisk på detaljnivå på grunn av forskjeller i statistikken. Dette har vi redegjort for tidligere. Figurene kan anskueliggjøre de større linjene uten å trenge nærmere presiseringer.

Veksten i hjemmetjenestene fortsatte en tid etter at “nedinstitusjonaliseringen” var i gang, men her skiller landene seg ad. Danmark (figur 4.1) har utvidet tilbudet av hjemmetjenester gjennom hele perioden, og står dermed for et *substituerende* mønster, der reduksjonen i den ene sektor (institusjoner) faller sammen med en økning i den andre (åpen omsorg). Her ligger det øyensynlig en planmessig omfordeling bak, en reell substitusjonspolitik. En mer konkret illustrasjon av dette er at Danmark, som nevnt, vedtok en lovgivning (“eldreboligloven” i 1987) som stoppet videre utbygging av plejehjem, og som la til rette for en økt utbygningstakt av “eldreboliger” (omsorgsboliger) og en ytterligere reduksjon av antall plejehjemsplasser (institusjoner). Man stimulerte etterspørselen etter hjemmetjenester ved å la disse være gratis, og man har nylig inført en

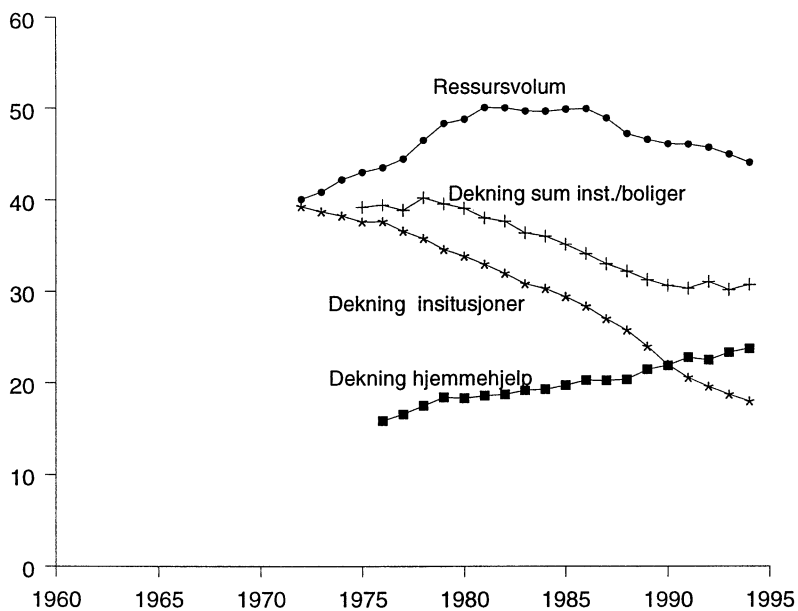
lov om oppsøkende virksomhet overfor hjemmeboende over 80 år, som kan ses som en ytterligere stimulans til forebyggende virksomhet via tilbud fra den åpne omsorgen.

Den svenske utviklingen (figur 4.3) er derimot i hovedsak preget av at en periode med samtidig økning i tilgang er blitt fulgt av en periode med mer eller mindre samtidig nedgang på tvers av sektorene, dersom institusjoner og serviceboliger ses under ett på den ene siden og hjemmehjelpstjenesten på den andre. Her får man inntrykk av at det er "konjunktur-ene" som har vært styrende; en utvidelse i gode tider og en parallell reduksjon i dårlige.

Norge (figur 4.2) inntar en mellomposisjon, med et beskjedent substituerende mønster i en mellomperiode fra midten av 1970-årene til midten av 1980-årene, men med samtidig vekst før dette, og en samtidig reduksjon av tilgang på tvers av tjenesteområder de aller siste årene, selv om den ikke er like utpreget som i Sverige.

Den norske tidsrytmen skiller seg forøvrig fra nabolandenes, og gene-

Figur 4.1. Danmark: Utviklingen i sammenheng – ressursinnsats og tjenstedekning 1970-94^a

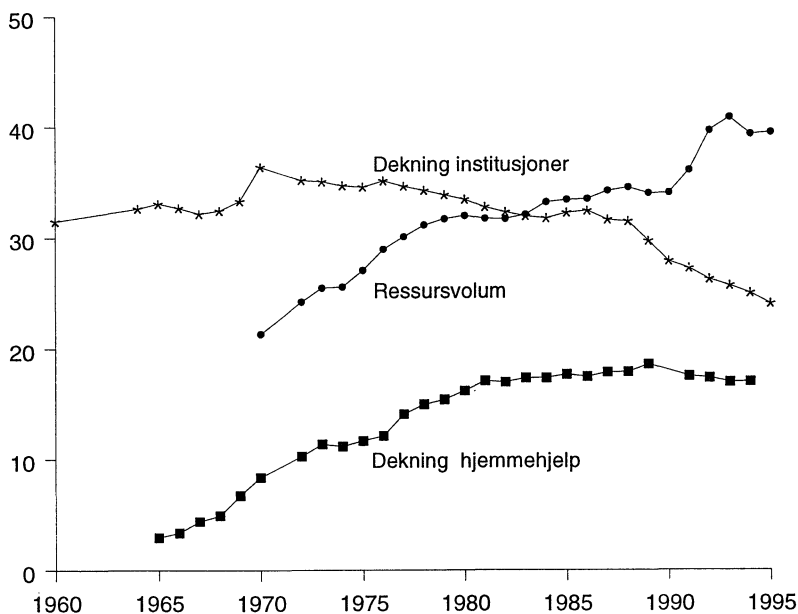


^aRessursvolum = sum årsverk i eldreomsorgen pr. 100 i alderen 80 år+. Dekning institusjoner (og sum institusjoner/omsorgsboliger) = plasser pr. 100 i alderen 80 år+. Dekning hjemmehjelp = brukere pr. 100 i alderen 65 år+. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

relt slik at Norge ser ut til å være noe senere ute. Man hadde en senere utbyggingstakt av hjemmetjenester, og fortsatte – og til dels fortsetter – institusjonsbyggingen, nærmere bestemt i form av sykehjem. Norge kom også senere i gang med utbyggingen av beskyttede boformer (omsorgsboliger m.v.), som primært har vært alternativer til aldershjem, ikke sykehjem. Disse utviklingstrekkene har rimeligvis en innbyrdes sammenheng. Mangel på pålitelig statistikk for “beskyttede boliger” gjør at vi ikke har kunnet indikere omfanget av dette tilbudet i figuren for Norges vedkommende.

Det er nok flere grunner til den ulike tidsrytmen, men noe ligger trolig i at Norge var senere i “moderniseringen” av samfunnet, kanskje både i materiell forstand og i tenke- og levemåte. Norge var f.eks. lenge etter nabolandene med å innføre en alderspensjon, og beholdt en tradisjonell bosetting og et tradisjonelt bømønster lengre, med mindre radikal sentralisering, med relativt flere generasjonshushold og med relativt færre aleneboende eldre.

Figur 4.2. Norge: Utviklingen i sammenheng – ressursinnsats og tjenstedekning 1960-95^a



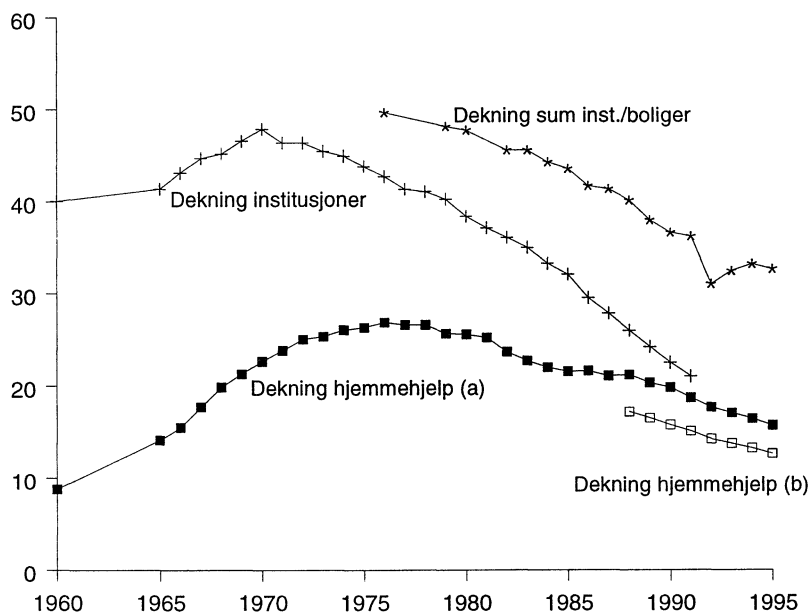
^aRessursvolum = sum årsverk i eldreomsorgen pr. 100 i alderen 80 år+. Dekning institusjoner = plasser pr. 100 i alderen 80 år+. Dekning hjemmehjelp = brukere pr. 100 i alderen 65 år+. For Norge mangler pålitelige data om “omsorgsboliger”. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

Omprofilering, differensiering

Den store veksten av omsorgstjenester i den tidlige delen av perioden var del av en generell trend og berørte ikke bare eldre. Det var gode “konjunkturer” for velferdsstaten såvel økonomisk som politisk. At det så fulgte en periode med nivellering er rimelig nok, etter som det var etablert et visst nivå av behovsdekning. Gamle løsninger kunne dessuten være i behov av omprøving for å passe til en ny tid. Akkurat som 1950-årene var et veiskille der “hemvård i stället för vårdhem” ga eldreomsorgen en ny retning, så fulgte en ny omprofilering fra midten av 1970-årene av, trolig tilskyndet av at veksten stoppet opp. Utvidelse innbyr til å fortsette i samme spor, nivellering (og nedgang) inviterer til revurdering, omprøving og ny retning for å få mer ut av knappe ressurser.

Den klareste og lettest observerbare dreiningen ligger nettopp i “ned-institusjonaliseringen”, som fikk et betydelig omfang og en forholdsvis rask takt i Sverige og Danmark fra 1970-årene av; noe senere og i (foreløpig?) mindre grad i Norge. Denne omprofileringen er en del av et mer

Figur 4.3. Sverige: Utviklingen i sammenheng – tjenestedeckning 1960-95^a



^aDekning institusjoner (og sum institusjoner/omsorgsboliger) = plasser pr. 100 i alderen 80 år+. Dekning hjemmehjelp = brukere pr. 100 i alderen 65 år+; (a) basert på brukere i løpet av året, og (b) basert på brukertall for en bestemt måned. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

generelt mønster, som dels dreier seg om en bevegelse fra institusjonsbaserte til “åpne” tjenester, og dels om en tiltakende *differensiering* med hensyn til “hva” (hvilke tjenester) og “hvem” (hvilke brukere) som prioriteres.

Utbyggingen av hjemmetjenestene fra 1950- og 1960-årene av representerte en differensiering i forhold til det tidligere ensidige tilbudet av aldershjem. Innenfor hver av disse sektorer fulgte så en ytterligere differensiering. Institusjonene delte seg i to spor, der sykehjem/plejehjem kom i tillegg til de opprinnelige aldershjemmene og ble etterhvert dominerende. Dette var dels et svar på at behovene for de tradisjonelle aldershjemmene ble mindre på grunn av velferdsvekst, boligreisning og hjemmehjelpstilbud, og dels fordi antallet pleietrengende økte og geriatri og medisinsk tenkning og tilbud fikk økt gjennomslag. Hjemmetjenestene ble til dels profilert sterkere i retning av å gi sykepleietilbud (hjemmesykepleie), etterhvert med mindre vekt på de praktiske hjelpetjenestene (hjemmehjelp). Beskyttede boformer av ulike typer (serviceboliger, omsorgsboliger, eldreboliger m.v.) kom til som alternativer til de tradisjonelle institusjonene, og som mellomformer mellom institusjoner og ordinære boliger (herunder vanlige pensjonist- og trygdeboliger og øvrige “eldreegnede boliger”).

Hjemmetjenestene ble senere ytterligere differensiert ved utvidelsen til heldøgns tilbud, og institusjonene ble åpnet for korttidsopphold for ulike formål (rehabilitering, avlastning, observasjon) og til dels også for dag- og nattopphold. Det er blitt utviklet særskilte tilbud for aldersdemente, dels innenfor institusjon (skjermede avdelinger) og dels i egne boformer (gruppboende, kollektiver).

Det er altså over tid utviklet en bredere “vifte” av tjenester, med “bro” mellom tidligere segmenterte tilbud. Først var det aldershjem eller intet (eller rettere sagt familieomsorg), dernest et “valg” mellom 1-3 timers hjemmehjelp i uka eller hele pakken i form av et varig opphold i institusjon, inntil man fikk en mer sammenhengende kjede av varierte tilbud og tjenester.

De senere årene kan differensieringen ha fortsatt, men da som differensiering av tilbud og brukere innenfor mer *integre*te tjenester. Tildeling av tjenester, og av tilbud innenfor tjenestene, er blitt mer selektiv og “målrettet”. Varig institusjonsplass er i stigende utstrekning reservert for de eldste og mest omsorgstrengende. Omsorgsboligene er tenkt som mer fleksible omsorgsarenaer, der beboernes ulike og varierende behov og ønsker skal møtes med ulike og varierende tilbud og tjenester. Hjemmetjenestene har i økende grad gått bort fra faste avtaler og faste bruker-hjelper relasjoner, og hjelpen dirigeres dit behovene anses å være størst – *når* de er størst. Den strengere selektivitet i tilgang kan også for disse tilbudene ses ved at de i økende grad er blitt konsentrert om de eldste. Andelen av

beboere/brukere som er over 80 år har steget, slik den også har gjort det i institusjonene.

Det er liten tvil om at omprofileringen i hovedsak har gitt et nærere samsvar mellom tjenestetilbudene og den store variasjonsbredden av behov og ønsker i eldrebefolkningen, men i endringene ligger også negative trekk. Dels ved den generelt knappere tilgangen til tjenester, og dels ved endringer innenfor tjenestene, kanskje framfor alt i hjemmeomsorgen. Her har *relasjonsorientering* i stigende grad blitt avløst av *oppgaveorientering*, tiden er blitt et stigende knapphetsgode, og det har enkelte steder blitt en ny form for standardisering av oppgaver og tilbud som bryter med differensieringen.

Men man har alt i alt ha fått relativt mer ut av ressursene enn om man hadde beholdt den tradisjonelle modellen fra 1960- og 1970-tallet, der institusjonsomsorgen tok storparten av midlene og øvrige tilbud var lite utviklet. Nettopp det å utvikle en mer kostnadseffektiv eldreomsorg har trolig vært et viktig motiv bak omprofileringen. Differensieringen av tjenester og mellom brukere bør dermed også ses som en strategi under stigende ressursknapphet, der det ikke lenger bare er tale om en rimeligere og riktigere målretting av tilbudene, men om en begrensning, tildels reell reduksjon, av tilgangen til tjenester, og en innsnevring av grensene for hva det offentlige påtar seg ansvaret for.

Nærmere om tilgangen

Denne “diagnosen” har ulik relevans for de tre landene. Det kan kanskje best illustreres ved å snu synsvinkelen fra tjenestene til mottakerne (og de potensielle mottakerne) for å se hva utviklingen i mer konkret forstand har betydd for eldrebefolkningen. Tabell 4.1 oppsummerer utviklingen av tilgangen til de ulike typer av tjenester, her indikert ved “bruksrater”, dvs. ved andelen av den aktuelle aldersgruppen som er brukere av tjenestene. Mens den såkalte “dekningsgraden” (jfr. f.eks. figur 2.4 og tabell 2.2) bare indikerer tilbudsvolumet i forhold til antall eldre, f.eks. antall 80 år+, tar “bruksratene” hensyn til fordelingen av hjelpen mellom brukere over og under denne alder, og viser hvor stor andel av aldersgruppen som de facto er brukere/beboere (jfr. tabell 2.5).

I kapittel 3 dokumenterte vi endringene i tilgangen (bruksratene) for hjemmetjenestenes del via surveymateriale fra de tre landene. Her skal vi holde oss til den offentlige statistikken, fordi vi ønsker å se bruksratene for de ulike typer tjenester i sammenheng, og fordi vi er interessert i de lengre linjene, ikke bare de siste årene som surveyene dekker. Vi kan forøvrig konstatere at de to sett av data i hovedsak gir samme inntrykk av

tilgangen til hjemmetjenester, som er det tjenesteområdet som vi har både surveydata og offentlig statistikk (registerdata) for.

Bruksratene er imidlertid bare tilgjengelig i offentlig statistikk for enkelte tjenester, år og land, og sammenliknbarheten (over tid/land) er som tidligere nevnt også av andre grunner problematisk. For de tidlige år i serien er vi avhengig av å beregne bruksratene via dekningsstall og aldersprofilen til brukerne, og vi har valgt å bruke beregnede tall også for de senere årene (med noen få unntak) for å sikre en rimelig god sammenliknbarhet over tid. Sammenlikninger med bruksrater som har vært direkte tilgjengelig i statistikken for de senere år, viser rimelig god overensstemmelse med de beregnede tallene. Men det dreier seg altså om beregninger som bør betraktes som omtrentlige. Det er derfor linjer, likheter og kontraster som det bør legges vekt på, ikke de enkelte tallene for bestemte år, land og tjenester. Nærmere detaljer om beregningene går fram av noten til tabell 4.1 nedenfor.

Selv om institusjonsdekningen ble redusert allerede fra 1970, var det økende institusjonsrater for 80-åringer og eldre helt til 1975-80, fordi institusjonene i stigende utstrekning ble reservert for de eldste.

Etter 1980 har det vært en tiltakende knapphet i tilgang (bruksrater) for Sveriges del både hva gjelder institusjoner og hjemmetjenester. Det har vært en økning for serviceboligenes del, men det samlede tilbudet av "integreerte bo- og omsorgsformer" (sum av institusjon og servicebolig) har blitt mindre, fordi utbyggingen av de ulike typer av beskyttede boformer (service- og gruppboende) ikke har erstattet reduksjonen i institusjonssektoren fullt ut. Tilgangen til hjemmetjenester er i dagens Sverige betydelig lavere enn i 1970-årene, og klart lavere enn i Danmark.

Norge har tradisjonelt hatt den laveste tilgangen til hjemmetjenester, men ligger nå i en mellomposisjon, men også i Norge ser det ut til å være en tiltakende knapphet de siste årene. Derimot har Norge holdt sterkere fast ved institusjonsomsorgen, og har nær stabile bruksrater for de over-åtti-årige inntil de aller siste årene. Norge hadde den laveste tilgangen til institusjoner i starten av perioden, men har nå den høyeste. Tilgangen til "omsorgsboliger" lar seg ikke tallfeste for Norges vedkommende, men er klart lavere enn i nabolandene.

Danmark er det eneste landet som har utvidet tilgangen til hjemmetjenester gjennom hele perioden, riktignok beskjedent de aller siste årene, og følger forøvrig omtrent samme mønster som Sverige hva gjelder institusjoner og beskyttede boformer, men øyensynlig på et noe lavere nivå. Vi minner om at det er noe usikkert om svensk og dansk statistikk er helt sammenliknbar, og vi har tidligere antydnet at de svenske data for serviceboliger kan være noe bredere og mer inklusive enn de tilsvarende for danske eldreboliger m.v.

Tabell 4.1. Tilgangen til tjenester i sammenheng i Danmark, Norge og Sve-
rige 1965-94. Beregnede bruksrater^a (andel av aldersgruppen
med bruk av tjenesten)

	Institu- sjon, 80 år+	Omsorgs- bolig, 80 år+	Hjemme- hjelp ^b , 80 år+	Hjemme- hjelp ^b , 65 år+
DANMARK				
1965	..	..	..	..
1972	22	..	..	..
1975	23	1	..	13
1980	22	2	34	16
1985	20	3	36	17
1990	15	4	39	19
1991	14	6	42	19
1994	13	8	45	20
NORGE				
1965	17	..	..	3
1972	19	..	..	9
1975	21	..	..	10
1980	22	..	..	14
1985	22	..	..	15
1990	20	..	..	16
1991	19	..	40	15
1994	18	..	37	14
SVERIGE				
1965	21	..	..	12
1972	25	..	25	21
1975	26	3	27	22
1980	25	4	43	22
1985	21	6	43	18
1990	16	7	42	17
1991	15	9	38	13
1994	..	..	..	11

^aBruksrater er ikke tilgjengelig i offentlig statistikk for hele tidsserien, bare for enkelte land og år. Vi har derfor valgt å presentere beregnede tall via antall brukere og aldersprofilen til brukerne. For institusjoner slik at andelen 80 år+ er satt til 50% i 1965, stigende til 55% (1972), 60% (1975), 65% (1980), 67% (1985), 70% (1990) og 75% (1994) - jfr. tabell 2.4. Beboere i "omsorgsboliger" er gitt en noe yngre aldersprofil, henholdsvis 40% (1975-80), 50% (1985-90) og 60% (1991-94). En tilsvarende aldersprofil som for institusjoner ville gitt ca. 2 prosentpoeng høyere bruksrater av omsorgsboliger for Danmark og Sverige i 1991/94. Bruksrater for 80+ av hjemmehjelp er hentet fra offentlig statistikk, mens bruksrater for 65+ er beregnet via en aldersprofil der 85% av brukerne er regnet som 65 år+ i hele perioden. Det dreier seg altså (stort sett) om beregnede tall, men sammenlikning med bruksrater oppgitt i offentlig statistikk for de land og år dette har vært mulig viser stor overensstemmelse, og tallene kan derfor betraktes som tilnærmet riktige. Norge mangler sammenliknbar statistikk for "omsorgsboliger".

^bMan bør ta i betraktning den ulike statistikkføringen for hjemmetjenester, der Danmark viser til hjelp i løpet av en bestemt uke i hele perioden, mens Norge og Sverige har tall for hjelp i løpet av året for 1965-90, deretter ny statistikk og tidspunktopplysninger omtrent som i Danmark. Tidspunktopplysninger er anslagsvis 20% lavere enn "hjelp i løpet av året" om vi skal dømme etter svenske erfaringer med begge typer data for enkelte år. Dersom også hjemmesykepleiepasienter (som ikke samtidig har hjemmehjelp) var inkludert for Danmark og Norges del, kunne den danske bruksraten for befolkningen 65+ for 1994 økes fra 20 til 21%, og den norske fra 14 til 17%.

Den stigende knappheten i *tilgangen* til hjemmetjenester i Sverige har ikke en parallell i en tilsvarende knapphet i *ressurstilførsel*. Ressursinnsatsen (timeverk) i hjemmetjenestene var økende helt fram til 1990 med en forholdsvis beskjeden nedgang deretter (jfr. figur 2.14 og 2.15). Samme inntrykk gis når man vurderer de noe usikre opplysninger om ressurstilførsel i form av utgifter til den samlede eldreomsorgen. Utgiftsvolumet har vært nokså stabilt det siste tiåret, øyensynlig med en beskjeden nedgang i forhold til antall eldre i alderen 80 år og over de aller siste årene. Men tilgangen til tjenester er altså blitt langt mindre (jfr. figur 4.3), fordi stadig mer ressurser er konsentrert om en mindre gruppe sterkt hjelpetrequende (se f.eks. figur 2.16), og – kan vi gjerne tilføye – fordi enhetskostnadene øker som følge av generell utgiftsvekst, herunder økte lønninger.

I den grad denne innsnevringen av tilgangen til hjemmetjenester skulle være en tilpasning til at stadig flere sterkt hjelpetrequende bor utenfor institusjon, burde vi funnet et tilsvarende mønster i Danmark, men der har man gitt relativt større prioritet til en bred tilgang til hjemmetjenester. Den gjennomsnittlige tiden pr. bruker har i Danmark vært forholdsvis stabil, men med økt differensiering. Et stigende antall får mindre hjelp, mens et mindre antall får desto mer, og dette kommer tydeligst til uttrykk i den stigende andelen som får hjelp hver dag, herunder i helgene. Også Danmark har hatt en forholdsvis moderat reduksjon av den samlede ressursinnsatsen i eldreomsorgen i forhold til antall eldre de aller siste årene (jfr. figur 4.1), og har dermed ikke fullt ut “kompensert” reduksjonen i ressursinnsats i plejehjemmene med en tilsvarende økning i den åpne omsorgen. Man har kanskje fått mer ut av ressursene, men utviklingen kan tyde på en tiltakende knapphet også i det (relativt) generøse Danmark.

Selv om den gjennomsnittlige tid pr. bruker i svensk hjemmehjelp har økt betydelig fra 1980-årene av, kan vi også notere oss en økt differensiering i Sverige, men da slik at enkelte brukere får svært lite hjelp (f.eks. én time hver fjortende dag), mens andre får svært mye. Sverige har også investert mye i døgnbaserte tilbud, som i seg selv er ressurskrevende og hever den gjennomsnittlige hjelpetiden. På den andre siden har den svenske knappheten bidratt til at personer som “bare” har huslige hjelpebehov ofte blir ansett som uaktuelle for tildeling av offentlig hjemmehjelp (jfr. kapittel 3).

Utviklingen innenfor (den kommunale) eldreomsorgen må også ses i sammenheng med endringene i sykehussektoren, som er et fylkeskommunalt (amt/landsting) ansvar. I alle tre landene har antall sykehussenger blitt radikalt redusert de senere årene, mens antall behandlede pasienter har øket. Liggetiden i sykehus er dermed blitt betydelig kortere,

for Norges del f.eks. halvert i løpet av en 25-års periode. Eldre pasienter blir i særlig grad berørt av dette, fordi de trenger lengre tid for rehabilitering. De skrives nå ut langt tidligere enn før og legger dermed økt press på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene og på familieomsorgen. Dette var ledd i en styrt politikk for å rasjonalisere sykehusdriften og for å unngå at “ferdigbehandlede pasienter” opptok kostbare sykehusplasser. Samlingen av pleie- og omsorgstjenestene på kommunalt plan, med økonomisk betalingsansvar overfor fylker (amt, landsting) for “unødig” bruk av sykehusplasser, er en del av denne omleggingen. Som nevnt i kapittel 1 ser det ut til at Norge i dag har færre eldre pasienter (liggedager) i sykehuse-ene enn Danmark og Sverige, noe som kan ha sammenheng med de høyere institusjonsratene i Norge (jfr. NOMESKO 1996:47, tabell 6.13).

Utviklingsbanene, og ikke minst de nasjonale variasjonene i tidsrytme og grad, antyder at utviklingen primært er formet av politiske og faglige valg, ikke av forskjeller i behov eller tilgang på ressurser. Satt på spissen ligger det i den svenske banen fra de senere årene en radikal innsnevring av hva og hvem det offentlige påtar seg et ansvar for, men jevnt over en utvidelse av ansvaret for de færre som gis tjenester. De to tendensene kan muligens forsterke hverandre. Danmark har valgt et annet løp, og holder i større grad fast ved et bredt offentlig ansvar. Nok en illustrasjon av denne forskjellen er det vi allerede flere ganger har vært inne på, at Danmark fortsatt yter hjemmetjenestene gratis. I Sverige og Norge kreves det betaling for hjelpen, og betalingssatsene er hevet de senere årene, kanskje bevisst og i en grad som gjør at personer med mindre alvorlige behov selv velger å klare seg uten tjenester. Så slipper tjenestemennene noe av besværet ved å være portvakt og si nei, og det blir relativt mer igjen til dem som får hjelp.

Ressurser, tilgang og standard

Den moderate (Danmark), knappe (Norge) og tildels svært knappe (Sverige) tilgangen til tjenester de senere årene skyldes, som nevnt, ikke primært endringer i ressurstilførselen, men snarere hvordan ressursene organiseres og fordeles.

At man til en viss grad kan velge hvordan ressursene skal fordeles mellom tilgang og standard er den omtalte forskjellen mellom den svenske og danske tilnærmingen i hjemmetjenestene de siste årene et eksempel på. Danskene har satset på bred tilgang, svenskene på høy standard. Med “standard” tenkes her på ressursinnsatsen pr. bruker. Hvorvidt dette gir seg utslag i tilsvarende forskjeller i “kvalitet” slik brukerne opplever det, er et annet spørsmål som ikke kan avledes direkte av dette.

Det ser ut til å være et gjennomgående trekk at “standard” (og “indi-

rekte kostnader”) har en tilbøyelighet til å øke nær sagt av sin egen tyngde, og i det minste delvis av grunner som ligger utenfor eldreomsorgen, og som man derved bare må tilpasse seg. Dette kan lettest illustreres, og er kanskje også mest påtrengende, innenfor institusjonssektoren. Byggekostnader og lønninger stiger, det samme gjør utgiftene til medisiner og utstyr, til å kompensere for arbeidstidsforkortelser og til å betale for bedre bostandard m.v.

I tabell 4.2 bruker vi årsverk i institusjoner i forhold til befolkningen over 80 år som indikator for *ressursinnsatsen* i sektoren. Personelldekning (årsverk pr. plass) kan tjene som en indikator for *standard/kostnader*, mens dekning og bruksrater gir noe ulike uttrykk for *tilgangen* til institusjonsomsorg. Vi må her begrense oss til Danmark og Norge, for vi mangler denne typen data (årsverk) for Sverige.

Fra tidlig på 1970-tallet til 1990 er personelldekningen økt med 70-80 prosent, og kostnadene naturligvis tilsvarende mye – i realiteten mer når lønnsøkning og sykefravær m.v. tas i betraktning. Resultatet var at ressurstilførselen måtte økes i 1970-årene selv om institusjonsdekningen gikk ned. Institusjonsdekningen ble ytterligere redusert på 1980-tallet, men uten å redusere ressursbehovet. Etter som man i stigende utstrekning reserverte de færre institusjonsplassene for de eldste, var det ikke en tilsvarende nedgang i den faktiske tilgangen til institusjonsplasser (bruksrater) i de eldste aldersgrupper.

Mønsteret er det samme i både Danmark og Norge, men med variasjoner i tidsrytme og grad. Hva som ikke er illustrert av tabellen, er at institusjonsomsorgen også har tilpasset seg knappheten via bruk av korttids- og dagopphold, og når terskelen er lagt høyere, og man gjerne flytter inn senere og blir boende i kortere tid, bidrar dette ytterligere til at “gjennomstrømmingen” har øket og at relativt flere får et institusjonstilbud i forhold til antall plasser i dag sammenliknet med tidligere.

Vi kan spore en liknende utvikling innenfor hjemmetjenestene. Også her har enhetskostnader/standard øket, men man har bedre muligheter for å “kompensere” for utgiftsveksten gjennom driften og fordelingen av tjenesten enn innenfor den mer rigide institusjonssektoren. Den økte ressursinnsatsen har ikke gitt seg utslag i en tilsvarende økning i tilgang, ja for Sveriges del faller *økt* ressursinnsats sammen med en betydelig *nedgang* i tilgang, fordi man har konsentrert og økt innsatsen til en stadig mer selektert gruppe av brukere (tabell 4.3 – se side 138).

At det har vært gode grunner for en standardøkning både av hensyn til brukere og personell er en sak for seg. Stigende “enhetskostnader” bidrar uansett til å forklare knappheten på tilgang. Under den store vekstperioden økte ressursene nok til å dekke både økt standard og utvidet tilgang. Den mer moderate økningen i ressurstilførselen deretter har blitt

Tabell 4.2. Institusjonsomsorgen: Sammenliknende utviklingstrekk^a for ressursinnsats, "standard" og tilgang for Danmark og Norge 1972-94. Tildels beregnede tall. Utvikling når 1972 = 100 %

	Antall plasser	Ressurser (årsverk x 100 pr. 80+)	Personelldekning (årsverk/plass)	Dekning (plasser pr. 100 80+)	Bruksrater (% av 80+ i institusjon)
DANMARK					
1972	43 500	24.8	0.63	39.2	22
<i>Prosent</i>					
1972	100	100	100	100	100
1980	114	119	138	86	100
1985	114	122	163	75	91
1990	97	99	176	56	68
1992	90	68	..	50	64
1994	85	..	..	46	59
NORGE					
1972	32 200	18.6	0.53	35.2	19
<i>Prosent</i>					
1972	100	100	100	100	100
1980	127	123	128	95	116
1985	142	124	136	92	116
1990	138	125	157	79	105
1992	137	126	168	75	100
1994	132	..	..	68	95

^a"Ressursinnsats" er indikert ved antall årsverk i institusjonsomsorg pr. 100 av befolkningen i alderen 80 år og over. "Standard" er indikert ved personelldekning, dvs. antall årsverk i institusjonsomsorgen pr. plass. "Tilgang" er indikert ved dekningsgrad (institusjonsplasser pr. 100 av befolkningen i alderen 80 år og over) og bruksrate/institusjonsrate (andel av befolkningen 80 år+ som er bosatt i institusjon) - se tabell 4.1. Årsverk og indikatorer avledet av dette er ikke tilgjengelig for de siste årene i serien, pga. den tiltakende integreringen av tjenester. Vi mangler årsverksdata for Sverige.

"spist opp" av standard og andre, mer indirekte, kostnader, mens tilgangen er redusert. Dette kan tildels være resultater av tilsiktede valg, f.eks. ved at høyere personelldekning er gitt prioritet framfor flere institusjonsplasser. Andre faktorer kan man ha hatt mindre eller liten kontroll over, men man har kunnet tilpasse seg, f.eks. ved å dele tilbudet i mindre porsjoner via bruk av institusjonene til korttidsopphold, ved å spre hjemmetjenester tynnere ut til flere og/eller ved å stramme inn tilgangen for å kunne gi tilsvarende (eller mer) hjelp til færre. Vi kan observere alle disse

typer av strategier i de tre landene, men varierende mellom og innenfor landene.

Et generelt trekk er at det nettopp er *tilgangen* som ser ut til å ha lavest prioritet, eller svakest vern, og som lettest kan “manipuleres” ved skjønn for å balansere et regnskap under press. Akkurat som pensjoner er bedre vernet i lovgivningen enn tjenester, så ser det innenfor tjenestesektoren ut til at personalets lønn og rettigheter er bedre beskyttet i lovgivning og avtaleverk enn brukernes interesser. Særlig svakt står de potensielle brukerne, de som foreløpig ikke har kommet “innenfor”. De siste er trolig mest interessert i generøs tilgang, mens brukerne – og personalet – har størst interesse av generøs “standard”. Dette sikrer personalet bedre lønn og arbeidsforhold og brukerne romsligere med hjelp.

Hvordan brukernes interesser skal sikres er blitt et stadig viktigere tema i alle tre landene, og det er etablert – og blir diskutert – måter å gjøre det på. Man har f.eks. beboerråd i institusjoner. I alle tre landene er det også etablert “eldreråd” i kommuner (i Norge også i fylker), en institusjon som ble lovfestet først i Norge og dernest i Danmark tidlig på 1990-tallet, etter å ha vært prøvd ut og etablert i de fleste kommuner i løpet av 1980-årene (Daatland & Svorken 1996, Smed 1997). Sverige har foreløp-

Tabell 4.3. Hjemmetjenestene: Sammenliknende utviklingstrekk^a for ressursinnsats, “standard” og tilgang for Danmark, Norge og Sverige 1972-90. Tildels beregnede tall. Utvikling når 1972 = 100 %

	DANMARK			NORGE			SVERIGE		
	Ressurser	Standard	Tilgang	Ressurser	Standard	Tilgang	Ressurser	Standard	Tilgang
1972	54	296	..	20	160	9	40	154	21
1980	74	319	16	35	171	14	37	144	22
1985	77	300	17	40	157	15	49	227	18
1990	93	311	19	45	156	16	68	343	17
<i>Prosent</i>									
1972	100	100	100	100	100	100	100	100	100
1990	172	105	119	225	92	178	170	223	81

^a“Ressursinnsats” er indikert ved antall timeverk pr. befolkning 65 år+. “Standard” er indikert ved antall timeverk pr. bruker (og år) i gjennomsnitt (intensitet). “Tilgang” er indikert ved bruksrater for befolkningen i alderen 65 år+. For Danmarks og Norges del gjelder det ressurser for hjemmehjelp + hjemmesykepleie; for Sverige - for hemhjelp. Standard og tilgang viser til hjemmehjelp for alle tre landene. Merk også tidligere kommentarer om den ulike statistikkføringen for hjemmehjelp over tid/land (se tabell 4.1, note b). Denne typen ulikheter gjør at man bør legge vekt på de større linjer/forskjeller, ikke på enkeltstående tall.

pig ikke lovfestet denne ordningen. Her skiller forøvrig Danmark seg fra Norge ved at man i Danmark har egne valg til eldrerådene, mens medlemmene av norske eldreråd utpekes, dels av organisasjonene (primært pensjonistforbundet) og dels av kommunestyret/fylkestinget.

Formell klagerett på avslag av hjelpesøknader innførtes allerede i 1982 i Sverige i Socialtjänstlagen. Spørsmål om å rettighetsfeste tilgangen til tjenester er senere blitt et aktuelt diskusjonstema i alle tre landene, og partenes rettigheter og plikter er tildels forsøkt avklart via å etablere "omsorgskontrakter" (i Danmark) eller "omsorgsavtaler" (Norge). Et forslag om nasjonale minstestandarder har vært diskutert i Norge, etter at eldreomsorgen har vært under sterk kritikk de senere årene, ikke minst på grunn av de store forskjeller i tilbud mellom kommunene. Et eget "eldreombud" er også på trappene i Norge, foreløpig som en prøveordning på lokalt plan, mens Danmark – som nevnt – allerede har etablert egne "klageråd" i kommunene. Brukernes rettigheter er også forsøkt styrket via forvaltningslovverket, og det har vært diskutert, og tildels allerede blitt gjeninnført, en sterkere og mer direkte statlig styring i sektoren via lov- og forskriftsverket og/eller via økonomiske virkemidler. Disse tendensene er såpass nær i tid at det er vanskelig å plassere dem innenfor de lengre linjene som vi her konsentrerer oss om.

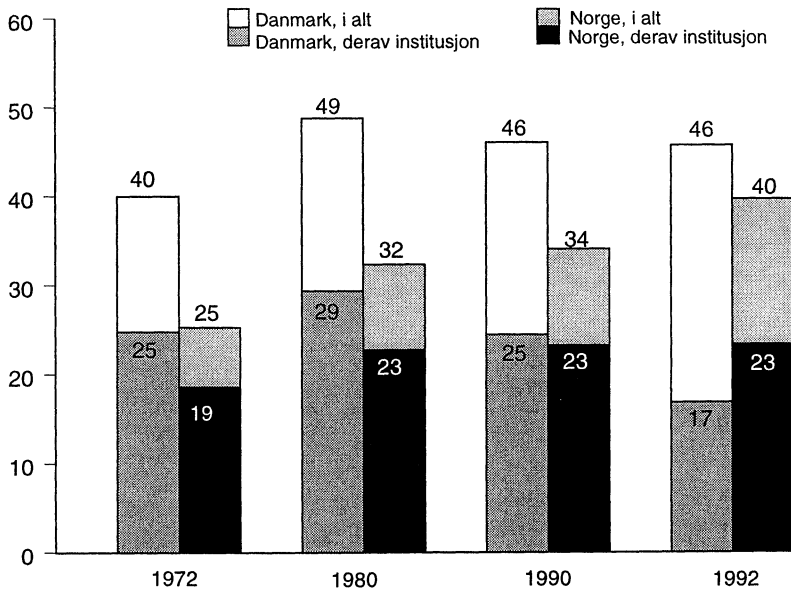
KARAKTERISTISKE FORSKJELLER

Vi har allerede vist at det ikke bare er likheter og felles trekk ved utviklingen, men at det er betydelige forskjeller mellom landene både med hensyn til hvor store ressurser man bruker på eldreomsorgen og hvordan ressursene fordeles. Man har dels valgt ulike veier, og dels har de samme veivalg gitt seg ulike utslag fordi tidsrytmen har vært forskjellig. Vi skal sammenfatte og klargjøre noen av de mest karakteristiske forskjellene via to innfallsvinkler. Først ved å ta utgangspunkt i en sammenlikning mellom Danmark og Norge, og dernest ved å ta for oss Sverige spesielt, som i det minste når det gjelder tilgangen til tjenester står fram som en tilsynelatende fallen storhet. I hvert av avsnittene tar vi også opp mer generelle trekk og sammenlikninger på tvers av alle tre landene.

Dansk-norske kontraster

Vi kan for det første konstatere at Danmark har satset betydelig mer ressurser i eldreomsorgen enn hva Norge har gjort i hele perioden. Dette er illustrert i figur 4.4 (neste side – se også figur 4.1-4.2). Ressursinnsatsen er her målt ved antall årsverk i forhold til antall eldre over 80 år. Både ved inngangen til 1970-årene og så sent som i 1980 "investerte" Danmark ca.

Figur 4.4. Ressursvolum i eldreomsorgen i alt og derav til institusjonsomsorg i Danmark og Norge 1972-92^a



^aRessursvolum = sum årsverk pr. 100 i alderen 80 år+. For nærmere detaljer - se databasen i Appendix A.

50 prosent mer ressurser enn Norge målt på denne måten. Forskjellene har blitt noe mindre over tid, og var tidlig på 1990-tallet redusert til ca. 30 prosent, dels ved at Danmark hadde redusert sin ressursinnsats noe, og dels fordi Norge hadde økt sin. Den norske regjeringen har nylig (1997) presentert en "eldreplan" med økt satsning på pleie- og omsorgstjenestene i de kommende fire-fem årene (St.meld. nr. 50, 1996-97), som kan ytterligere utjevne forskjellene i ressursinnsats mellom de to landene, selv om storparten av den lovede veksten vil bli "spist opp" av det økte antallet gamle.

Profileringen av tjenestene er også klart forskjellig. Danmark har i denne perioden satset særlig mye mer enn Norge på hjemmetjenester. Å dømme etter den offentlige statistikken brukte Danmark mer enn det dobbelte av ressurser (årsverk) pr. eldre over 80 år i hjemmetjenestene sammenliknet med Norge i 1970 og 1980, og fortsatt betydelig mer (ca. 75-80 prosent) tidlig på 1990-tallet. Også Norge har hatt en profilforskyvning fra institusjonsbasert til åpen omsorg, men senere og i langt

mindre grad. Noe av forskjellen mellom landene kan nettopp ligge i den ulike tidsrytmen; at Norge var senere ute med å satse på hjemmetjenester, og senere “la om” fra en institusjonsdominert omsorgstjeneste til en profil med større vekt på boliger og åpen omsorg. Norge kan i så fall være i ferd med å følge etter i danske spor.

Norge har tradisjonelt, og især i den tidlige delen av perioden, vært det av de tre landene som har investert minst i hjemmetjenestene. Dette bidrar til å forklare at Norge har holdt sterkest fast ved institusjonstradisjonen, eller omvendt – at fordi så mye av ressursene har blitt dirigert til institusjonsomsorgen, har det blitt lite igjen til åpne omsorgstilbud. Norge hadde likevel lavere institusjonsdekning enn både Danmark og Sverige omkring 1970, men altså med enda lavere satsning på hjemmetjenestene. Nå har Norge den høyeste dekningen av “tradisjonelle institusjoner”, men færre “omsorgsboliger”, slik at det samlede tilbudet av “integreerte bo- og omsorgsformer” er lavest i Norge. Igjen kan det være tale om en tidsrytme, og at Norge er et tiår etter de to andre landene i utviklingstakt. Vi minner om at den ulike statistikkføringene gjør sammenlikninger problematiske, og man får ta det forbeholdet i betraktning.

Forskjellen mellom Danmark og Norge hva gjelder institusjonstradisjonen er påfallende også ved den ulike profileringen i medisinsk (Norge og Sverige) og sosial (Danmark) retning. Dette henger for Norges del sammen med reformer tidlig på 1970-tallet, der Norge satset særlig sterkt på sykehjem, som da kom inn under sykehusloven og ble overført til fylkene, med generøse statstilskudd for å stimulere utbyggingen. Danmark samlet sine to typer av aldersinstitusjoner under én hatt på omtrent samme tid, men forankret dem under den sosiale lovgivning og administrasjon, og de forble et kommunalt ansvar. Vi kan forøvrig notere oss at det var plejehjems-betegnelsen som levde videre i Danmark, ikke alderdomshjem, noe som kan antyde en medisinsk – i det minste en pleiemessig – dreining også i Danmark. Dette kan for begge landenes vedkommende være et svar på reduserte behov for aldershjemmenes tradisjonelle klientell og økt behov for pleie, men altså et noe forskjellig svar.

Norge har senere (1988) ført sykehjemmene tilbake til kommunene, men fortsatt som “medisinske” institusjoner, og det kan være arven fra de to ulike tradisjonene som forklarer at bostandarden i danske institusjoner er betydelig høyere enn i norske. Danske plejehjem hadde enerom til praktisk talt alle beboerne allerede tidlig på 1970-tallet, i Norge fikk man enerom til de fleste i aldershjemmene i løpet av 1970-årene mens nær fire av ti fortsatt må dele rom i norske sykehjem. I Sverige er forøvrig bostandarden i sjukhem/långvård enda dårligere, spesielt i långvården, som er det mest sykehushnære tilbudet (jfr. tabell 2.3). Hvorvidt den medisinske pleien er av høyere standard i Norge (og Sverige) sammenliknet

med Danmark, vet vi ikke. Den tilsynelatende sterkere medisinske orienteringen i norsk (og svensk) sammenliknet med dansk eldreomsorg kan også illustreres ved at Norge har satset relativt mer av sine hjemmetjenesteressurser på hjemmesykepleie enn hva Danmark har gjort, men altså betydelig mindre på hjemmehjelp. Danmark fulgte så opp med den såkalte "eldreboligloven" (1987) og bekreftet og forsterket derved sin sosiale tradisjon.

Det er rimelig å anta at disse lovgivningsmessige og organisatoriske forskjellene kan ha hatt betydning for de ulike retningene landene så fulgte, men det forklarer ikke hvorfor man valgte ulikt i utgangspunktet. Det er sannsynligvis et mangfold av faktorer som ligger bak. Forskjeller i kulturell, faglig, økonomisk og politisk tradisjon. Mer prosaiske ting som geografi og bosetning kan også spille inn. Store avstander og spredt bosetning kan ha innbudt til institusjonsløsninger for Norges del, mens korte avstander og nærhet kan ligge bedre til rette for boliger og åpne omsorgstilbud, slik tilfellet er i Danmark. På den annen side forsterkes forskjellene mellom landene av den ulike geografien. De store norske avstandene, og den større tid man derfor må bruke på reise mellom brukerne, "burde" vært kompensert med ekstra ressurser i hjemmetjenestene for å kunne gi et sammenliknbart tilbud. Den større romslighet i dansk sammenliknet med norsk hjemmetjeneste blir ytterligere generøs via denne forskjellen.

Det er vanskelig å se at landenes ulike evne (økonomi) skulle bidra vesentlig til å forklare forskjellene, selv om konvergensen de senere år kan være et resultat av stigende norsk velstand. Tilgangen til personellressurser kan ha større betydning, ikke minst at kvinnenens inntog i det betalte yrkeslivet startet tidligere i Danmark (og Sverige). Norge har vært, eller kan i det minste inntil de senere årene ha vært, det mest tradisjonelle av landene i både økonomisk og kulturell forstand, både hva gjelder arbeidsliv, bosetting, familiemønster og kvinners stilling.

Det er dermed nærliggende å knytte deler av forskjellene mellom landene til forskjeller i verdier, kultur og tradisjoner, dels på det allmenne plan, men dels også innenfor eldreomsorgen som sådan. At Norge hadde sin store "eldreomsorgskomiteé" under arbeid omkring 1970, da "tidsånden" inbød til sykehjemsløsningen, mens Danmark hadde sin "ældre-kommisjon" et tiår senere under et annet "klima", kan ha bidratt til de ulike veier landene fulgte.

I Norges fortsatt store tillit til institusjonsløsningen ligger kanskje dels også at medisinsk tenkning står særlig sterkt her (alderdom som sykdom), og at man har vært mer tilbakeholdne med å strekke det offentlige ansvaret inn i privatboligene og familiesfæren enn i nabolandene.

Det er et generelt trekk at det offentlige (staten og kommunene) først

inntok en residuell rolle, med ansvar bare for dem som falt utenfor familiens sikkerhetsnett, og da ved å organisere dette ansvaret nettopp i sine egne (offentlige) institusjoner. Dernest anerkjente man at enkelte behov var av en slik art eller av et slikt omfang at det begrunnet et offentlig – og faglig fundert – ansvar også for personer med tilgang til familie. Man anerkjente i stigende utstrekningen *individets* behov og rettigheter, uavhengig av familien, men fortsatt oftest innenfor sine egne (offentlige) institusjonelle sammenhenger. Introduksjonen av hjemmetjenester representerte en utvidelse av det offentlige ansvarsrom med et ansvar også på “bortebane” og ofte i samspill med familien. Motivene var tildels rent pragmatiske og økonomiske, f.eks. ved at det man investerte i hjemmene kunne betale seg i form av mindre behov for institusjonsomsorg, men det var under alle omstendigheter en utvidelse av grensene for det offentlige ansvaret, forøvrig en utvidelse som “den skandinaviske modellen” gjerne blir kritisert for fra land med andre velferdstradisjoner, der man har operert med snevrere grenser for det offentlige ansvaret.

Det er derfor karakteristisk at den nordiske eldreomsorgen skiller seg særlig sterkt fra eldreomsorgen i andre land nettopp hva gjelder tilbud om hjemmetjenester. Institusjonsdekningen er som nevnt innledningsvis ikke spesielt høy sammenliknet med land som Tyskland og Frankrike, men når det gjelder hjemmetjenester er det bare Nederland som har et tilnærmet tilsvarende tilbud (Nijkamp et al. 1990, Walker et al. 1993, Walker 1993, Daatland 1996). Hjemmetjenester er lite utviklet i andre europeiske land, som i stedet prioriterer økonomisk støtte for at familiene selv kan stå for hjemmeomsorgen. Denne praksis følger av det såkalte “subsidiaritetsprinsippet”, der det offentlige først trer inn når oppgavene ikke kan løses privat og/eller uformelt.

Mange Europeiske land er forøvrig i ferd med å styrke innsatsen på det sosiale/omsorgsmessige området. Man har tradisjonelt hatt bedre dekning og finansiering av medisinske tjenester, men innfører nå – slik Tyskland allerede har gjort – en såkalt “long-term care” forsikring som finansieres via øremerkede forsikringspremier (Schulte 1996). Man kan “ta ut” sin forsikring i form av tjenester eller kontanter, og erfaringene er at flertallet foreløpig velger kontantstøtte, kanskje delvis fordi det foreløpig er lite utbygde hjemmetjenester.

Det har også i Skandinavia, og framfor alt i Norge, vært påfallende stor forskjell mellom hva det offentlige har vært villig til å investere av ressurser til eldre *innenfor institusjonsporten* sammenliknet med eldre *i hjemmeomsorgen*. Noe av forskjellen mellom Norge og Danmark kan ligge nettopp her, at Norge i større grad “henger fast ved” – eller “hegner om” – de tradisjonelle grensene mellom hva som er det offentliges ansvar og hva som bør være familiens.

Svensk nedtur?

Utviklingen i Sverige skiller seg påfallende ut, først ved den særlig sterke veksten og det høye tilbudsvolumet i de tidlige årene, og dernest ved den store nedgangen i *tilgang* til tjenester deretter.

Det karakteristiske er også samtidigheten i utviklingstakten; en samtidig vekst og en samtidig nedgang i den samlede tilgangen til institusjoner og serviceboliger på den ene siden og av hjemmetjenester på den andre. Denne parallelliteten gjør det, som nevnt, nærliggende å knytte hovedforklaringen til “konjunkturer” og ikke til behov og behovspres; med andre ord til en vekst under gode konjunkturer og en nedgang under dårlige.

Konklusjonen må modereres når vi ser utviklingen via *ressursinnsatsen* og ikke tilgangen til tjenester. Sverige er det av landene som tradisjonelt har brukt mest ressurser på velferdsstaten, og trolig også mest i eldreomsorgen inntil de senere årenes moderasjon (Jansson et al. 1987). Dette kan også ha sammenheng med at man gjerne har valgt dyre løsninger, f.eks. bruk av långvårdsklinikker ved sykehusene i den funksjon som norske sykehjem og danske plejehjem fylte i sine land til lavere kostnad (Jansson et al. 1987). Man var også tidlig ute med døgn- og helgebaserede tilbud, som i seg selv er ressurskrevende. Tilgangen til tjenester har dermed ikke vært tilsvarende stor som ressursbruken skulle tilsi.

Sverige kan muligens være et eksempel på hvordan et sammenfall av tid, ressurser (evne) og ideologi (vilje/retning) har preget utviklingen. Sverige var det ledende landet i byggingen av velferdsstaten (“folkhemmet”) og hadde store ressurser og høye ambisjoner i så måte. Men retningen var preget av tidens “latin”. Hjemmetjenestene ble bygget raskt og sterkt ut i 1960-årene, men i bredde og små porsjoner etter datidens standard. Og selv om institusjonene var under kritikk i den tidlige perioden av velferdsstatens framvekst, var institusjonstradisjonen fortsatt såpass sterk, og ressurser og ambisjoner såpass høye, at man bygget videre ut også i den sektoren.

Sverige hadde allerede i utgangspunktet (på 1950-tallet) et stort institusjonstilbud, og den videre utbyggingen førte til et særdeles høyt volum omkring 1970, da tilbudet kulminerte med en dekning som tilsvarte 48 plasser pr. 100 av befolkningen over 80 år (jfr. figur 2.9). Med dagens fordeling, der ca. 75 prosent av institusjonsbeboerne er over 80 år, kunne man gitt plass til hele 36 prosent av aldersgruppen.

I realiteten var institusjonene, som tidligere redegjort for, brukt som tilbud også for andre grupper og behov, fordi det var mangel på alternative tilbud og fordi det var tidens løsning. Boligstandarden var lavere, og førte mange inn i institusjon på grunn av dårlige boliger mer enn dårlig helse. Selv om helsetilstanden jevnt over var dårligere og kunne begrun-

net en relativt høyere institusjonsdekning enn i dag, var det på den annen side relativt flere sterkt omsorgstrengende i hjemmeomsorgen, fordi man ofte delte hushold med voksne barn. Under alle omstendigheter var institusjonsvolumet da – og tildels på grunn av dette sammenfall av omstendigheter – blitt eksepsjonelt høyt og langt høyere enn man i dag ville se som ønskelig og nødvendig.

Institusjonsdekningen er for Sveriges del blitt mer enn halvert siden den tid når vi måler den som antall plasser i forhold til befolkningen over 80 år, og den er nå omtrent tilbake på nivået fra 1950-tallet. Selv når vi inkluderer serviceboliger (omsorgsboliger) er den samlede dekningen (plasser pr. befolkning 80 år+) ca. 30 prosent lavere enn i 1970. Fordi tilbudet etterhvert ble målrettet mot de eldste, er andelen over-åtti-årige med slike tilbud ikke like sterkt redusert.

Det var gode grunner til en revurdering av profilen på 1970-tallet, ikke bare innenfor institusjonsomsorgen men også i hjemmetjenestene. De hadde blitt utvidet fra å være et tilbud til ganske få til å gis til nær hver fjerde pensjonist i løpet av en periode på ca. 20 år, men altså med bare litt hjelp til hver enkelt. De aller seneste årenes omprofilering, med radikal reduksjon av tilgang, men med stadig mer ressurser anvendt på gjennomsnittsbrukeren (jfr. figur 2.16), kan ha blitt tilskyndet av den økonomiske krisa i Sverige. Men det er altså først de aller siste årene man kan avlese “nedgangen” som redusert *ressursinnsats* i forhold til antall gamle i befolkningen. Standard- og kostnadsvekst, og herunder kanskje også mer kostbare driftsformer, har tatt en stadig større del av ressursene, og regnskapet har blitt balansert med radikal innsnevring av tilgangen til tjenestene.

De løsninger man valgte i gode tider kan ha hatt ringvirkninger i årene som fulgte, og kan representere en “sti-avhengighet” i både tjenestestruktur, bygningsmasse og tenkemåte. Strukturproblemene og de dårligere konjunktorene for velferdsstaten såvel økonomisk som politisk kan kanskje også forklare at det nettopp er Sverige som (foreløpig) har gått lengst i retning av *privatisering* i eldreomsorgen. Denne “privatiseringen” tar ulike former. Det dreier seg dels om en dreining fra offentlige til markedsorienterte løsninger – en “markedisering”, fundert i liberalistisk ideologi. Men dels dreier det seg også om en dreining i mer tradisjonell konservativ retning, der det offentlige ansvaret avgrenses og gjøres mer indirekte, med forskyvning av ansvar over mot familien (“familialisering”), mot individet selv (“individualisering”) og mot humanitære organisasjoner – den såkalt tredje sektor. Retorisk begrunnes dette gjerne med at “velferdsstaten” skal erstattes av “velferdssamfunnet” og at det skal bli økt “velferdspluralisme”, med stimulans til at flere aktører kan virke sammen i et produktiv mangfold og samvirke (jfr. Svetlik 1991).

Mer konkret kom denne typen forskyvninger til uttrykk ved å innføre konkurranseelementet i kommunene, der private aktører og kommunens egen organisasjon kunne konkurrere om entreprisen for pleie- og omsorgstjenestene, slik man allerede tidligere hadde gjort for andre av kommunens tjenesteområder. I løpet av noen få år på 1990-tallet har private aktører, især private firmaer, økt sin andel raskt, og det er anslått at ca. fem prosent av de samlede ressursene i svensk eldreomsorg nå forvaltes av private firmaer, i noen kommuner langt mer (Johansson 1997). Det var oftest høyrestyrte (moderaterna) bykommuner som startet denne trenden etter den borgerlige valgseieren tidlig på 1990-tallet, men da sosialdemokratene siden overtok, fortsatte man den praksis som var etablert. Enten fordi det kunne være vanskelig å endre noe som allerede var i gang, fordi ordningene fungerte godt, eller fordi verdier og holdninger hadde endret seg og den ideologiske konflikten var avløst av en mer pragmatisk holdning (Johansson 1997). I dag skal det være forholdsvis bred enighet om prinsippet om konkurranseutsetting, men det ligger trolig ulike motiver til grunn, herunder ulike oppfatninger om hvor aktiv og direkte det offentliges rolle bør være.

Alle tre landene har forøvrig en lang tradisjon av private aktører i (den formelt organiserte) eldreomsorgen, men da via de frivillige organisasjonene. Den store utbyggingen av tjenestene fra 1950- og 1960-årene av skjedde imidlertid i offentlig regi, og det offentlige ble snart helt dominerende. Den “nye privatiseringen”, der tjenesteytingen i stigende utstrekning blir kontraktert ut til private firmaer og organisjoner, skjer på et annet grunnlag. Tidligere gikk organisasjonene inn fordi det manglet offentlige tilbud. Nå går private aktører inn for å drive etablerte tjenester, med finansiering fra – og under tilsyn av – det offentlige.

Sverige har som nevnt ledet an og gått lengst i denne retningen. Denne form for privatisering har foreløpig langt mindre omfang i Danmark og Norge. For Norges del kanskje fordi økonomien er sterkere, i Danmark kanskje fordi den kommunale eldreomsorgen har vist stor omstillings-evne, og kommunene er derfor kanskje bedre fornøyd med den drifts- og organisasjonsform som allerede er etablert. Men det er også en del norske og danske kommuner som er i ferd med å følge det svenske eksempelet, og Skandinavia kan dermed være i ferd med å konvergere mot den kontinental-europeiske modellen, der det offentlige gjerne inntar en indirekte rolle og finansierer og fører tilsyn med tjenester som utføres på kontrakt av private firmaer og organisasjoner.

Reduksjonen av tilgang til tjenester innbyr dessuten i seg selv til private løsninger, men da mer indirekte via unnlattelse, som på den ene siden legger økt press på familiene og som på den andre siden gir rom for private tilbud for å fylle tomrommet for dem som faller utenfor. I den økte

egenbetalingen (Sverige, Norge) ligger også et privatiseringsselement, og i overgangen fra institusjoner til omsorgsboliger ligger en avgrensning av det offentlige ansvaret til *tjenestene*, mens beboeren (i det minste i prinsippet) har ansvaret for selve *boligen*.

Her kan økonomiske hensyn og hensynet til autonomi og “normalisering” møtes i samme løsning, og det kan være vanskelig å vurdere hvilket motiv som er det sterkeste. At pensjonister flest har fått bedre økonomi spiller nok også inn i denne omprofileringen av ansvarsfordelingen.

Et fellestrekk ved alle tre landene er at hensynet til samfunnsøkonomien, herunder “det nødvendige” i å begrense veksten i offentlig sektor, har fått økt gjennomslag i den politiske hverdagen, nær sagt uansett om økonomien skranter (Sverige) eller blomstrer (Norge). Den langvarige arbeidsledigheten kan også spille inn i samspill med tidsrytmen. Under den store vekstperioden var det et sammenfall mellom økonomisk evne, politisk vilje og en økende anerkjennelse av kvinners rett til utdanning og arbeid. Kvinnene strømmet inn i den offentlige sektor, ofte nettopp til eldreomsorgen, til arbeid og ansvar man tidligere gjorde i hjemmet uten lønn. De siste 10-15 årene ønsker man å moderere veksten i den offentlige sektor, helst redusere den. Man erkjenner fortsatt at en stor del av omsorgsarbeidet utføres av kvinnene i familiene, men man frykter kanskje at en fortsatt utvidelse av tilbud om lønnet arbeid vil legge press på økonomien, og legger snarere opp til å “støtte” familien og kvinnene via tjenester og økonomiske tiltak som skal opprettholde familieomsorgen.

OPPSUMMERING: UTVIKLING, STATUS OG FORKLARINGER

Faser

De felles linjene kan i grove trekk oppsummeres i en serie av faser (jfr. også Romøren 1996), med variasjon i grad og tidsrytme mellom landene.

- Fase 1, ca. 1900-1950, som er kjennetegnet av overgangen fra fattigforsorg til eldreomsorg, med aldershjemmet i sentrum og som praktisk talt eneste tilbud.
- Fase 2, ca. 1950-1965, med etableringen av den grunnleggende strukturen av “den moderne eldreomsorgen”, med sterk og bred vekst både av institusjonsomsorg og især de nye hjemmebaserte tjenestene. Perioden er kjennetegnet av en utvidelse av det offentlige ansvaret; et voksende statlig engasjement via lovgivning og økonomiske virkemidler overfor kommunene.
- Fase 3, ca. 1965-75, som går fra sterk vekst til begynnende nivellering og revurdering. Under denne perioden skjer en utstrakt differensiering av

typer av tjenester, en heving av standarden og de faglige ambisjonene, især i medisinsk retning, og fortsatt med forholdsvis aktiv statlig styring.

- Fase 4, ca. 1975-85, perioden etter tidevannsskiftet omkring midten av 1970-årene (noe senere for Norge), der omprofileringen tar fart. Institusjonsdekningen reduseres, omsorgsboligene kommer til som alternativer, tildelingen av tjenester blir mer målrettet og selektiv. Ansvaret desentraliseres til kommunene, mens staten inntar en mer indirekte rolle via nøytrale økonomiske tilskudd til de ulike tjenester og etterhvert rammefinansiering (blokktilskudd) som overlater prioriteringene til kommunene innenfor en strammere statlig styring av de samlede ressurser. I dette ligger insentiver til å søke nye og rimeligere løsninger. Danmark var tidligst ute med en slik omlegging av forholdet mellom staten og kommunene (første halvdel av 1970-årene), Norge fulgte etter midt på 1980-tallet, og Sverige først tidlig i 1990-årene.

- Fase 5, ca. 1985 og framover, som i store trekk følger sporene fra fase 4, men øyensynlig med tiltakende knapphet. Det er vanskelig å vurdere endringer som ligger nær i tid, men “den skandinaviske modellen” kan stå ved et veiskille (Daatland 1997). Er den under revisjon for å kunne bli opprettholdt og bedre tilpasset en ny tid, eller er man i ferd med å fjerne seg fra “folkhemstradisjonen”?

En oppsummerende karakteristikkk av de tre landene kunne være at Danmark har vært preget av en vedvarende, relativt generøs satsning i eldreomsorgen, med sterk vilje til endring og modernisering. Norge er kjenetegnet av den moderate og vedvarende knapphet, med relativ stabilitet og med motstand mot endring fra det tradisjonelle mønsteret. Sverige er i denne sammenhengen ytterlighetenes land, og har beveget seg fra storhet via moderasjon til smalere ambisjoner, men med storheten bevart i enkelte nisjer.

Status

Den tiltakende knappheten innenfor eldreomsorgen de senere årene er først og fremst en knapphet i tilgangen til tjenester og mindre når den måles ved ressursinnsatsen. De relativt færre som får tjenester får i regelen mer ressurser enn tidligere, og standarden på tjenestene har i denne forstand økt gjennom alle årene. Mer ressurser betyr i noen tilfeller mer tid/personell, i andre tilfeller simpelthen større enhetskostnader.

Danmark og Sverige har redusert institusjonstilbudet betydelig, men tildels kompensert dette via utbygging av beskyttede boformer av ulik type. Norge har i større grad beholdt sitt tradisjonelle mønster. Danmark er det eneste av landene som fortsatt ser ut til å øke tildelingen av hjemme-

tjenester, riktignok beskjedent de siste årene, mens Norge og især Sverige reduserer tilgangen til slike tjenester. Sverige skiller seg ut med en særlig radikal innsnevring av tilgangen, mens den nye eldreplanen kan komme til å løfte det norske nivået noe i årene som kommer. Vi understreker at det er langt fra tallene i den offentlige statistikken til eldre menneskers hverdag, men resultatene fra den sammenliknende studien av intervjuundersøkelser i de tre landene (jfr. kapittel 3) bekrefter for hjemmetjenestenes del i store trekk inntrykket basert på data fra den offentlige statistikken.

Tross den i alminnelighet reduserte tilgangen de siste årene landene sett under ett, har likevel flertallet av de eldste i befolkningen en eller annen omsorgstjeneste. Skal vi dømme etter den offentlige statistikken er i overkant av 9/10 av de over-nitti-årige brukere av omsorgstjenester i Danmark og Norge (ca. 8/10 i Sverige) – omtrent likelig fordelt på institusjoner/omsorgsboliger og hjemmetjenester. Mellom ca. 40 (Sverige) og 60 prosent (Norge, Danmark) i alderen 80-89 år har også tilgang til tjenester, dels i institusjon/bolig, men relativt oftere via hjemmetjenestene. Tatt i betraktning at en del har god helse og er mer eller mindre selvhjulpne også i høy alder, er bruksratene såpass høye at man får inntrykk av at de fleste med behov for omsorgstjenester på en eller annen måte er fanget opp av tjenestene i Danmark og Norge, men mindre trolig i Sverige. Men man får ikke nødvendigvis den type og mengde hjelp man trenger. Tiden ser i så måte ut til å ha blitt et tiltakende knapphetsgode, især i hjemmetjenestene, og blir forsøkt kompensert ved "effektivisering" som bringer hjelpene raskt inn og ut av hjemmene.

Dagens status varierer mellom landene, men framfor alt mellom kommuner innenfor hvert av landene. "Krise i eldreomsorgen" kan være betegnende for noen kommuner, men landsgjennomsnittene er på et holdsvist høyt nivå, selv om tilgangen til tjenester har blitt knappere de siste årene i Norge og framfor alt Sverige. Det er likevel vanskelig å finne andre land som i gjennomsnitt har tilsvarende høye dekningsstall og tilsvarende standard som i Skandinavia, framfor alt hva gjelder hjemmetjenester, men det kan finnes vel så generøse nisjer og distrikter i disse andre landene.

Bidrag til forklaringer

Utviklingen har naturligvis sammenheng med behovsutviklingen; at det har blitt flere gamle, at husholds- og familieforhold har endret seg m.v. Men det er ingen enkel og direkte sammenheng her. En av konklusjonene i forrige kapittel var at den ulike utviklingen i hjemmetjenestene i de tre landene de siste årene ikke kunne forklares ved ulikheter i behov.

Den store økningen i de tidlige årene av perioden var også langt større enn økningen av “behov” skulle tilsi, og var del av en generell utvidelse og utbygging av velferdsstaten som ikke bare berørte eldre mennesker. Utvidelsen fra institusjoner til hjemmetjenester var likeledes et uttrykk for en utvidelse av velferdspolitikken og av grensene for det offentlige ansvarsområdet.

Endringer i økonomien, i arbeidsliv og familieliv, og herunder i synet på kvinners rolle og rettigheter bidro også til å endre oppfattelsen av hvilke behov som representerte legitime krav på et tilbud fra profesjonelle og offentlige tjenester. Faglig utvikling, spesielt innenfor medisin/geriatri, stimulerte de generelle ambisjonene, og ga dem ny retning. Verken utviklingen over tid, de tildels betydelige forskjeller mellom landene, og de enda større forskjeller mellom kommuner innenfor hvert av landene, kan forstås som resultater av en mer eller mindre passiv tilpasning til endringer i “behov”.

Eldreomsorgen er formet av politiske og faglige valg og prioriteringer og av de rammebetingelser som man handler innenfor. Blant disse rammebetingelsene har økonomien en sentral plass. Ikke bare som “evne”, men også som politikk og ideologi (“vilje”). Vi kan observere økonomiens innflytelse på utviklingen, men også begrensningene ved en rent økonomisk forklaring, f.eks. hva gjelder forskjeller mellom dansk og norsk ressursinnsats.

Selv om ansvaret for eldreomsorgens tjenester tradisjonelt har ligget i kommunene, og kommunene også tradisjonelt har hatt betydelig selvstendighet og handlingsrom i de skandinaviske landene, har staten spilt en viktig rolle. Etableringen av nasjonale pensjonsordninger ga f.eks. kommunene muligheter for å utvide sitt ansvar for tjenesteproduksjonen, og reduserte behovet for fattigforsorg, fattigstuer og gamlehjem. Nasjonal lovgivning etablerte standarder og var ideologisk styrende, og statlige økonomiske tilskudd stimulerte utbyggingen av tjenester som kommunene i regelen allerede hadde startet på egen hånd. Selektiv og varierende statlig støtte for ulike typer av tjenester bidro til å stimulere utbyggingen av noen tjenester framfor andre, f.eks. medisinske tjenester (sykehjem, hjemmesykepleie) framfor sosiale (aldershjem, hjemmehjelp) for Norges del, og serviceboende og hjemmehjelp som erstatning for alderdomshem for Sveriges del etter 1965.

Overgangen til nøytrale statstilskudd og senere til blokktilskudd basert på behovskriterier, med større ansvar og frihet for kommunal prioritering, endret også rammebetingelsene for kommunene og var insentiver for endring. Disse reformene var foregrepet av de store kommunesammenslåingene på 1960-tallet. Reformene innebar ikke bare økt ansvar og større handlingsrom for prioriteringer i kommunene, men også et

strammere statlig grep om de samlede ressursene. Når Danmark deretter var tidligst ute med desentralisering og overgang til rammefinansiering, kan dette ha bidratt til de tidlige og store endringene i tjenesteprofil nettopp i Danmark, men det forklarer ikke de store endringene i Sverige i årene før den liknende reformen ble gjennomført der. Den relative stabilitet og “tradisjonsbundethet” i Norge kan forøvrig ha sammenheng med at kommunesammenslåingen var mindre radikal her, og lot etter seg langt flere kommuner – og dermed langt flere små kommuner – enn i nabolandene.

Vi mener også å ha observert virkningen av “sti-avhengighet” – av allerede etablerte strukturer som kan være førende for den senere utviklingen. Det kan her dreie seg om materielle strukturer, f.eks. en stor bygningsmasse av aldershjem eller sykehjem, men også om tradisjoner i tenkemåte. Holdningene til aldring og alderdom kan i seg selv representere en slik tradisjon. I løpet av dette århundret har den forventede levealderen økt fra noe over 50 år til ca. 80 år. Selv om brorparten skyldes redusert barnedødelighet, er det også lagt flere år til livet i eldre år, og dagens gamle mennesker er i regelen sprekere enn deres jevngamle fra tidlig i århundret. Men våre oppfatninger kan henge etter, og nåtidens eldreomsorg kan i unødig grad være preget av holdninger fra tidlig i århundret eller for den sakens skyld fra den tiden “den moderne eldreomsorgen” ble etablert og fant sine tjenesteformer.

Ideologi og holdninger kan imidlertid også endre seg raskt og følge mer lokale strømninger. Et eksempel i så måte er at Norge og Sverige synes å skille seg fra Danmark med en sterkere medisinsk profilering av tjenester og tenkemåter, som kanskje dels bidro til – og dernest ble forsterket av – at sykehjem/långvård i en mellomperiode ble en del av den spesialiserte helsetjenesten i fylker/landsting i Norge og Sverige, men ikke i Danmark.

Politiske og faglige prioriteringer kan også være påvirket av kulturelle forskjeller som har lange historiske linjer i hvert av landene. Det er vanskelig å konkretisere og “teste” slike hypoteser av flere grunner, blant annet fordi slike typer påvikninger skjer i samspill med en rekke andre faktorer. Alt i alt gir det trolig større mening å se de store linjene i eldreomsorgen, og de store linjene i forskjellene mellom landene, som formet “utenfra” eldreomsorgen selv. Eldreomsorgen er del av den større velferdspolitikken, og kan kanskje bedre forstås som sådan enn som et tilsvarende til aldring og eldre menneskers spesifikke behov. Nedinstitusjonaliseringen er f.eks. en del av en generell trend, og finnes innenfor psykiatrien såvel som i omsorgen for psykisk utviklingshemmede.

Eldreomsorgen er samtidig en av de store sektorene i velferdsstaten, og framstår ofte som et symbol og et barometer for velferdssamfunnets

kvalitet. Eldre mennesker er de fremste blant “de verdig trengende”, kanskje dels fordi vi alle skal bli gamle og kan få behov for pleie og omsorg. Det er dermed også særlig stor oppslutning i befolkningen om generøse og gode tjenester til eldre mennesker, og i det minste foreløpig også sterk oppslutning om et offentlig ansvar for disse tjenestene (Andersen 1991, Andersson 1993, Andersson & Daatland 1994, Martinussen 1992). Dette kan komme til å endre seg, for alderdom og eldre mennesker har i tiltakende grad blitt presentert som en “trussel” mot den alminnelige velferd. Det reises tvil om vi har råd til å finansiere velferdsstaten i en framtid med en økende andel eldre i befolkningen. “Eldrebølgen” blir framstilt som en abnormalitet, ikke som et ønsket resultat av et bedre samfunn som har gitt stadig flere anledning til å leve sitt liv til ende (Daatland 1995b).

De senere årenes knapphet i offentlig sektor, hva enten den er reell eller primært har sin bakgrunn i en sviktende vilje til prioritering av offentlige velferdstilbud, har stimulert diskusjonen om retningen framover. Den “skandinaviske modellen” (jfr. Esping-Andersen 1990), med et sterkt og direkte offentlig ansvar i velferdsproduksjonen kan være i ferd med å vike. Dels ved en tilbakevending til den “konservative tradisjonen”, som preger Tyskland og storparten av det kontinentale Europa, med vekt på humanitære verdier, og med staten i en mer indirekte rolle, mens tjenester og pensjoner ofte organiseres via humanitære organisasjoner og yrkesbaserte ordninger. Dels også ved økte innslag fra den “liberale/residuale modell” med lite offentlig ansvar og større vekt på private løsninger i markedet, slik USA er et kjerneeksempel på (Daatland 1997).

De skandinaviske velferdsstater vokste fram fra, og i kontrast til, en periode der det var humanitet og medfølelse som skulle forplikte og begrunne et kollektivt ansvar for svake, fortrinnsvis gjennom organisert veldedighet i det sivile og religiøse samfunn. I utviklingen av den Skandinaviske velferdsstaten lå en inkludering av alle som borgere, der behov avfødte rettigheter overfor det offentlige. De senere årenes knapphet har dels aktualisert de gamle løsningene via direkte og indirekte “stimulering” av familiens og det sivile samfunns medfølelse og medansvar, og har dels også brakt nye toner inn i det offentlige, der samfunnsmessig nytte, individuelle preferanser og markedstenkning gis økt vekt. Det er foreløpig usikkert om de endringer vi kan observere med utgangspunkt i eldreomsorgen er uttrykk for justeringer for å bevare og styrke den skandinaviske modellen med tanke på en ny tid og nye utfordringene, eller om det dreier seg om et begynnende paradigmeskifte, der Skandinavia konvergerer mot den kontinental-europeiske konservative tradisjonen, eventuelt mot den liberalistiske som vi kjenner fra USA. Den skandinaviske velferdsstatsløsningen bygget kanskje på en homogenitet av erfaringer og

livsvilkår som er i ferd med å smuldre, og støtten for felles og kollektive løsninger kan komme til å svekkes dersom befolkningen blir mer segmentert i heterogene grupper, der følelsen av felles skjebne, felles interesser og felles ansvar kan være mindre.

Referanser

- Alm Andreassen, T. & Jagmann, H. (1992). 'Pleie eller omsorg? Konsekvenser av integrerte hjemmetjenester', i S.O. Daatland & P.E. Solem (red.), *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, B.R. (1991). *Velfærdsstaten i Danmark og Europa*. København: Forlaget Fremad.
- Andersson, L. (1993). *Äldre i Sverige och Europa*. Ädel-utvärderingen 93:4. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Andersson, L. & Daatland, S.O. (1994). Hva mener svenske og norske eldre om eldreomsorgen? *Aldring & Eldre*, 4, 20-28.
- Andersson, L. & Johansson, L. (1996). 'Äldres behov av och inställning till hjälp och vård', i *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädel-utvärderingen 96:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bebbington, A. & Davies, B. (1993). Efficient targeting of community care: The case of the home help service. *Journal of Social Policy*, 22, 373-391.
- Berg, S. & Sundström, G. (1989). *Kommunal og regional variation inom äldreomsorgen*. Jönköping: Institutet för gerontologi, rapport nr. 70.
- Boll Hansen, E. & Platz, M. (1995a). *80-100-åriges levekår*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 95:14 og AKF-forlaget.
- Boll Hansen, E. & Platz, M. (1995b). *Kommunernes tilbud til ældre*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 95:15 og AKF-forlaget.
- Boll Hansen, E. & Platz, M. (1996). *Gamle danskere*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 96:24 og AKF-forlaget.
- Daatland, S.O. (1986). *Boform og husholdsstruktur i eldre år. Endringer i perioden 1960-1980*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2/86.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for? On family solidarity and preference for help. *Ageing and Society*, 10, 1, 1-15.
- Daatland, S.O. (1994). *Hva skjer i eldresektoren?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 1/94.
- Daatland, S.O. (1995a). Omsorgstjenestene: Kan ulike modeller gi likeverdige tilbud. *Aldring & Eldre*, 2, 10-14.
- Daatland, S.O. (1995b). Alderisme. *Aldring & Eldre*, 3, 2-9.
- Daatland, S.O. (1996). 'Adapting the Scandinavian model of care for elderly people', in P. Hennessy (ed.), *Caring for frail elderly people: Policies in evolution*. Paris: OECD, Social policy studies no. 19.

- Daatland, S.O. (1997). Welfare policies for older people in transition? Emerging trends and comparative perspectives. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 6, 153-161.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (red.)(1992), *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Daatland, S.O. & Sundström, G. (1985). *Gammal i Norden. Boende, omsorg og service 1965-1982*. Stockholm: Nordisk ministerråd.
- Daatland, S.O. & Svorken, B. (1996). *Eldreråd og eldre innflytelse*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 3/96.
- Danmarks Statistik (1989). *Efterretninger. Social sikring og retsvæsen 1987*.
- Danmarks Statistik (1996). *Efterretninger Social sikring og retsvæsen 1994*.
- Danmarks Statistik (1981). *Statistisk Årbog 1981*.
- Danmarks Statistik (1994). *Statistisk Årbog 1994*.
- Diderichsen, F., Kindlund, H. & Vogel, J. (1993). Kvinnans sjukfrånvaro. *Läkartidningen*, 90, 4, 289-292.
- Edebalk, P.G. (1991). *Drömmen om ålderdomshemmet. Åldringvård och socialpolitik 1900-1952*. Lund: Meddelanden från socialhögskolan, 1991:5.
- Eliasson, R. (1992). Hemtjänsten: Om ramar, rationaliseringar och rationaliteter. *Aldring & Eldre*, 2, 18-23.
- Eliasson Lappalainen, R. & Szebehely, M. (1996). 'Äldreomsorg, kvalitetsssäkring och välfärdspolitik', i J. Palme & I. Wennemo (red.), *Generell välfärd - hot och möjligheter?* Välfärdsprojektet, skriftserie Fakta/kunskap nr. 3. Stockholm: Socialdepartementet.
- Elofsson, S., Undén, A-L. & Krakau, I. (1996). Kvinnors hälsa försämrad sedan 1993. *Läkartidningen*, 93, 38, 3233-3236.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Finansdepartementet (1997). *Kvalitetsutvecklingen inom den kommunala äldreomsorgen 1970-1980. Rapport til expertgruppen för studier i offentlig ekonomi*. Stockholm: Almänna förlaget, Ds Fi 1987:6.
- Gaunt, D. (1983). *Familjeliv i Norden*. Malmö: Gidlunds.
- Gaunt, D. (1995). "Vård i hemmet i stället för vårdhem" - den socialpolitiska bakgrunden till hemtjänstens uppkomst', i D. Gaunt & G. Lantz (red.), *Vård i hemmet - etiska aspekter*. Stockholm: Liber.
- Gough, R. (1990). 'Arbetsorganisation och samverkan', i L. Johansson & G. Alaby (red.), *Den nya äldreomsorgen*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Gulbrandsen, O. (1995). *Bolig eller institusjon? Ulikhet i eldreomsorgen i kommunene og nye omsorgsboliger i 1994*. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt, prosjektrapport 170.
- Gottschalk, G. (1995). *Boligstandarden i plejehjem og andre institutioner*. Hørsholm: Statens byggeforskningsinstitutt, rapport 249.
- Gruenberg, E.M. & Hagnell, O. (1987). 'The rising prevalence of chronic brain syndrome in the elderly', in L. Levi (ed.), *Society, stress, and disease, volume 5: Old age*. Oxford: Oxford University Press.
- Hatland, A. (1984). *Folketrygdens framtid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helset, A. (1991). 'Kvinner i Norden; et langt liv med mye sykdom?', i A. Helset (red.), *Gamle kvinner i Norden - deres liv i tekst og tall*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 6/91.

- Hunt, A. (1988). 'The effects of caring for the elderly and infirm on women's employment', i A. Hunt (ed.), *Women and paid work. Issues of equality*. Institute for Employment Research, University of Warwick. London: The MacMillan Press LTD.
- Irminger, Å. (1992). *Hjemmet som arbejdsplads*. København: Socialministeriets informations- og konsulentvirksomhed (SIKON).
- Jakobsson, G. & Rosengren, Å. (1994). *Kartläggning av äldreomsorgen i fem nordiska kommuner. Preliminära resultat*. Nordiska modellkommunsprojektet NOVA. Helsingfors: Svenska social- och kommunalhögskolan.
- Jansson, T., Wallberg, E. & Albrektson, K. (1987). *Äldreomsorg i Norden. Kostnader, kvalitet, styrning*. Stockholm: Statskontoret 1987:34.
- Johansson, L. (1997). Den svenska "eneroms-historien". *Aldring & Eldre*, 2, 30-35.
- Johansson, L. & Thorslund, M. (1991). Servicehus för vem? *Socialmedicinsk tidskrift*, 2-3, 99-104.
- Kangas, O. & Palme, J. (1989). *Public and private pensions: The Scandinavian countries in a comparative perspective*. Stockholm: Institute of social research, meddelande 3/1989.
- Lagergren, E. (1996). 'Äldres hjälpbehov och social hemhjälp. En jämförelse över tiden', i *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädel-utvärderingen 96:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lagergren, M. (1994). *The ASIM-system: A tool for monitoring, evaluating and planning of the long-term care for elderly and disabled people*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Lauvli, M. (1991). *Utbygging av serviceboliger i Norge*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2/91.
- Lauvli, M. (1992). *Servicebolig. Selvstendighet og trygghet under samme tak?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 5/92.
- Lauvli, M. (1996). *Tur-retur sykehjemmet. Om korttidsopphold i sykehjem*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 4/96.
- Lindeborg, K. & Lindström, K. (1996). Kännbar hemtjänstavgift för pensionär. *VälfärdsBulletinen*, 6, 8-9.
- Lingsom, S. (1989). *Gammel og sprek. Om endringer i eldres hjelpebehov*. Oslo: Institutt for sosialforskning, INAS-rapport 89:8.
- Lingsom, S. (1991). *Hjelp etter behov? Offentlig og privat omsorg for hjemmeboende eldre*. Oslo: Institutt for sosialforskning, INAS-rapport 91:5.
- Lingsom, S. (1993). Fra studentopprør til eldreomsorg. Hvordan er 68-ere som omsorgsgivere? *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 297-317.
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. Oslo: Forskningsinstituttet NOVA, rapport 6/97.
- Lo-Johansson, I. (1952). *Ålderdoms-Sverige*. Stockholm: Albert Bonniers förlag.
- Løwe, T. (1997). *Kommunenenes bruk av omsorgslønn*. Oslo: Forskningsinstituttet NOVA, rapport 2/97.
- Martinussen, W. (1992). 'Solidaritetens grenser: Økt generasjonsstrid om godene?', i S.O. Daatland & P.E. Solem (red.), *Og du skal leve lenge i landet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myrdal, A. & Myrdal, G. (1934). *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm: Bonniers.
- Møller, K.W. (1996). *Den moderne alderdom*. København: Frydenlund.
- Nijkamp, P. et al. (1990). *Services for the elderly in Europe: A cross-national comparison*. Brussels: Commission of the European Communities.

- NOMESKO 1996:47. *Health Statistics in the Nordic Countries 1994*. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité.
- Nordisk statistisk årsbok 1992*. København: Nordiska Statistiska Sekretariatet.
- NOU 1992:1. *Trygghet, verdighet, omsorg*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, Norges offentlige utredninger.
- Næss, S. & Wærness, K. (1996). *Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980-1995*. Bergen: SEFOS.
- Nygård, A-M. (1994). 'Omsorg for aldersdemente - utviklingstrekk, utfordringer og etiske betraktninger', i P.E. Solem et al. (red.), *Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Odén, B. (1996). Rätten till en god ålderdom. *Aldring & Eldre*, 4, 20-29.
- OECD (1996). *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. Paris: OECD, Social policy studies no. 19.
- Olsen, B. (1992). 'Hjemmehjelpstjenesten i endring', i S.O. Daatland & P.E. Solem (red.), *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsen, B. (1994). Nye egenbetalingsforskrifter for hjemmetjenester - friere tøyler for kommunene. *Aldring & Eldre*, 2, 18-23.
- Olsen, H. (1973). *Ældre på pleje- og alderdomshjem*. København: Socialforskningsinstituttet, publikasjon 57.
- Olsen, H. & Gregersen, O. (1988). *De eldre og hjemmehjelpen*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 88:1.
- Parker, M. (1994). *Functional limitations among the oldest old*. Uppsala University: Faculty of Medicine.
- Parker, M., Thorslund, M. & Ahacic, K. (1996). 'De äldres funktionsförmåga', i *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård*. Ädel-utvärderingen 96:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Platz, M. (1981). *De äldres levevilkår 1977. Hovedresultater og utvikling 1962-1977*. København: Socialforskningsinstituttet, meddelelse 32.
- Platz, M. (1987). *Længst muligt i eget hjem*. København: Socialforskningsinstituttet, publikation 157.
- Platz, M. (1990). *Gamle i eget hjem. Bind 1: Levekår*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 89:12.
- Platz, M. (1992). Äldres mobilitet og förlighet - hvad måler vi? *Gerontologi og samfund*, 8, 3, 44-45.
- Platz, M. (1992). *Kommunernes ældrepolitik: Fra plejehjem til egne hjem*. København: Socialforskningsinstituttet, rapport 92:2.
- Romøren, T.I. (1993). 'Sykdom i høy alder - venn eller fiende?', i H. Piene (red.), *Innsikt og utsyn. Helsetjenesteforskning 1987-92*. Oslo: NAVF/NORAS.
- Romøren, T.I. (1996). International comparisons of long-term care: Norway and the Scandinavian solution. *Canadian Journal on Aging*, 15, 1, 59-72.
- SCB (1989). *Social hemtjänst 1988 samt social hemhjälp november 1988*. Statistiska meddelanden, S 21 SM 8901. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- SCB (1993). *Pensionärer 1980-1989. Levnadsförhållanden*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, rapport 81.
- Schulte, B. (1996). 'Social protection for dependence in old age: The case of Germany', in R. Eisen & F. Sloan (eds.), *Long-term care: Economic issues and policy solutions*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Seip, A-L. (1984). *Sosialhjelpstaten blir til*. Oslo: Gyldendal.

- Seip, A-L. (1994). *Veiene til velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal.
- Sipilä, J. (ed.) (1997). *Social care services: The key to the Scandinavian welfare model*. Aldershot: Avebury.
- Slagsvold, B. (1995). *Mål eller mening. Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 1/95.
- Smed, J. (1997). *Ældreråd, politikere og forvaltning. Roller og indflydelse*. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Socialstyrelsen (1987). *Att bo på institution. En inventering av miljö och sociala förhållanden. Huvudrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen redovisar 1987:12.
- Socialstyrelsen (1994). *Äldreomsorg i nedskärningstider. Huvudrapport. Aktiv uppföljning i Stockholms län*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1995). *Vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionshinder 1994. Statistik - Socialtjänst 1995:8*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1996a). *Äldres hälsa, behov och bruk av service och vård. Ädelutvärderingen 96:6*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1996b). *Äldreomsorg under omprövning. SoS-rapport 1996:23*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solem, P.E. et al. (red.) (1994). *Psykologiske perspektiver på aldersdemens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial- og helsedepartementet (1996). *Sammenlikningstall for kommunene 1996*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn.
- Statistisk sentralbyrå (1979). *Eldre i aldershjem 1977*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, statistiske analyser nr. 42.
- Statistisk sentralbyrå (1996). *Levekårsundersøkelsen 1995*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, NOS C 301.
- St.meld. nr. 50 (1996-97). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sundström, G. (1991). 'Omsorgsmönster bland äldre kvinnor och män i Norden', i A. Helset (red.), *Gamle kvinner i Norden - deres liv i tekst og tall*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 6/91.
- Sundström, G. (1994). *Hemma på äldre da'r*. Ädelutvärderingen 94:7. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundström, G. & Cronholm, I. (1988). *Hemtjänsten: De äldsta vårdtagarna och omsorgsapparaten*. Jönköping: Institutet för gerontologi, rapport nr. 68.
- Sundström, G. & Malmberg, B. (1996). The long arm of the welfare state shortened. Home help in Sweden. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5, 69-75.
- Svallfors, S. (1994). Svenskarna och välfärdsstaten. *Häftet för kritiska studier*, 2-3, 39-52.
- Svetlik, I. (1991). 'The future of welfare pluralism in the postcommunist countries', in A. Evers & I. Svetlik (ed.), *New welfare mix in care for the elderly*. Wien: Eurosocial report 40.
- Szebehely, M. (1993). *Hemtjänst eller anhörigvård? Förändringar under 80-talet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Szebehely, M. (1995). *Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten*. Lund: Arkiv förlag, Lund studies in social welfare IX.
- Szebehely, M. (1996). 'Från hemsamarit till vårdbiträde', i R. Eliasson (red.), *Omsorgens skiftningar*. Lund: Studentlitteratur.

- Szebehely, M. (1997). *Hjälp i hemmet i nedskärningstid. Hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla män och kvinnor*. Programberedningen kommunerna och jämställdheten. Stockholm: Svenska Kommunförbundet (rapport under utgivning).
- Thomson, D. (1984). The decline of social welfare: Falling state support for the elderly since early Victorian times. *Ageing & Society*, 4, 4.
- Thorsen, K. & Dyb, H. (1993). "Er det noen som bryr seg". *Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgiverne*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 1/93.
- Thorsen, K. & Dyb, H. (1994). Organiseringen av hjemmetjenestene og brukernes behov. *Aldring & Eldre*, 2, 2-7.
- Thorslund, M. (1991). Äldrevården i dag och i framtiden. *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8, 337-343.
- Thorslund, M. (1996). *Kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen. Äldres förflyttningar til service och vård, Sundsvall 1996*. Stockholm: Spri (Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut), rapport 441.
- Thorslund, M., Lundberg, O. & Parker, M. (1993). Klass och ohälsa bland de allra äldsta. *Läkartidningen*, 90, 41, 3547-3553.
- Twigg, J., Atkin, K. & Perring, C. (1990). *Carers and services: A review of research*. London: HMSO, Social Policy Research Unit.
- Walker, A. (1993). *Age and attitudes. Main results from a Eurobarometer study*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Walker, A., Guillemard, A.-M. & Alber, J. (1993). *Older people in Europe: Social and economic policies*. Brussels: Commission of the European Communities.
- Wærness, K. (1992). 'Privat og offentlig eldreomsorg. Endringstendenser i dagens velferdsstat', i S.O. Daatland & P.E. Solem (red.), *Og du skal leve lenge i landet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wærness, K. (1995). 'En offentlig tjeneste i spenningsfeltet mellom ulike kulturer', i S. Johansson (red.), *Sjukhus och hem som arbetsplats. Omsorgsyrken i Norge, Sverige och Finland*. Stockholm & Oslo: Bonnier Utbildning & Universitetsforlaget.

Sammendrag

Rapporten tar for seg utviklingen av eldreomsorgen i Danmark, Norge og Sverige fra 1960-tallet til i dag. Hvordan har utviklingen vært over tid? Hva er karakteristiske likheter og forskjeller mellom landene, og hvordan kan vi forstå disse likheter og kontraster i utviklingslinjer og dagens status?

I det innledende *kapittel 1* redegjøres det for avgrensninger og synsvinkel, datagrunnlag og sammenlikningsproblemer. Rapporten konsentrerer seg om den formelt organiserte eldreomsorgen, med tilbud som aldersinstitusjoner og eldreboliger av ulike slag og hjemmebaserte tjenester. Kapitlet avrundes ved å sette eldreomsorgen inn i en bredere sammenheng av demografiske og sosiale rammebetingelser og den større sosialpolitikken som eldreomsorgen er en del av.

Beskrivelsen og analysen av eldreomsorgens utvikling er samlet i de tre påfølgende kapitlene. Det primære datagrunnlaget for *kapittel 2* og det avrundende *kapittel 4* er den offentlige statistikken (registerdata) i de tre landene. I *kapittel 3* bygger vi på data fra intervjuundersøkelser, og har dermed kunnet vurdere om de to typer av datasett gir grunnlag for samme konklusjoner, noe som i hovedsak er tilfellet. Denne tilnærmingen har bare vært mulig for hjemmetjenestene og for det siste tiåret av perioden.

I *kapittel 2* gis en beskrivelse av utviklingen av tjenestene, primært fra 1960-tallet og framover, men med historiske linjer bakover i tid. Utviklingen følges for hvert av de tre tjenesteområdene – institusjonsomsorgen, de “beskyttede boligene” og hjemmetjenestene. Perioden er preget av en betydelig “nedinstitusjonalisering” i Danmark og Sverige fra tidlig på 1970-tallet og framover. Institusjonsdekningen (plasser pr. 100 over 80 år) er halvert siden den tid, og er bare delvis kompensert av utbyggingen av ulike typer “omsorgsboliger”. Norge har gjennomgående fulgt etter nabolandene, men med en senere tidsrytme og med mindre radikale endringer. Fra å være landet med lavest institusjonsdekning omkring 1970, framstår Norge nå som landet med flest institusjonsplasser – især sykehjem – i forhold til antall gamle. Norge har derimot færre “omsorgs-

boliger” og en svakere utbygd hjemmetjeneste, spesielt sammenliknet med Danmark.

Kapittel 3 gir en inngående analyse av hjemmetjenestenes utvikling det siste tiåret via surveys fra de tre landene. I første del av kapitlet diskuteres om det fins noe samband mellom eldreomsorgens omfang og eldre menneskers behov for hjelp. Kan variasjonen over tid og på tvers av landene forklares som svar på ulikheter i behov, eller dreier det seg snarere om ulike faglige og politiske løsninger av samme typer oppgaver? I andre delen av kapitlet diskuteres omfanget av hjemmetjenestene, og ikke minst hvordan hjelpen fordeles.

Et felles trekk er at hjemmehjelp fordeles forholdsvis behovsnært. Tilgangen til hjelp øker med tiltakende funksjonssvikt, men nivået varierer betydelig mellom landene både med hensyn til tilgang (hvor mange som får hjelp) og intensitet (hvor mye hjelp man får). Mønsteret har endret seg over tid, men i dag er tilgangen klart lavest i Sverige og høyest i Danmark. Sverige har redusert tilgangen til hjemmehjelp radikalt i løpet av det siste tiåret, og konsentrert stadig mer av ressursene om et lite antall sterkt hjelpetrequende. Danmark er det eneste av landene som har utvidet tilbudet i hele perioden, mens Norge har redusert tilgangen forholdsvis moderat de siste årene etter en økning fram til da, og har i hele perioden ytt langt mindre hjelp til gjennomsnittsbrukeren enn Danmark og Sverige. I alle tre landene kan spores en mer selektiv fordelingspolitikk, der hjelpen konsentreres om de mest hjelpetrequende, om pleiemessige oppgaver framfor huslig hjelp, og i større grad til enslige framfor ektepar. Denne tendensen er særlig uttalt i Sverige. Utviklingen kan vanskelig forklares som svar på ulikheter i behov i eldrebefolkningen, men må knyttes til forskjeller i policy.

Kapittel 3 avrundes med en drøfting av hvilken betydning utviklingen har hatt for familieomsorgen og for samspillet mellom den formelle og uformelle omsorgen.

I det avsluttende *kapittel 4* ses tjenestene og utviklingen i sammenheng med fokus på likheter og forskjeller. Blant de felles trekk er omprofileringen fra en institusjonsdominert til en mer “åpen” (bolig- og hjemmebasert) omsorgstjeneste, men med ulikheter i tidsrytme og grad. Felles er også den tiltakende differensiering av tjenester fra 1950- og 1960-årene av, og en ny integrering de siste 10-15 årene, men med økt differensiering mellom brukerne. Et tredje fellestrekk er at den store veksten fra 1960- og deler av 1970-årene ble etterfulgt av nivellering og tildels redusert tilgang til hjelp de siste årene. Ressursnivået er mer eller mindre opprettholdt, men fortsatt økende standard og kostnader har tatt stadig større del av ressursene, og “regnskapet” balanseres med strengere selektivitet og knappere tilgang til hjelp.

Blant kontrastene kan nevnes de tildels betydelig forskjeller i ressursinnsats og tilgang til tjenester. Danmark har f.eks. i hele perioden investert betydelig mer i eldreomsorgen enn hva Norge har gjort, og forskjellen er særlig stor hva gjelder hjemmetjenester. Danmark og Sverige har også gjennomført større og raskere profilendringer enn Norge, men tildels langs ulike veier. Danmark har f.eks. beholdt en forholdsvis bred tildelingsprofil i den åpne omsorgen, med vekt på psyko-sosiale behov og forebyggende tiltak, mens Sverige radikalt har innsnevret sin tildelingspraksis og gir i dag hjelp til langt færre eldre enn tidligere, men med mer ressurser konsentrert om den selekterte gruppen av brukere. Den sterkere medisinske forankringen av norsk og svensk institusjonsomsorg sammenliknet med dansk er trolig en medvirkende årsak til at boligstandarder er betydelig høyere i danske institusjoner. Her hadde man enerom til praktisk talt alle beboere allerede tidlig på 1970-tallet, mens en betydelig andel i norske og svenske sykehjem fortsatt må dele rom med andre.

Utviklingen er oppsummert i fem faser: Fase 1 (1900-1950) som er kjennetegnet av overgangen fra fattigforsorg til eldreomsorg, med aldershjemmet som praktisk talt eneste tilbud. Fase 2 (1950-65), med etableringen av den grunnleggende strukturen av "den moderne eldreomsorgen", preget av en utvidelse av offentlig ansvar og ambisjoner. Fase 3 (1965-75) som kjennetegnes av økt differensiering og profesjonalitet og en overgang fra vekst til nivellering. Fase 4 (1975-85), der omprofileringen fra institusjonsdominert til åpen omsorg tar fart, og der kommunene (igjen) får et mer direkte og helhetlig ansvar mens staten inntar en mer indirekte rolle med sterkere styring over de samlede økonomiske rammer, og fase 5 (1985 og framover), som fortsetter i sporene til fase 4, men øyensynlig med tiltakende knapphet og strengere selektivitet i tildeling av tjenester.

En oppsummerende karakteristikk av de tre landene kunne være at Danmark har vært preget av en vedvarende, relativt generøs satsning i eldreomsorgen, med sterk vilje til endring og modernisering. Norge er kjennetegnet av den moderate og vedvarende knapphet, med relativ stabilitet og med motstand mot endring fra det tradisjonelle mønsteret. Sverige er i denne sammenhengen ytterlighetenes land, og har beveget seg fra storhet via moderasjon til smalere ambisjoner, men med storheten bevart i enkelte nisjer.

Verken utviklingen over tid, de tildels betydelige forskjeller mellom landene, og de enda større forskjeller mellom kommuner innenfor hvert av landene, kan forstås som resultater av en mer eller mindre passiv tilpasning til endringer i "behov". Det er bare for Danmarks del vi kan observere et klart substituerende mønster, der reduksjonen i institusjonssektoren faller sammen med en vekst i den åpne omsorgen. Sverige er f.eks. i hovedsak preget av samtidig vekst og samtidig nedgang på tvers

av tjenesteområder, noe som antyder at det er konjunkturer mer enn behov som styrer. Vi kan observere økonomiens innflytelse på utviklingen, men også begrensningene ved en rent økonomisk forklaring, f.eks. hva gjelder forskjeller mellom dansk og norsk ressursinnsats. Endringer i styringsformer mellom stat og kommune, med overgang til nøytrale stats-tilskudd og rammefinansiering ble gjennomført til ulike tider i de tre landene, og har trolig vært en stimulans for endring og bidratt til de ulike tidsrytmer landene har fulgt. Vi mener også å ha observert virkningen av “sti-avhengighet” – av allerede etablerte strukturer som kan være førende for den senere utviklingen. Forklaringen til de ulike veivalgene må trolig også søkes i geografi og i politiske og faglige tradisjoner som har lange historiske linjer i hvert av landene. Alt i alt gir det trolig større mening å se de store linjene i eldreomsorgen, og de store linjene i forskjellene mellom landene, som formet “utenfra” eldreomsorgen selv. Eldreomsorgen er del av den større velferdspolitikken, og kan trolig bedre forstås som sådan enn som et tilsvarende til aldring og eldre menneskers spesifikke behov.

Tross den noe knappere tilgangen til tjenester de siste årene, er det likevel såpass høye bruksrater i den eldste del av befolkningen at de fleste med behov for omsorg på en eller annen måte er fanget opp av tjenestene. Men man får ikke nødvendigvis den type og mengde hjelp man ønsker, og enkelte grupper og behov kan i de senere årene ha blitt utdefinert fra det offentlige ansvarsområdet, især i Sverige. Det er også Sverige som foreløpig har satset mest på “privatisering” ved å kontraktere ut tjeneste-produksjonen til private firmaer eller organisasjoner, men også i de to andre landene legges økt vekt på effektivitet og økonomisk nyttebetenking.

Dagens status varierer mellom landene, men framfor alt mellom kommuner innenfor hvert land. “Krise i eldreomsorgen” kan være betegnende for enkelte kommuner, men landsgjennomsnittene er fortsatt på et forholdsvis høyt nivå, selv om det har vært tiltakende knapphet på tilgang til tjenester i Norge og især Sverige de siste årene. Det er vanskelig å finne andre land som har tilsvarende høye dekningstall og tilsvarende standard som i Skandinavia, men det kan finnes vel så generøse nisjer og områder i disse andre landene.

Aldringen av befolkningen og de senere årenes knapphet i offentlig sektor, hva enten den er reell eller primært har sin bakgrunn i en sviktende vilje til prioritering av velferdstilbud, har stimulert diskusjonen om retningen framover. Det er foreløpig usikkert om de endringer vi kan observere med utgangspunkt i eldreomsorgen er uttrykk for justeringer for å bevare og styrke den skandinaviske modellen med tanke på en ny tid og nye utfordringer, eller om det dreier seg om et gryende paradigmeskifte.

Summary

This report explores the development of long term care for the elderly in Scandinavia. What are the similarities and differences in services and policy in Sweden, Denmark, and Norway today and across time, and how can these similarities and contrasts be explained?

The introductory *chapter 1* outlines the purpose of the study and places the services for the aged within the larger socio-demographic and social political context.

Chapter 2 is mainly descriptive, following the different service areas over time in separate sections for institutional care, sheltered housing, and home (community) services, primarily based on data from public statistics and focused on the period from the 1960's onwards.

Services for the aged are in Scandinavia mainly a local governmental responsibility, while old age pensions are the responsibility of the national government, supplemented with private and occupational pensions of different forms. A national, means-tested pension was introduced in Denmark already in 1891, in Sweden in 1913, and in Norway as late as 1937. Pension rights were made universal during the 1950's. Public services in general developed later, but were introduced by "residential homes" (old age homes), which grew out of the poor house tradition early in this century. The care for the aged was more or less synonymous with old age homes until World War II. After the war, the "modern" care for the aged found its form as part of the development of the welfare state. Home help services were established in the early 1950's and expanded substantially the following two decades. Nursing homes increasingly substituted for the traditional old age homes. Sheltered housing developed later and partly substituted for traditional institutional care.

The development after 1970 is characterized by a deinstitutionalization policy, varying in degree and timing in the three countries. Institutional care volume (beds per 100 aged 80+) has been radically reduced since the early 1970's in Denmark and Sweden, and is today about half of the "original" volume. The reduction is partly, but not fully, compensated by the development of sheltered housing. Changes are less radical in Nor-

way, which around 1970 had the lowest volume of institutional care, but now the highest of the three countries. Norway has, on the other hand, a lower volume of sheltered housing and community services.

Chapter 3 presents a detailed analysis of the home help services the last decade based on survey data, concluding that the variation across time and countries can hardly be understood as responses to varying needs, but rather as reflections of different policies. A common feature is that home help services are distributed rather strictly relative to needs (disability), but the level varies considerably both with regard to access (user rates) and “intensity” (average volume of help). Patterns have changed over time, but today access is clearly lowest in Sweden, and highest in Denmark. Sweden has reduced access radically in the later years, and has concentrated resources (increased intensity) to a smaller and more selected group of the most needy. A more selective distribution policy is also evident in Denmark and Norway, but not to the same extent.

The concluding *chapter 4* puts the pieces together and focuses on analytical perspectives, identifying similarities and contrasts and presenting tentative explanations. Among the common features is the change in profile from a service system dominated by institutional care to a growing emphasis on community services (sheltered housing, and home services). The rapid expansion of services in the 1960’s and early 1970’s has been followed by consolidation and varying degrees of decline in access to services in the later years in all three countries.

Among the contrasts are the considerable differences in volume of resources and services. Denmark has, for instance, invested substantially more in the services for the aged than has Norway, in particular in community services. Norway is the more “traditional” of the three countries, while Denmark and Sweden earlier, and more radically, have changed their service profiles. In summary, Denmark is characterized by relative generosity and a strong will to change. Norway is characterized by relative scarcity and a resistance to change from the established pattern. Sweden is in this connection the extreme case, now “falling from grace”, but with grandness preserved in niches.

Neither the development over time, nor the differences between the countries, can be understood simply as more or less passive responses to varying needs. Only Denmark follows a pattern of substitution, where reduction in institutional care is (more or less) substituted with expansion in community services. Sweden is characterised by parallel growth followed by parallel decline, indicating that economic cycles are formative factors. A decentralization policy, where the state assumes a more indirect role, and local governments are given more power in priorities within general limits, has been introduced with different timing in all three

countries. These reforms have been incentives for change towards more cost effective solutions and may contribute to explain the different trends and timing of changes. The effects of “path dependency” – of established structures which are formative for later developments are also observable. In total, the primary features in the development of services and policies for the aged are probably better understood in the context of the larger economic and social policies than as responses to ageing and older people’s needs more specifically.

Resource input has more or less been maintained also in the latest years, but increased standards and unit costs have made it necessary to “balance” the budget by stricter selectivity and targeting. Sweden is the primary representative of this approach, while Denmark has kept a broader and more inclusive distribution profile, in particular in the community services. But despite the lowered access to services in the latest years, user rates are in Scandinavia still comparably high, and it is difficult to find other countries with similarly high average levels of services. The Scandinavian countries do not, however, have particularly high institutional rates compared to other well developed welfare states. Together with the Netherlands the Scandinavian countries are characterized by generous community services.

The lower access and the more strict targeting have in one way made scarce resources reach out better, but may on the other hand indicate a move towards less public ambition and a narrower area of public responsibility. If so, these changes may be signs of an emerging paradigmatic shift from the traditional Scandinavian model towards the service models of mainstream Europe.

Appendix

APPENDIX A: DATABASE FOR KAPITTEL 2 OG 4

APPENDIX B: TABELLBILAGA TILL KAPITEL 3

APPENDIX C: OM FORFATTERNE

Database for kapittel 2 og 4

APPENDIX A

Her følger en oversikt (tabell A.1 – A.12) over det vesentligste av data-materialet fra den offentlige statistikken som ligger til grunn for kapittel 2 og 4 med kommentarer om kjennetegn og statistikkføring. Databasen inneholder også data som det ikke er gjort bruk av i boka.

Hensikten er dels å dokumentere datagrunnlaget for figurer og tabeller i disse deler av rapporten, og dels å gi leseren muligheter for annen anvendelse av datasettet og/eller å kontrollere eller revidere den kategorisering som vi har valgt å bruke. Den offentlige statistikken har som kjent sine mangler og varierer noe over tid og land. Dette gjør det problematisk å foreta sammenlikninger over år og på tvers av landegrensene. Rimeligheten av vår tilnærming bør kunne “testes” via det presenterte datasettet og de definisjoner vi legger til grunn.

Man kan også notere seg at ikke alle data har vært tilgjengelige for alle land og år, og vi har tildels tydd til beregninger med utgangspunkt i de tilgjengelige data. Dette er det nærmere redegjort for ved noter til tabellene, som skal gjøre det mulig å rekonstruere og etterprøve våre beregninger.

Generelt gjelder at vi i hovedsak og så langt som mulig har presentert tallene slik de er registrert og publisert i offentlig statistikk, mens “korreksjoner” for å sikre sammenliknbarheten kommer inn som kommentarer i teksten. Dette for å skille data fra fortolkninger, og for å gi leseren muligheter for å kontrollere hva som er hva. Vi viser ellers til detaljnoter i tilknytning til tabellene i databasen på de påfølgende sidene og til kommentarene i teksten. Generelt gjelder også følgende:

- *Befolkningstall* viser til 31.12. det aktuelle året.
- *Institusjoner*: Med institusjoner menes det vi har kalt “tradisjonelle institusjoner”. For Danmarks vedkommende dreier det seg om “plejehjem” (før 1976 også “alderdomshjem”). For Norge – “aldersheim” og “sykehjem”. Noen norske institusjoner er såkalte “kombinerte hjem” med alders- og sykehjemsavdelinger. I den grad det har vært mulig er plasser i kombinerte hjem fordelt på sine respektive typer avdelinger. For Sverige

skilles mellom “aldersdomshem” og “sjukhem/långvårdsavdelningar”. Antall plasser er såkalte heldøgns plasser.

- “*Beskyttede boliger/boformer*” (omsorgsboliger m.v.): Under denne kategorien tenkes på de ulike typer av mellomformer mellom institusjon og vanlig bolig (herunder vanlig pensjonistbolig) som kom til fra 1970-tallet og framover. Disse er av ulike typer med ulike betegnelser i de tre landene. For Danmark – “beskyttede boliger”, “lette kollektivboliger”, og senere “eldreboliger”. For Sverige – “serviceboliger/serviceboende” (for ett år også inklusive “gruppboende för åldersdementa” (som alternativt kunne vært kategorisert som “institusjon” ettersom man her har fast personale og et institusjonsliknende regime). For Norge – “serviceboliger” og senere “boliger for heldøgns omsorg og pleie”. Norsk statistikk er dårlig på dette punktet og lar seg ikke fullgodt sammenlikne med Danmark og Sverige. Tallene for boliger refererer seg i hovedsak til antall boliger. Antall beboere er noe høyere, men ettersom flertallet er aleneboende, bare moderat høyere.

Felles er at disse boformene regnes som del av den åpne omsorgen (ikke institusjon), men grensen mot “institusjoner” på den ene siden, og mot vanlige pensjonist- eller trygdeboliger på den andre (se nedenfor), er flytende, og har blitt mer og mer så de senere årene. Sverige har i de siste årene (1992 –) innført betegnelsen “särskilt boende” som skal omfatte både institusjoner og serviceboende, og har dermed formelt sett opphevet skillet mellom disse (også i statistikken).

- *Pensjonistboliger, trygdeboliger, eldreegnede boliger*: Databasen inneholder også tall for “andre (eldreegnede) boliger” for Danmark og “trygdeboliger” for Norge (men ikke for Sverige). Disse har tradisjonelt vært et boligtilbud, ikke et integrert bolig- og omsorgstilbud, og vi har derfor ikke regnet dem som “beskyttede boliger m.v.” av den mellomform som er nevnt ovenfor. Noen av disse er i realiteten vanskelig å skille fra “omsorgsboliger m.v.” (jfr. kapittel 2), og de som er registrert i statistikken tildeles vanligvis av kommunen etter behovskriterier.

- *Hjemmehjelp og hjemmesykepleie*: Danmark og Norge fører brukerstatistikk for både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, Sverige bare for hjemmehjelp. Disse hjemmetjenestene har noe ulik profil i de tre landene, noe som er nærmere forklart i teksten (jfr. kapittel 2). Statistikkføringen for hjemmehjelp har endret seg over tid for Norge og Sverige, ved at man i de senere år har tidspunktopplysninger (brukere en bestemt uke eller måned), mens man tidligere oppga antall brukere i løpet av året. Danmark har i hele perioden hatt tidspunkttall, som gir noe lavere brukertall (ca.

15-20 prosent lavere) enn årstall. Husmorvikartjenesten (og “midlertidig” hjemmehjelp – Danmark), som især i de tidligere år var et forholdsvis omfattende tilbud, er ikke inkludert i og med at storparten av dette tilbudet var rettet mot barnefamilier.

- *Ressursinnsats*: Den offentlige tjenestestatistikken er best og mest sammenliknbar via brukertall (antall brukere osv.) og dårligere hva gjelder ressursinnsats. Vi har ikke funnet grunnlag for å gå inn på ressursbruk via penger (utgifter), bortsett fra mer generelle betraktninger i teksten. For Danmark og Norge har vi rimelig gode ressurstall om arbeidsinnsatsen (årsverk/timeverk), for Sverige bare slike ressurstall for hjemmetjenesten. Arbeidsinnsatsen er forøvrig dels registrert som årsverk og dels som timeverk, og der det har vært aktuelt har vi beregnet det ene fra det andre via følgende formel: Ett årsverk er regnet som 2 040 timeverk (42,5 timers uke i 48 uker) fra 1965-75, som 1 920 timer (40 t/u) fra 1976-83 og deretter som 1 800 timer (37,5 t/u).

DANMARK

Tabell A.1. Danmark: Befolkningstall pr. 31.12

	Alle	65 år+	80 år+	90 år+
1960	4 581 000	..	..	..
1961	..	..	..	..
1962	4 647 000	..	..	..
1963	4 683 000	520 000	..	..
1964	4 703 000	526 000	..	..
1965	4 758 000	542 000	..	..
1966	4 797 000	552 000	..	..
1967	..	..	..	..
1968	..	..	..	..
1969	4 891 000	591 000	..	..
1970	4 950 598	612 152	..	..
1971	4 975 653	626 241	..	..
1972	5 007 538	639 861	110 787	9 594
1973	5 036 184	654 976	115 102	10 138
1974	5 054 410	670 518	119 203	10 841
1975	5 065 313	684 597	123 840	11 499
1976	5 079 879	696 548	127 914	11 884
1977	5 096 959	711 935	133 402	12 736
1978	5 111 534	724 147	138 472	12 505
1979	5 122 065	734 737	142 281	14 062
1980	5 123 989	741 450	146 296	14 615
1981	5 119 155	748 052	150 640	15 366
1982	5 116 464	754 938	155 850	16 340
1983	5 112 130	761 571	159 726	17 243
1984	5 111 108	766 054	164 385	18 197
1985	5 116 273	776 934	168 336	19 000
1986	5 124 794	785 824	173 178	20 236
1987	5 129 254	791 001	177 792	21 093
1988	5 129 778	795 940	182 785	21 956
1989	5 135 409	800 385	187 230	22 526
1990	5 146 469	802 030	192 435	23 197
1991	5 162 126	803 973	196 613	24 262
1992	5 180 614	803 335	200 261	24 974
1993	5 196 642	801 086	202 325	25 398
1994	5 215 718	798 657	204 919	26 300

Tabell A.2. Danmark: Plasser i institusjon og boliger m.v.

	Plekehjem (institusjon)	Beskyttet bohg	Ældre- bolig m.v.	Sum "omsorgs- boliger"	Sum inst. og boliger	Daghjem- plasser	"Andre boliger"
1964	28 400	..	..	..	28 400	..	..
1965	..	..	..	..	..	..	..
1966	..	..	..	..	..	..	..
1967	32 500	..	..	..	32 500	..	..
1968	34 500	..	..	..	34 500	..	..
1969	..	..	..	..	..	..	..
1970	40 731	..	..	..	..	..	..
1971	41 877	..	..	..	41 877	..	..
1972	43 476	..	..	..	43 476	..	..
1973	44 524	..	..	..	44 524	..	..
1974	45 572	..	..	..	45 572	..	..
1975	46 525	1 992	..	1 992	48 517	..	..
1976	48 091	2 303	..	2 303	50 394	..	..
1977	48 754	3 068	..	3 068	51 822	..	..
1978	49 511	3 942	2 242	6 184	55 695	..	..
1979	49 126	4 415	2 721	7 136	56 262	..	..
1980	49 456	4 885	2 798	7 683	57 139	..	..
1981	49 588	5 144	2 513	7 657	57 245	..	..
1982	49 755	5 621	3 293	8 914	58 669	2 642	..
1983	49 182	5 817	3 079	8 896	58 078	2 836	..
1984	49 736	6 026	3 419	9 445	59 181	3 132	..
1985	49 487	6 415	3 207	9 622	59 109	3 174	..
1986	49 088	6 595	3 356	9 951	59 039	3 298	..
1987	48 011	6 824	3 805	10 629	58 640	3 339	..
1988	47 065	6 670	5 087	11 757	58 822	3 513	32 058
1989	44 847	6 315	7 305	13 620	58 467	3 835	35 703
1990	42 285	5 849	10 798	16 647	58 932	3 732	34 762
1991	40 449	6 116	13 040	19 156	59 605	4 096	36 739
1992	39 190	5 770	17 205	22 975	62 165	4 013	38 113
1993	37 874	5 257	17 907	23 164	61 038	4 000	34 225
1994	36 832	5 108	21 006	26 114	62 946	4 000	36 791

Note: Institusjoner = Antall plekehjemsplasser (døgnplasser) pr. 31.12. Før 1976 skiltes mellom alderdomshjem og plekehjem, og tallene gjelder da summen av disse. Tall før 1970 fra Olsen (1973), deretter offentlig statistikk. I 1993 og 1994 er i statistikken oppgitt døgnplasser + daghjemsplasser, og vi har i tabellen ovenfor trukket fra 4 000 daghjemsplasser fra plekehjemmene og overført disse til daghjemsplasser (omtrent tilsvarende som i tidligere år), følgelig er for 1993 de registrerte 41 874 plasser redusert til 37 874 og for 1994 er 40 832 redusert til 36 832. "Sum omsorgsboliger" (beskyttede boliger, ældreboliger m.v.) er registrerte "beskyttede boliger" (1975-), "lette kollektivboliger" (1978-87) og "ældreboliger" (1988-). Statistikken for "lette kollektivboliger" opphørte i 1987, og disse ble fra da av inkludert under "ældreboliger". Tallene viser til antall boliger; antall beboere er noe høyere. "Daghjemsplasser" (i plekehjem eller egne dagcentre) er oppgitt her, men gjøres ellers ikke bruk av i rapporten bortsett fra ved generelle henvisninger til denne typen tilbud. "Andre boliger" ("ældreregnede boliger") er regnet som "rene" boligtilbud, som kommunen kan anviser til eldre og handikappede, og inkluderes ikke som "omsorgsbolig/beskyttet bolig".

Tabell A.3. Danmark: Brukere av hjemmetjenester

	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie
1976	110 362	..
1977	117 860	..
1978	126 786	..
1979	135 258	..
1980	135 753	96 400
1981	138 998	101 820
1982	141 253	108 672
1983	145 907	..
1984	147 701	115 723
1985	153 232	..
1986	159 453	138 235
1987	160 233	151 571
1988	162 135	160 429
1989	171 740	174 790
1990	175 664	182 234
1991	183 117	191 558
1992	180 756	194 509
1993	186 858	..
1994	189 597	..

Note: Hjemmehjelp: Antall hushold som mottok "varig hjemmehjelp" en bestemt uke.

Alle brukere inngår; anslagsvis 85 prosent er eldre (65 år+).

Hjemmesykepleie: Antall behandlede pasienter 67 år + i løpet av året.

Tabell A.4. Danmark: Årsverk i eldreomsorgen fordelt på type tjeneste

	Pleje- hjem	Dagsenter/ besk.bol.	Sum	Hjemme- hjelp	Hjemme- syk.	Andre/ integr.	Sum åpen omsorg	Sum i alt
1971	25 370	300	25 670	13 820	1 860	330	16 010	41 680
1972	27 530	290	27 820	14 260	1 870	389	16 519	44 339
1973	29 690	280	29 970	14 700	1 880	447	17 027	46 997
1974	32 475	280	32 755	15 080	1 900	550	17 530	50 285
1975	33 479	1 040	34 519	16 177	1 945	602	18 724	53 243
1976	34 907	1 162	36 069	17 013	2 002	569	19 584	55 653
1977	36 927	1 728	38 655	17 932	2 088	633	20 653	59 308
1978	39 048	2 265	41 313	20 224	2 167	651	23 042	64 355
1979	41 079	2 666	43 745	22 009	2 267	728	25 004	68 749
1980	42 979	2 647	45 626	22 579	2 395	780	25 754	71 380
1981	46 214	3 098	49 312	22 657	2 461	955	26 073	75 385
1982	48 271	3 354	51 625	22 777	2 644	906	26 327	77 952
1983	49 386	3 413	52 799	22 961	2 724	852	26 537	79 336
1984	50 202	3 608	53 810	24 086	2 864	858	27 808	81 618
1985	50 854	3 591	54 445	25 531	3 091	866	29 488	83 933
1986	51 748	3 901	55 649	26 575	3 450	788	30 813	86 462
1987	51 188	4 282	55 470	27 037	3 639	859	31 535	87 005
1988	50 514	4 324	54 838	26 696	3 977	830	31 503	86 341
1989	48 970	4 493	53 463	28 250	4 672	870	33 792	87 255
1990	47 119	4 379	51 498	30 367	5 688	1 185	37 240	88 738
1991	45 574	4 822	50 396	32 078	7 065	1 060	40 203	90 599
1992	33 798	3 541	37 339	18 255	2 977	33 010	54 242	91 581
1993	..	..	..	..	..	..	..	91 018
1994	..	..	..	..	..	..	..	90 373

Note: Årsverk i plejehjem og daghjem/beskyttet bolig summeres til "institusjon", og daghjem m.v. omfatter da mellom 5 og 10 prosent av samlede årsverk i institusjon fra 1980- (mindre før dette). Øvrige tjenester (hjemmehjelp, hjemmesykepleie, andre) summeres til "hjemmetjenester" (eller "åpen omsorg"). Merk at integrering av tjenestene fra 1992 gjør at "integreerte tjenester" blir en stor samlekategori, som plasseres som "hjemmetjenester", men fra da av er det vanskelig å skille mellom institusjonsbasert og åpen omsorg hva ressursinnsats (arbeid) angår.

NORGE

Tabell A.5. Norge: Befolkningstall pr. 31.12

	Alle	65 år+	80 år+	90 år+
1960	3 594 771	399 431	71 182	6 355
1961	..	406 578	..	..
1962	..	..	..	..
1963	..	..	..	..
1964	3 707 967	440 099	74 307	..
1965	3 737 726	453 331	76 196	..
1966	3 769 559	461 968	77 830	..
1967	3 802 479	475 672	81 900	..
1968	3 835 486	486 775	83 766	..
1969	3 866 468	496 164	85 683	..
1970	3 888 305	503 322	86 723	8 595
1971	3 917 773	..	..	..
1972	3 948 234	521 871	91 301	8 684
1973	3 972 990	531 633	94 418	8 869
1974	3 997 525	543 242	97 670	9 216
1975	4 017 101	553 749	101 356	9 545
1976	4 035 202	564 921	105 163	9 931
1977	4 051 208	576 955	109 387	10 491
1978	4 066 134	587 897	113 830	10 901
1979	4 078 900	598 048	117 386	11 249
1980	4 092 340	607 833	121 669	11 859
1981	4 107 063	617 090	125 432	12 434
1982	4 122 511	628 652	130 265	13 394
1983	4 134 353	638 907	134 593	14 277
1984	4 145 845	646 173	138 578	15 123
1985	4 159 187	659 716	141 688	15 863
1986	4 175 171	670 076	145 672	16 771
1987	4 198 289	678 241	149 133	17 563
1988	4 220 686	685 456	152 270	18 447
1989	4 233 116	690 889	156 279	18 902
1990	4 249 830	692 959	159 425	19 411
1991	4 273 634	695 857	163 239	20 173
1992	4 299 167	696 600	167 316	20 975
1993	4 324 815	695 103	169 705	21 376
1994	4 348 410	695 134	173 480	22 042
1995	4 369 957	694 409	176 503	22 470

Tabell A.6. Norge: Plasser i institusjon og boliger m.v.

	Sum institusjon	Alders-hjem	Syke-hjem	Service-bolig	Trygde-bolig
1960	22 422	..	..	..	..
1961	23 179	..	..	..	..
1962	22 720	..	..	..	..
1963	23 636	..	..	..	..
1964	24 255	..	..	..	..
1965	25 214	..	..	..	..
1966	25 460	16 830	8 630	..	6 864
1967	26 348	..	..	..	..
1968	27 190	..	..	..	..
1969	28 556	..	..	..	..
1970	31 565	18 085	13 480	..	..
1971	30 806	16 242	14 564	..	..
1972	32 157	16 310	15 847	..	..
1973	33 123	16 304	16 819	..	..
1974	33 907	15 939	17 968	..	13 543
1975	35 082	15 617	19 465	..	..
1976	36 962	15 219	21 743	..	15 500
1977	37 915	14 903	23 012	..	..
1978	39 017	14 426	24 591	..	18 062
1979	39 778	14 249	25 529	..	..
1980	40 751	14 042	26 709	..	20 418
1981	41 139	14 024	27 115	..	..
1982	42 119	14 575	27 544	..	..
1983	43 021	15 032	27 989	..	23 629
1984	44 026	15 302	28 724	..	22 369
1985	45 730	16 075	29 655	..	22 914
1986	47 284	17 027	30 257	1 622	23 044
1987	47 203	17 110	30 093	1 562	22 749
1988	47 958	16 976	30 982	2 426	25 181
1989	46 453	16 392	30 061	2 936	25 500
1990	44 476	12 413	32 063	2 212	..
1991	44 478	12 478	32 000	2 051	28 291
1992	43 975	12 093	31 882	2 426	28 067
1993	43 630	11 534	32 096	2 499	26 345
1994	43 432	11 103	32 329	2 300	30 260
1995	42 500	9 785	32 715	2 211	32 106

Note: Antall aldersinstitusjonsplasser (døgnplasser) pr. 31.12, fordelt på sykehjems- og aldershjems plasser. Sykehjemsplasser vil da si sykehjem + sykehjemsavdelinger i kombinerte hjem. Aldershjems plasser = aldershjem + aldershjemsavdelinger i kombinerte hjem. Fordelingen er noe usikker de senere år. Merk at "serviceboliger", kollektiver, alderspensjonat og "boliger for heldøgns omsorg og pleie" her ikke er regnet som "institusjoner" men som "omsorgsboliger m.v.", selv om de inngår i institusjonsstatistikken fra 1991, men regnes under "Servicebolig m.v." ("omsorgsboliger") som fra 1986 var registrert i sosialstatistikken, og fra 1991 i institusjonsregisteret (som "boliger for heldøgns omsorg og pleie").

"Trygdeboliger" er regnet som et boligtilbud (for pensjonister og handikappede), ikke som "beskyttet bolig, omsorgsbolig m.v.", men en stor og stigende andel av dem har etter hvert beveget seg i den retningen og kan sammenliknes med liknende tilbud i Danmark og Sverige. Statistikken er imidlertid dårlig, og vi har ikke funnet det forsvarlig å vurdere hvor mange av dem som kunne vært regnet som "omsorgsboliger" i denne rapportens forstand.

Tabell A.7. Norge: Brukere av hjemmetjenester

	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Sum hjemme- tjenester
1965	13 398	23 904	..
1966	15 581	26 519	..
1967	20 940	25 083	..
1968	24 037	27 317	..
1969	33 417	39 371	..
1970	42 158	39 958	..
1971	48 938	35 945	..
1972	53 599	..	..
1973	60 348	..	..
1974	60 595	..	..
1975	64 548	..	..
1976	68 431	50 684	..
1977	81 239	57 772	..
1978	87 926	63 262	..
1979	92 102	71 538	..
1980	98 390	75 240	..
1981	105 534	81 824	..
1982	106 619	89 671	..
1983	110 781	94 480	..
1984	112 196	100 957	..
1985	116 667	..	..
1986	117 093	105 915	..
1987	121 225	108 678	..
1988	122 627	109 367	..
1989	128 458	114 335	..
1990	..	..	..
1991	121 937	75 413	..
1992	120 956	75 426	146 272
1993	118 085	73 194	142 623
1994	118 340	68 323	142 322
1995	..	..	135 843

Note: Hjemmehjelpsbrukere inntil 1989 = antall hushold som mottok hjemmehjelp i løpet av året. (Statistikk mangler for 1990). Fra 1991 = antall personer med hjelp en bestemt uke. Da ble brukere også fordelt på de som mottok "bare hjemmehjelp", "bare hjemmesykepleie" eller "både og". Brukere av hjemmehjelp er da sum av "bare" og "både-og". Alle brukere inngår; anslagsvis 85 prosent er eldre. (Husmorvikartjenesten, som i de tidligere årene i serien brukte en mindre del av sine ressurser som "hjemmehjelp" inngår ikke).

Hjemmesykepleie inntil 1991 = antall behandlede pasienter i løpet av året. (Statistikk mangler for 1990). Deretter personer med hjelp en bestemt uke. Da ble brukere fordelt på de som mottok "bare hjemmehjelp", "bare hjemmesykepleie" eller "både og" (se under hjemmehjelp). Brukere av hjemmesykepleie er da sum av "bare" og "både-og". Alle brukere inngår; anslagsvis 80 prosent er eldre.

Sum hjemmetjenester; fra 1992 = antall brukere med hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie.

Man bør merke seg at årstall (hjelp i løpet av året) gir noe høyere tall (trolig 15-20 prosent) enn tall på et bestemt tidspunkt (en bestemt uke – etter 1990).

Tabell A.8. Norge: Årsverk i eldreomsorgen fordelt på type tjeneste

	Insti- tusjon	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Annet/ integret	Sum åpen omsorg	Sum i alt
1965	..	880	515	..	1 395	..
1966	9 160	948	488	..	1 436	10 714
1967	..	1 214	516	..	1 730	..
1968	..	1 555	540	..	2 095	..
1969	..	2 171	607	..	2 778	..
1970	14 860	2 935	700	..	3 635	19 688
1971	15 820	3 631	750	..	4 381	22 302
1972	16 980	4 203	950	..	5 153	23 010
1973	18 290	4 424	1 350	..	5 774	24 803
1974	18 960	4 534	1 500	..	6 034	25 930
1975	21 040	4 686	1 700	..	6 386	28 613
1976	23 090	5 658	1 718	..	7 376	31 826
1977	24 260	6 729	1 952	..	8 681	34 340
1978	25 610	7 717	2 137	..	9 854	35 516
1979	26 640	8 282	2 316	..	10 598	37 365
1980	27 737	8 750	2 460	..	11 210	39 460
1981	28 408	8 699	2 713	..	11 412	40 431
1982	29 416	8 946	2 967	..	11 913	42 011
1983	30 606	9 401	3 213	..	12 614	44 029
1984	31 435	10 225	3 355	1 049	14 629	46 982
1985	32 744	10 208	3 523	927	14 658	48 140
1986	33 822	10 362	3 942	728	15 032	48 440
1987	34 357	11 322	3 983	1 441	16 746	51 125
1988	34 771	11 442	4 710	1 729	17 881	52 624
1989	36 541	11 124	5 047	493	16 664	53 801
1990	37 107	11 000	5 664	582	17 246	54 339
1991	38 637	10 830	6 006	3 481	20 317	58 954
1992	39 188	11 496	5 885	9 861	27 242	66 430
1993	39 357	..	..	..	30 038	69 395
1994	..	..	..	..	..	68 331
1995	..	..	..	..	..	69 772

Note: Årsverk i ulike tjenester og i alt: Sum institusjoner = aldershjem, sykehjem og kombinerte alders- og sykehjem; for de siste årene også inkludert et mindre antall ansatte i serviceboliger og "andre institusjoner" for eldre. Hjemmehjelp (ikke inklusive husmorvikartjeneste), hjemmesykepleie og "andre/integrerte" utgjør til sammen "hjemmetjenester" ("åpen omsorg"). For de tidlige år i serien er årsverk tildelt omregnet fra timeverk (hjemmehjelp) eller via antall ansatte (hjemmesykepleie). Våre tall (Daatland 1994) skiller seg noe fra de beregninger som Statistisk sentralbyrå (SSB) har gjort for disse årene (se tabell A.9), fordi SSB-tallene for årsverk i hjemmehjelpstjenesten tilsvare bare ca. 1 500 timeverk omregnet fra tilgjengelig statistikk. SSB-tallene er dermed noe høyere enn våre for disse årene. Merk at fra 1992 og framover ble anslagsvis 6 000 årsverk lagt til de kommunale hjemmetjenestene (og sum årsverk) ved en reform som overførte ansvaret for psykisk utviklingshemmede fra fylker til kommuner (SSB-anslag). Som "eldreomsorg" skal dermed de norske tall for "sum åpen omsorg" og "sum i alt" være anslagsvis 6 000 lavere enn de oppgitte i 1992 og framover.

Tabell A.9. Norge: Årsverk i eldreomsorgen for hjemmetjenester (SSB-alternativ) og sum eldreomsorg, samt antall timeverk i hjemmehjelpstjenesten

	Hjemme- hjelp	Hjemme- sykepleie	Sum åpen omsorg	Sum i alt	Timeverk hj.hjelp*1000
1965	812	487	1 299	..	1 796
1966	1 095	459	1 554	10 596	1 933
1967	1 434	477	1 911	..	2 477
1968	1 886	496	2 382	..	3 172
1969	2 955	601	3 556	..	4 429
1970	4 174	654	4 828	18 495	5 987
1971	5 793	689	6 482	20 201	7 407
1972	5 412	618	6 030	22 133	8 575
1973	5 855	658	6 513	24 064	9 025
1974	5 961	1 009	6 970	24 994	9 250
1975	6 449	1 124	7 573	27 426	9 560
1976	7 351	1 385	8 736	30 466	10 863
1977	8 409	1 671	10 080	32 941	12 919
1978	8 009	1 897	9 906	35 464	14 817
1979	8 595	2 130	10 725	37 238	15 901
1980	8 442	3 281	11 723	38 947	16 800
1981	8 425	3 598	12 023	39 820	16 703
1982	8 699	3 896	12 595	41 329	17 177
1983	9 185	4 238	13 423	43 220	18 050
1984	10 042	4 456	15 547	46 064	18 406
1985	10 910	3 559	15 396	47 402	18 374
1986	10 104	3 786	14 618	48 854	18 651
1987	11 257	4 070	16 768	51 103	20 379
1988	11 403	4 721	17 853	52 652	20 596
1989	11 713	5 054	17 260	53 205	20 024
1990	11 000	5 650	17 232	54 353	..
1991	10 830	6 006	20 317	58 954	..
1992	11 496	5 885	27 242	66 430	..
1993	..	..	30 038	69 395	..
1994	..	..	..	68 331	..
1995	..	..	..	69 772	..

Note: Årsverk for ulike typer hjemmetjenester og sum med utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås beregninger (Historisk statistikk), som altså er noe høyere enn våre for de tidlige år i serien (jfr. tabell A.8). Siste kolonne viser antall timeverk * 1000 for hjemmehjelpstjenesten.

Tabell A.10. Sverige: Befolkningstill pr. 31.12

	Alle	65 år+	80 år+
1960	7 495 129	897 218	145 183
1961	..	..	..
1962	..	..	..
1963	..	..	..
1964	..	..	..
1965	7 772 662	1 019 225	169 334
1966	7 844 433	1 017 854	171 217
1967	7 893 704	1 037 839	173 902
1968	7 931 193	1 061 822	178 876
1969	8 004 270	1 085 572	183 563
1970	8 081 142	1 113 231	190 167
1971	8 115 165	1 141 255	197 671
1972	8 129 129	1 166 968	203 606
1973	8 144 428	1 195 982	210 726
1974	8 176 691	1 225 143	217 486
1975	8 208 442	1 250 785	224 610
1976	8 236 179	1 273 854	230 885
1977	8 267 116	1 300 533	239 469
1978	8 284 437	1 323 866	246 831
1979	8 303 010	1 345 383	254 320
1980	8 317 937	1 362 099	263 341
1981	8 323 033	1 377 703	272 601
1982	8 327 484	1 395 091	283 458
1983	8 330 573	1 409 993	292 933
1984	8 342 621	1 424 615	304 115
1985	8 358 139	1 454 111	313 203
1986	8 381 515	1 477 109	323 851
1987	8 414 083	1 493 010	335 331
1988	8 458 888	1 504 449	345 255
1989	8 527 036	1 517 620	358 937
1990	8 590 630	1 526 196	369 578
1991	8 644 119	1 531 125	378 998
1992	8 692 013	1 534 537	390 241
1993	8 745 109	1 536 117	397 789
1994	8 816 381	1 540 115	408 132
1995	8 837 496	1 543 322	414 739

Tabell A.11. Sverige: Plasser i institusjon og boliger m.v.

	Sum institusjon	Sjukhem/långvård	Ålderdomshem	Serviceboende	Gruppboende	Sum alle	Særskilt boende
1960	58 200	18 600	39 600	..	..	58 200	..
1961	..	..	..	..	..	..	..
1962	61 600	20 500	41 100	..	..	61 600	..
1963	..	20 778	..	..	..	..	..
1964	..	22 078	..	..	..	..	..
1965	70 058	23 231	46 827	..	..	70 058	..
1966	73 823	24 760	49 063	..	..	73 823	..
1967	77 732	26 604	51 128	..	..	77 732	..
1968	80 823	28 061	52 762	..	..	80 823	..
1969	85 422	30 668	54 754	..	..	85 422	..
1970	90 967	33 558	57 409	..	..	90 967	..
1971	91 631	35 326	56 305	..	..	91 631	..
1972	94 382	36 722	57 660	..	..	94 382	..
1973	95 793	37 779	58 014	..	..	95 793	..
1974	97 717	39 581	58 136	..	..	97 717	..
1975	98 347	40 337	58 010	..	..	98 347	..
1976	98 605	40 747	57 858	16 000	..	114 605	..
1977	98 992	41 508	57 484	..	..	..	..
1978	101 366	43 821	57 545	..	..	..	..
1979	102 352	45 376	56 976	20 000	..	122 352	..
1980	101 132	44 859	56 273	24 500	..	125 632	..
1981	101 240	45 714	55 526	..	..	..	..
1982	102 284	47 745	54 539	26 900	..	129 814	..
1983	102 493	49 200	53 293	30 965	..	133 458	..
1984	101 139	49 399	51 740	33 479	..	134 618	118 714
1985	100 445	51 529	48 916	35 949	..	136 394	119 730
1986	95 574	51 196	44 378	39 428	..	135 002	118 817
1987	93 310	50 118	43 192	45 330	..	138 640	122 517
1988	89 674	49 039	40 635	48 881	..	138 555	123 978
1989	86 851	47 916	38 935	49 467	..	136 318	120 604
1990	83 116	45 965	37 151	52 261	..	135 377	119 352
1991	79 606	45 091	34 515	52 488	5 105	137 199	122 454
1992	..	..	..	..	..	..	121 061
1993	..	..	..	..	..	..	129 066
1994	..	..	..	..	..	..	135 536
1995	..	..	..	..	..	..	135 474

Note: Institusjonsplasser pr. 31.12., som sum av sjukhem/långvård og ålderdomshem. Som "beskyttede boliger, omsorgsboliger m.v." regnes for Sverige "servicehus/serviceboende", i de senere år også "gruppboende för åldersdementa", som vi bare har statistikk for ett enkelt år. Såkalt "insprängda servicelägenheter" ble inkludert fra og med 1987, og tallserien for serviceboende er dermed mer inklusiv for 1987 og framover. Siste kolonne viser antall plasser under "særskilt boende", en kategori som ble innført etter Adel-reformen" i 1992 som sum av tidligere institusjoner og serviceboliger. Kategorien omfatter "særskilt boende" som ligger under kommunene. Når summen av institusjoner og serviceboliger blir høyere enn de oppgitte tall for "særskilt boende" for 1991 og tidligere, er forklaringen trolig at noen långvårdsavdelinger har "blitt igjen" som landstingets ansvar. Det er imidlertid en usikkerhet ved de svenske tallene for de senere årene.

Tabell A.12. Sverige: Brukere og timeverk i hjemmetjenesten

	Hemhjälp under året	Hemhjälp pr. tidpkt	Timeverk * 1000
1960	79 000	..	..
1961	84 000	..	..
1962	93 000	..	..
1963	..	..	..
1964	129 000	..	..
1965	144 000	..	..
1966	158 000	..	..
1967	184 000	..	..
1968	211 000	..	..
1969	231 000	..	35 143
1970	252 000	..	40 283
1971	272 000	..	44 914
1972	292 000	..	46 365
1973	303 000	..	45 946
1974	319 000	..	48 917
1975	329 000	..	46 196
1976	342 000	..	46 508
1977	346 000	..	48 246
1978	352 000	..	48 392
1979	345 000	..	49 692
1980	348 000	..	49 953
1981	347 000	..	50 655
1982	330 000	..	56 645
1983	320 000	..	57 068
1984	313 000	..	65 243
1985	313 012	..	71 057
1986	319 213	..	78 858
1987	314 204	..	86 253
1988	318 449	258 622	93 510
1989	308 593	250 384	98 441
1990	302 385	240 604	103 828
1991	286 358	230 900	103 190
1992	271 316	218 500	100 626
1993	262 000	211 041	99 119
1994	253 000	204 095	..
1995	242 000	195 124	..

Note: Hjemmehjelp = antall personer med hemhjälp i løpet av året. Fra 1988 også oppgitt som antall personer med hjelp under november (andre kolonne). For de år det er ført statistikk på begge måter er årstallene ca. 20 prosent høyere enn tidspunktallene. Dette forholdstall er brukt til å beregne antatt antall brukere i løpet av året i 1993-1995. Alle brukere inngår; anslagsvis 85 prosent er eldre (65 år+).

Tredje kolonne viser antall timeverk * 1000 i hemhjälp. Det er mulig at dette er noe mindre inklusivt enn de danske og norske opplysninger om arbeidsinnsats i hjemmetjenestene, fordi "hemsjukvård" som ikke måtte være registrert under "hemhjälp" ikke er inkludert.

Vi har ikke funnet tilstrekkelig pålitelige data i svensk statistikk om ressursinnsats (årsverk) for de øvrige deler av eldreomsorgen.

Tabellbilaga till kapitel 3

APPENDIX B

(N = antal intervjuer inom parentes)

.. Uppgift saknas

: Uppgift redovisas ej p.g.a. för få intervjuer (N<20)

Tabell B.1. Hemmaboende äldre (80 år+) efter rörelseinskränkningar i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

Andel (%) av hemmaboende äldre som:	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89	1994
- har svårigheter att gå i trappor ^a	54	48	41	33	45	39
- har stora rörelsehinder utomhus ^b	20	17	24	16	18	14
- har stora rörelsehinder inomhus ^c	3	3	10	7	2	4
- behöver hjälp med städning ^d	58	..	60	48	56	41
- behöver hjälp med inköp ^e	44	..	49	36	43	32
- behöver hjälp med av/påklädning ^f	4	9	6	2	5	5
(N)	(422)	(1695)	(421)	(126)	(839)	(940)

^aDanmark: "Har De normalt besvær med att gå på trappor?" (Kan alene, dog med besvær eller Kan ikke uden hjælp eller Kan ikke selv om jeg får hjælp)

Norge: "Kan du gå i trappor (opp og ned) uten besvær?"

Sverige: "Kan Du normalt gå i trappor utan besvär?"

^bDanmark: "Har De normalt besvær med att gå udendørs?" (Kan ikke uden hjælp eller Kan ikke, selv om jag får hjælp).

Norge: "Har du på grunn av varige helseproblemer eller funksjonshemming vansker med å bevege deg ut av boligen på egen hånd?" (Ja, svært vanskelig)

Sverige: "Behöver Du hjälp av någon annan person för att förflytta Dig utanför bostaden?"

^cAlla tre länderna har samma frågeformulering som vad gäller förflyttning utomhus.

^dDanmark: Har De normalt besvær med at klare tunge husligt arbejde (gulv- og trappevask, støvsugning, vinduespudning)?

Norge: "Kan du uten hjelp av andre klare følgende daglige gjøremål: Vask og rengjøring av boligen/leiligheten?"

Sverige: "Klarar Du själv att sköta städningen eller behöver Du få hjälp med det?"

^eDanmark: "Har De normalt besvær med at foretage indkøb/bære varer hjem?"

Norge: "Kan du uten hjelp av andre klare følgende daglige gjøremål: Dagligvareinkjøp?"

Sverige: "Klarar Du själv Dina matinköp eller behöver Du få hjälp med det?"

^fDanmark: "Har De normalt besvær med att klæde Dem på (tage sko på)?" (Kan ikke uden hjælp eller Kan ikke, selv om jeg får hjælp)

Norge: "Kan du uten hjelp av andre klare følgende daglige gjøremål: Av- og påklædning?"

Sverige: "Behöver Du hjälp när Du ska klä av eller på Dig?"

Tabell B.2. Ensamboende och boende med barn bland hemmaboende äldre (80 år+) i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

Andel (%) av hemmaboende äldre (80 år+) ...

... som lever i ensamhushåll	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89 ^a	1994 ^b
Män	38 (137)	39 (600)	26 (226)	39 (44)	39 (309)	39 (490)
Kvinnor	80 (285)	80 (1087)	62 (358)	69 (85)	73 (530)	76 (450)
... med barn som lever tillsammans med barn	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89	1994
Män	6 (120)	5 (503)	15 (134)	3 (37)	5 (250)	3 (381)
Kvinnor	5 (219)	3 (897)	15 (183)	11 (62)	10 (385)	4 (361)

^aInkl äldre i servicehus. Beräknat från SCB 1993, bil. 1. Tab. 6.

^bEndast äldre i vanliga bostäder, ej servicehus.

Tabell B.3. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (75 år+ och 80 år+) efter hushållstyp och kön i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

Andel (%) av hemmaboende äldre som har hemhjälp^a

	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89	1994
75 år +						
Alla	42 (619)	..	37 (584)	30 (288)	24 (1528)	16 (1379)
Ensamboende	50 (384)	..	45 (154)	40 (154)	33 (781)	25 (708)
Sammanboende	30 (235)	..	29 (284)	18 (134)	14 (747)	6 (668)
Män	33 (230)	..	31 (226)	21 (110)	19 (604)	11 (714)
Kvinnor	48 (389)	..	40 (358)	35 (178)	26 (924)	19 (665)
80 år +						
Alla	54 (424)	58 (1664)	46 (421)	41 (129)	37 (839)	24 (940)
Ensamboende	60 (279)	66 (1097)			46 (485)	31 (540)
Sammanboende	43 (143)	44 (594)			24 (354)	13 (398)
Män	45 (137)	47 (597)			34 (309)	20 (490)
Kvinnor	58 (285)	64 (1068)			38 (530)	27 (450)

^aDanmark: 1988: Hemhjälp har den som får hjälp av "hjemmehjælper" med minst en av följande 15 uppgifter: gå udendørs, gå på trapper, gå omkring i huset, foretage indkøb, bære varer hjem, tungere husligt arbejde, lettere husligt arbejde, komme i og ud av sengen, vaske dem/gå i bad, klæde dem på, klippe tånegle, lave middagsmad, vaske op, vaske tøj/hænge tøj op, reparere tøj, passe haven. 1994: Hemhjälp har den som har svarat ja på frågan "Har De hjemmehjælp i dagtimerne?"

Norge: Hemhjälp har den som under den sista månaden har fått hjälp eller besök av "hjemmehjelp", "husmorsvikar" eller "hjemmesykepleier".

Sverige: Hemhjälp har den som har uppgivit att han/hon får hjälp av "hemsamarit/vårdbiträde" med minst en av följande åtta uppgifter: inköp, rengöring, tvätt, matlagning, bad/dusch, av/påklädning, uppstigning eller toalettbestyr.

Tabell B.4. Hemhjälp bland hemmaboende äldre (80 år+) med olika grad av rörelsehinder och behov av hjälp i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

Andel (%) av hemmaboende äldre 80 år + som har hemhjälp	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89	1994
<i>Ensamboende + sammanboende</i>						
Med svårigheter att gå i trappor	69 (227)	78 (806)	60 (174)	60 (42)	49 (383)	38 (371)
Stora rörelsehinder utomhus	86 (85)	94 (276)	71 (99)	85 (20)	64 (170)	63 (143)
Stora rörelsehinder inomhus	[: (11)]	94 (52)	77 (43)	[: (9)]	56 (24)	64 (35)
Behöver hjälp med städning	81 (210)	..	61 (251)	71 (65)	63 (493)	56 (423)
Behöver hjälp med inköp	76 (178)	..	58 (205)	72 (46)	55 (390)	52 (317)
Behöver hjälp med av/påklädning	[: (18)]	91 (155)	62 (26)	[: (3)]	49 (49)	72 (52)
<i>Ensamboende</i>						
			<i>OBS: 75 år+</i>			
Med svårigheter att gå i trappor	76 (154)	85 (544)	69 (109)		61 (220)	49 (211)
Stora rörelsehinder utomhus	86 (64)	97 (195)	92 (56)		82 (105)	79 (84)
Stora rörelsehinder inomhus	:	96 (31)	[: (7)]		[: (9)]	[: (15)]
Behöver hjälp med städning	85 (152)	..	75 (116)		83 (272)	72 (245)
Behöver hjälp med inköp	80 (127)	..	75 (157)		74 (216)	73 (183)
Behöver hjälp med av/påklädning	:	99 (87)	[: (11)]		[: (12)]	100 (20)
<i>Sammanboende</i>						
			<i>OBS: 75 år+</i>			
Med svårigheter att gå i trappor	58 (73)	62 (262)	50 (95)		31 (163)	20 (158)
Stora rörelsehinder utomhus	86 (21)	85 (81)	66 (29)		35 (65)	35 (59)
Stora rörelsehinder inomhus	:	91 (21)	51 (51)		[: (15)]	53 (20)
Behöver hjälp med städning	71 (58)	..	46 (127)		38 (221)	30 (177)
Behöver hjälp med inköp	69 (51)	..	49 (150)		32 (174)	21 (133)
Behöver hjälp med av/påklädning	:	79 (68)	32 (22)		39 (37)	47 (32)

Tabell B.5. Hemhjälpstillfällena, fördelning efter hjälptid i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

DANMARK ^a	1987	1994
1-3 t/vecka	51	65
4-6 t/vecka	30	16
7-12 t/vecka	12	12
13 t/vecka +	7	7
Summa %	100	100
Hjälp på kvällar/nätter ^b	ca 10 %	ca 15 %
Hjälp på helger	ca 20 %	ca 30 %
Hjälp högst en gång per vecka	ca 30 %	ca 50 %
Hjälp mer än 7 gånger per vecka	ca 10 %	ca 20 %
Genomsnittlig hjälptid ^c	4,8 t/v	4,4 t/v
NORGE ^d	1987	1995
1-8 t/mån	37	76
9-12 t/mån	28	11
13-19 t/mån	14	5
20 tim+/mån	21	8
Summa %	100	100
(N)	(296)	(132)
Genomsnittlig hjälptid	3,4 t/v	1,9 t/v
SVERIGE ^e	1988	1994
1-9 t/mån	42	39
10-25 t/mån	30	25
26-49 t/mån	14	17
50-119 t/mån	12	15
120 t+/mån	3	4
Summa %	100	100
Hjälp på kvällar/nätter	16 %	27 %
Hjälp på helger	24 %	36 %
Genomsnittlig hjälptid ^f	26 t/mån ≈ 6,2 t/v	32 t/mån ≈ 7,6 t/v

^aUppgifter från kommunernas uppgifter till den offentliga statistiken (Danmarks statistik 1989, 1996).

^bUppgifterna om hjälp på kvällar/nätter, helger samt antal hjälptillfällen per vecka baseras på surveystudier. Källa 1987: Olsen & Gregersen 1988; källa 1994: Boll Hansen & Platz 1995a.

^cMedelvärde beräknat på klassmitt i resp. hjälptidsintervall. För den öppna kategorin 13 timmar+ har 16 timmar valts som klassmitt.

^dUppgifter från surveystudier (Lingsom 1997, tabell 5.5).

^eUppgifter baserat på kommunernas uppgifter till den offentliga statistiken (SCB 1989 resp. Socialstyrelsen 1995). De svenska uppgifterna gäller kommunernas uppskattning av den faktiska *hjälpstiden*, d.v.s. den del av hemhjälpens *arbets tid* som går till direkt hjälp hos eller för hjälpmottagarna. Gång- eller restid mellan hjälptagare, arbetsmöten och annat indirekt arbete ingår således inte. Av de danska uppgifterna framgår inte beräkningssätt. Troligen har vissa kommuner redovisat den totala arbetstiden, andra den faktiska hjälptiden.

^fMedelvärde beräknat på klassmitt i resp. hjälptidsintervall. För den öppna kategorin 120 timmar+ har 150 timmar valts som klassmitt (jfr Sundström & Cronholm 1988 s. 30).

Tabell B.6. Kännetecken för hemhjälpstaggare i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

[med kursiv stil anges motsvarande uppgifter för hela den hemmaboende befolkningen i respektive åldersgrupp]

Andel (%) av hemhjälpstaggare 75 år+ som:	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1987	1995	1988/89	1994	
- är 85 år+	30	26	31	29	40	
- bor i ensamhushåll	71	59	72	72	81	
- har svårt att gå i trappor	67	46 [28]	45 [26]	64 [37]	62 [32]	
- har stora rörelsehinder utomhus	24	26 [13]	33 [13]	34 [12]	35 [10]	
- har stora rörelsehinder inomhus	4	12 [5]	14 [6]	6 [2]	8 [2]	
- behöver hjälp med städning	83	76 [45]	80 [37]	95 [39]	96 [30]	
- behöver hjälp med inköp	57	55 [34]	60 [27]	68 [31]	66 [23]	
- behöver hjälp med av/påklädning	5	5 [5]	4 [1]	8 [4]	16 [4]	
(N)	(286)	(242)	(85)	(399)	(270)	

Andel (%) av hemhjälpstaggare 80 år+ som:	DANMARK		SVERIGE	
	1988	1994	1988/89	1994
- är 85 år+	46	47	47	52
- bor i ensamhushåll	73	74	73	80
- har svårt att gå i trappor	70 [54]	64 [48]	59 [45]	62 [39]
- har stora rörelsehinder utomhus	32 [20]	27 [17]	32 [18]	37 [14]
- har stora rörelsehinder inomhus	4 [3]	4 [3]	4 [2]	9 [4]
- behöver hjälp med städning	85 [58]	..	97 [56]	95 [41]
- behöver hjälp med inköp	63 [44]	..	65 [43]	69 [32]
- behöver hjälp med av/påklädning	7 [4]	13 [9]	7 [5]	16 [5]
(N)	(226)	(920)	(323)	(239)

Tabell B.7. Hjälpuppgifter bland hemhjälpsmottagare (80 år+) i Danmark och Sverige 1988-94

Andel (%) av hemhjälpsmottagare 80 år+ som får hemhjälp med ...	DANMARK		SVERIGE
	1988	1994	1994
- städning	96	94	91
- matinköp	52	39	53
- tvätt av kläder	40	39	47
- matlagning	14	2	31
- bad/dusch	18	32	43
- personlig vård	6	15	14
varav			
- av/påklädning	6	14	13
- uppstigning	4	8	11
- toalettbestyr	..	4	4
(N)	(226)	(920)	(239)

Tabell B.8. Hemhjälpsmottagare (80 år+) efter hjälpuppgift i Danmark och Sverige 1988-94

Andel (%) av hemhjälpsmottagare 80 år+ som får hemhjälp med ...	DANMARK		SVERIGE
	1988	1994	1994
1. enbart städning	31	36	23
2. matinköp/tvätt (+ ev 1)	43	31	22
3. matlagning (+ ev 1-2)	8	1	10
4. bad/dusch (+ ev 1-3)	13	18	30
5. personlig vård (+ ev 1-4)	6	15	14
Summa %	100	100	100
(N)	(226)	(920)	(239)

Tabell B.9. Hemhjälp och hjälp från anhöriga utanför det egna hushållet i Danmark, Norge och Sverige 1987-95

Andel (%) bland hemmaboende äldre (80 år+) som får ...	DANMARK		NORGE		SVERIGE	
	1988	1994	1987	1995	1988/89	1994
- hemhjälp	54	58	46	41	37	24
- hjälp från anhörig utanför det egna hushållet ^a	29	20	28	19	30	23
varav						
- endast anhörighjälp	11	6	12	11	16	15
- både hemhjälp och anhörighjälp	18	14	16	8	14	8
- varken hemhjälp eller anhörighjälp	35	37	42	48	47	61
(N)	(421)	(1656)	(421)	(129)	(839)	(940)

Sverige: Anhörighjälp har den som får hjälp av ej sammanboende anhörig/vän/granne med minst en av följande åtta uppgifter: inköp, rengöring, tvätt, matlagning, bad/dusch, av/påklädning, uppstigning eller toalettbestyr.

Danmark: Anhörighjälp har den som får hjälp av ej sammanboende anhörig/vän/granne med minst en av följande sju sysslor: inköp, rengöring, tvätt, varm mat, bad, påklädning eller i/ur säng.

Norge: Anhörighjälp har den som på frågan "Får husholdningen regelmessigt noe ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer? Vi tenker her på praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, uføre eller eldre" har svart at de får hjelp/tilsyn av släktingar eller grannar/vänner.

Tabell B.10. Hjälpmönster bland hemmaboende äldre i Sverige 1988-94

Andel (%) av <i>ensamboende</i> äldre (75 år+) med någon hjälp över huvud taget som får ...	1988/89	1994
- enbart hemhjälp (ingen informell hjälp)	39	46
- enbart informell hjälp (ingen hemhjälp)	32	34
- både hemhjälp och informell hjälp	28	20
Summa %	100	100
(N)	(412)	(321)
Andel (%) av <i>sammanboende</i> äldre (75 år+) med någon hjälp över huvud taget som får ...		
- enbart hemhjälp (ingen informell hjälp)	8	6
- enbart informell hjälp (ingen hemhjälp)	74	85
varav		
- enbart hjälp av sammanboende	59	71
- enbart hjälp av annan anhörig	8	9
- hjälp av både sammanboende och annan anhörig	7	5
- både hemhjälp och informell hjälp	18	9
varav		
- hemhjälp + hjälp av sammanboende anhörig	11	5
- hemhjälp + hjälp av ej sammanboende anhörig	4	2
- hemhjälp + både hjälp av sammanboende och annan anhörig	3	2
Summa %	100	100
(N)	(408)	(335)

Om forfatterne

APPENDIX C

- *Svein Olav Daatland* er sosialpsykolog og forsker ved NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo. Han har i mange år vært engasjert i sosialgerontologisk forskning og var instituttsjef ved Norsk gerontologisk institutt fra 1994-96, inntil NGI ble fusjonert inn under det nyetablerte NOVA. Han er redaktør av tidsskriftet *Aldring & Eldre*, og blant publikasjoner fra de senere år kan nevnes “Hva skjer i eldresektoren” (NGI-rapport 1/94) og “Og du skal leve lenge i landet” (med Per Erik Solem, Universitetsforlaget, Oslo 1992).
- *Susan Lingsom* er statsviter og forsker ved NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo. Hun har i en årrekke arbeidet med spørsmål omkring tidsnytting, levekår og samspillet mellom formell og uformell omsorg – først ved Statistisk sentralbyrå, dernest ved Institutt for sosialforskning (INAS), inntil INAS ble fusjonert inn under det nyetablerte NOVA. Hun har nylig utgitt avhandlingen “The substitution issue. Care policies and their consequences for family care” (NOVA-rapport 6/97).
- *Merete Platz* er sosiolog og seniorforsker ved Socialforskningsinstituttet i København. Hun har i mange år forsket i sosialgerontologiske og eldrepolitiske problemstillinger, og har bak seg en rekke publikasjoner om eldres levekår og om omleggingen av den danske eldrepolitikken “fra plejehjem til egne hjem”. Blant hennes seneste publikasjoner kan nevnes “80-100-åriges levekår” (1995) og “Gamle danskere” (1996), begge sammen med Eigil Boll Hansen (AKFs forlag).
- *Gerdt Sundström* er sosiolog og biträdande professor ved Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping. Han var tidligere universitetslektor ved Socialhögskolan, Stockholms universitet, og har en lang rekke publikasjoner bak seg innenfor sosialgerontologi og sosialpolitikk. Blant senere publikasjoner kan nevnes “Care by families: An overview of trends” (Caring for frail elderly people – New orientations, OECD, Paris 1994) og “Hemma på äldre da’r” (Socialstyrelsen, Stockholm 1994).
- *Marta Szebehely* er fil.dr. i sosialt arbeid og arbeider som forsker ved Socialhögskolan, Stockholms universitet. Hun har vært særlig opptatt av kvinneperspektiver, samspillet mellom formell og uformell omsorg og endringer i eldreomsorgen sett fra brukernes og ansattes perspektiv. Hun har bl.a. utgitt “Hemtjänst eller anhängvård? Förändringar under 80-talet” (Socialstyrelsen, Stockholm 1993) og avhandlingen “Vardagens organisering. Om vårdbiträden och gamla i hemtjänsten” (Arkiv förlag, Lund 1995).

ADRESSER

Svein Olav Daatland, NOVA, Munthesgt. 29, 0260 Oslo.

Tel. (47) 22541200, fax (47) 22541201, e-post: Svein.O.Daatland@isaf.no

Susan Lingsom, NOVA, Munthesgt. 29, 0260 Oslo.

Tel. (47) 22541200, fax (47) 22541201, e-post: sli@isaf.no

Merete Platz, Socialforskningsinstituttet, Herluf Trollesgade 11,
1052 København.

Tel. (45) 33 480800, fax (45) 33 480833, e-post: mp@smsfi.dk

Gerdt Sundström, Institutet för gerontologi, Box 1038, 551 11 Jönköping.

Tel. (46) 36 324900, fax (46) 36 324916, e-post: gs@hhj.hj.se

Marta Szebehely, Socialhögskolan, Stockholms universitet, 106 91 Stockholm.

Tel. (46) 8 674 7394, fax (46) 8 674 7398, e-post: marta@socarb.su.se