

Berit Otnes

8. Hjelpebehov og tjenestetilbud

Mange eldre lever med sykdom som påvirker hverdagen, og like mange som før trenger hjelp til å klare seg i hverdagen. Det kommunale tjenestetilbudet når fram til en mindre andel av de eldre enn for 15-20 år siden. Bare blant 90-åringene er redusert institusjonsdekning oppveid av bedre dekning av hjemmetjenester. Flere eldre får privat uformell hjelp.

8.1. Helseproblemer og hverdagsmestring

Sykdommer av ulike slag kan gi nedsatt funksjonsevne og hemme deltakelse i aktiviteter i hverdagslivet. Samtidig som sykdom kan begrense i seg selv, avhenger muligheter for deltakelse og aktivitet også av tilrettelegging i omgivelsene. En eldre person som bor i en tilrettelagt bolig, med hjelp fra familie og venner, vil kunne oppleve at sykdom har mindre konsekvenser enn om hun eller han ikke bor i en tilrettelagt bolig, eller ikke får hjelp fra venner eller familie. Konsekvensene avhenger derfor av forhold rundt det enkelte individ, i like stor grad som av individets sykdom (Grue 1995, Elstad 1998). Begrensninger i hverdagslivet henger sammen med utformingen av for eksempel arbeidsplasser, boliger, transport og kommunikasjon.

Kvinner, menn, unge, middelaldrende og eldre har ulike forutsetninger når det gjelder fysisk styrke og koordinasjon.

Undergrupper i seniorbefolkningen

Seniorbefolkningen består av aldersgruppene middelaldrende, 50-66 år, eldre, 67-79 år og de eldste eldre som er 80 år og over. Referansegruppen er den øvrige voksne befolkningen, som består av personer i alderen 30-49 år.

Forståelse av eget funksjonsnivå er ikke bare avhengig av evnen til å fungere, men like mye av forventninger om hva som er «normale» evner for en person i en gitt situasjon (Fløtten 1992). Vurderinger av hva det vil si at sykdommen virker inn på hverdagen, henger derfor også sammen med forventninger til helsetilstand og ytelsesnivå i ulike aldre.

8.2. Fire av ti seniorer har sykdom som påvirker hverdagen deres

I alt 17 prosent av befolkningen i alderen 50 år eller over hadde en eller flere varige sykdommer som påvirker deres hverdag i høy grad, mens 32 prosent opplevde at sykdommen(e) hadde liten eller ingen innvirkning på hverdagen i 2008. I tillegg opplevde 23 prosent at sykdommen i noen grad innvirker på hverdagen, mens 29 prosent ikke har noen varige sykdommer i det hele tatt. Dette er omtrent samme andel som i 2002, men en noe lavere andel enn i 1995.

At sykdommen påvirker hverdagen, betyr at den enkelte har smerter, føler angst, har søvnproblemer eller lignende, eller at sykdommen på ulike måter begrenser hva han eller hun kan gjøre i dagliglivet. Flere

kvinner enn menn har langvarig sykdom, og kvinner har oftere enn menn sykdommer som påvirker hverdagen. Forskjellene er størst blant eldre. Mens 36 prosent av eldre menn opplever at sykdom i høy eller noen grad har konsekvenser i hverdagen, gjelder dette 45 prosent av eldre kvinner.

De som har sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, har vanligvis flere sykdommer enn andre (Ramm 2000b), så også i 2008. Forskjellen er størst blant middelaldrende og personer i alderen 30-49 år. Også blant eldre er det betydelig forskjell. Eldre med sykdom som i høy grad påvirker hverdagen, har i gjennomsnitt fire sykdommer, mens eldre med sykdom som ikke påvirker hverdagen, har to sykdommer i gjennomsnitt. Det er samtidig store variasjoner blant eldre med sykdommer som i betydelig grad påvirker hverdagen. En del har bare noen få sykdommer, mens andre har svært mange.

8.3. Nedsatt funksjonsevne øker med alderen

Ulike varige funksjonsbegrensninger antyder hvilke fysiske funksjonsnedsettelse middelaldrende og eldre lever med i hverdagen.

At en funksjonsnedsettelse er varig, vil si at den har vart eller forventes å vare i seks måneder eller mer. Eldre har større funksjonsvansker enn middelaldrende fordi de eldste har levd lenger, og derfor har vært utsatt for risiko for sykdom og fysiske svek-

kelser i lengre tid (Elstad 1998). Nedsatt syn eller hørsel kan gjøre det vanskeligere å gjennomføre ulike gjøremål i hverdagen. I tillegg kan det begrense mulighetene for sosial kontakt og deltakelse. Om lag 10 prosent eldre har vansker med å lese vanlig tekst i aviser, selv når de bruker briller. Samtidig har 22 prosent av eldre nedsatt hørsel, det vil si at de ikke kan følge en samtale mellom flere personer, selv når de bruker høreapparat. Litt flere eldre menn enn kvinner har nedsatt hørsel. Andelen med svekket hørsel øker med alder, rundt 29 prosent av de eldste eldre har nedsatt hørsel.

Mens nedsatt syn og hørsel kan medføre vansker med for eksempel å bevege seg rundt i eget hjem, i trafikken eller med å delta i sosiale sammenhenger, kan begrensninger i bæreevnen gjøre det vanskeligere å bo i eget hjem uten hjelp. Omtrent fire ganger så mange eldre kvinner som menn klarer ikke å bære en gjenstand på 5 kilo over en kortere strekning, rundt 10 meter, uten vansker (tabell 8.1).

Om lag en av fire eldre har nedsatt bevegelsesevne. Det betyr at de ikke kan gå i trapper opp eller ned en etasje uten å hvile, eller at de ikke kan gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo uten vansker. Blant de eldste eldre har 45 prosent nedsatt bevegelsesevne. Kvinner har flere sykdommer og opplever i større grad enn menn at sykdommen i høy grad virker inn på deres hverdag. Samtidig har flere

Tabell 8.1. Ulike typer funksjonsnedsettelse, etter alder og kjønn. 2008. Prosent

	30-49 år		50-66 år		67 år og over	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Nedsatt syn	3	4	5	5	6	13
Nedsatt hørsel	4	4	8	8	23	20
Nedsatt bæreevne	2	7	3	9	6	28
Nedsatt bevegelsesevne ¹	3	4	6	10	22	32

¹ Personer som ikke kan gå i trapper opp eller ned en etasje uten å hvile, og/eller som ikke kan gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo.

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

kvinner enn menn nedsatt bevegelsesevne. Forskjellen mellom menn og kvinner øker jevnt med alder. Mens 4 prosentpoeng flere middelaldrende kvinner enn menn har nedsatt bevegelsesevne, gjelder det 10 prosentpoeng flere eldre kvinner enn menn (tabell 8.1).

8.4. De som bor alene, er mer bevegelsehemmet

Å bo alene med funksjonsbegrensninger vil kunne ha andre konsekvenser enn å bo sammen med andre som kan hjelpe til med ulike gjøremål.

Tabell 8.2 viser at de som bor alene, både middelaldrende og eldre, i større grad har nedsatt bevegelsesevne. Det ser ut til at eldre mennesker, selv med nedsatt bevegelsesevne, klarer å bo alene. Av de aleneboende eldste eldre har halvparten nedsatt bevegelsesevne. Forskjellene mellom menn og kvinner øker med alderen, også blant aleneboende.

Klart flere eldre kvinner (55 prosent) enn menn (27 prosent) bor alene. Samtidig har kvinner i større grad enn menn sykdom som virker inn på hverdagen, noe som kan forklare litt av forskjellen mellom eldre aleneboende kvinner og menn. Både innvirkningen sykdom har på hverdagen, og begrensninger i bevegelsesevnen, henger sammen med utdanning. Jo lengre utdanning, jo mindre er sannsynligheten for at sykdom virker inn på hverdagen og for at bevegelsesevnen er nedsatt. De som bor alene, har større sannsynlighet for å ha nedsatt bevegelsesevne, også når personer

Mål på bevegelsesevne: sammenlignbarhet over tid

De ulike målene på bevegelsesevne har endret seg noe over tid i helse- og levekårsundersøkelsene. To mål viser nivået på bevegelsesevne. Det ene målet fanger inn *bevegelsehet*, det vil si om man klarer å bevege seg i trapper. Det andre målet fokuserer i større grad på *utholdenhet* og *bevegelsesradius*, om man klarer å gå en tur av noe varighet. I 1975 ble alle spurt om de kunne gå i trapper uten vanskelighet, eller om de kunne gå en 15 minutters tur i noenlunde raskt tempo. Spørsmålene ble gjentatt i 1985, men da om man klarte å gå en 5 minutters tur i noenlunde raskt tempo. Opplysningene om bevegelsesevne omfatter varige vansker. I 1998 ble det imidlertid spurt mer generelt om begrensninger man opplever *nå* som å gå trappen opp en etasje eller å gå mer enn to kilometer (begrenser mye, begrenser litt, eller begrenser ikke i det hele tatt). I 2002 ble det igjen fokusert på varige vansker, og spurt om man kan gå trapper opp eller ned en etasje uten å hvile, og om de som intervjues, uten vansker kan gå en 5 minutters tur i noenlunde raskt tempo. Dette fokuset er beholdt i 2005 og 2008.

med samme alder, kjønn, utdanning og egenvurdert helse sammenlignes.

8.5. Bevegelsesevnen er blitt bedre over tid

Mer enn en av tre eldre aleneboende har vansker med bevegelsesevnen. Har eldres bevegelsesevne forandret seg over tid (se tekstboks)?

Det har vært en positiv utvikling i eldres bevegelsesevne over tid. I 1975 hadde 39 prosent i alderen 67-79 år nedsatt

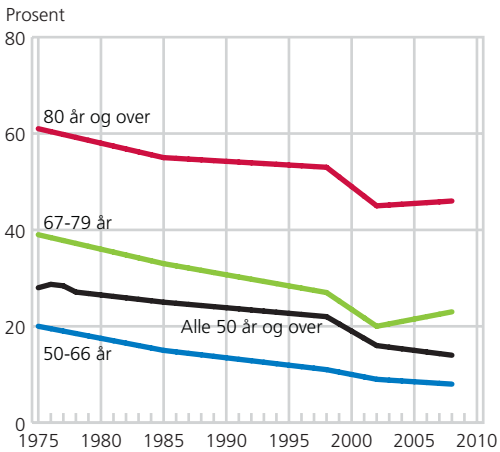
Tabell 8.2. Nedsatt bevegelsesevne blant dem som bor alene, etter kjønn og aldersgruppe. 2008. Prosent

	Alle	N(uveid)	Menn	N(uveid)	Kvinner	N(uveid)
50-66 år	8	342	7	159	10	183
67-79 år	23	201	21	64	25	137
80 år og over ¹	46	162	27	41	49	121

¹ Utvalget i gruppen 80+ er lite, slik at tallene fordelt på kjønn er usikre og forskjellene ikke signifikante.

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Figur 8.1. **Andel personer 50 år og over med nedsatt bevegelseevne. 1975, 1985, 1998, 2002 og 2008. Prosent¹**



¹ Etter Ramm (2000b, figur 6.4).

Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå.

bevegelseevne, og kunne ikke gå trapper opp eller ned en etasje uten å hvile, eller gå en fem minutters tur i noenlunde raskt tempo uten vansker. I 2008 hadde 23 prosent i aldersgruppen 67-79 år nedsatt bevegelseevne. Det har vært en nedgang både blant kvinner og menn. Spesielt har eldre menn bedre bevegelighet enn før, og forskjellen mellom eldre menn og kvinner økte fram til 2002. Fra 2002 til 2008 er det små endringer, og blant eldre menn er det blitt litt flere som har redusert bevegelseevne i 2008. Det er for tidlig å si om den gunstige utviklingen i bevegelseevnen blant seniorer har flatet ut eller snudd, endringene er ikke større enn at de kan skyldes tilfeldigheter. Utvalget av de eldste eldre er lite i 2008, og endringene for

Hjelpetrequende og pleietrequende

Med *hjelpetrequende* mener vi personer som ikke klarer dagligvareinnkjøp og/eller vask og rengjøring av egen bolig uten hjelp av andre. Blant dem under 67 år stilles spørsmålene til dem som har varige sykdommer, mens alle over 67 år får spørsmålene.

Pleietrequende er personer som bare med hjelp av andre eller med noen vansker klarer å kle av og på seg eller ivareta daglig personlig hygiene. Spørsmålene stilles dem som har en varig sykdom som virker inn på deres hverdag i *høy grad*.

denne gruppen er dermed usikre, statistisk sett.

8.6. Liten endring i hvor mange som er hjelpetrequende eller pleietrequende

Sykdom, nedsatt syn, hørsel og bevegelseevne fører til problemer med å klare ulike oppgaver i dagliglivet på egen hånd. Mestring av oppgaver knyttet til husholdet, som å lage mat, gjøre innkjøp, rengjøre og så videre blir vanskeligere. Er helsen og funksjonsnedsettelsene store, kan selv grunnleggende gjøremål som personlig hygiene og av- og påkledning være vanskelig å utføre alene. Personer med slike problemer har behov for hjelp og er således hjelpetrequende og pleietrequende (se tekstboks).

Andelen som er hjelpe- eller pleietrequende er størst blant de eldste eldre, aldersgruppen som er 80 år eller eldre, der over halvparten er hjelpetrequende. I aldersgruppen 67-79 år trenger 19 prosent hjelp til hverdagslige gjøremål. Dette er

Tabell 8.3. **Hjelpe- og pleietrequende, etter alder og kjønn. 2008. Prosent**

	50-66 år			67-79 år			80 år og over		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
Hjelpetrequende	11	10	13	19	17	21	53	40	60
Pleietrequende	1	1	1	3	3	2	8	4	10

Kilde: Lvekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

omtrent samme andeler som i 2002. Andelen pleietrengende øker også med alderen, men ikke med samme styrke. Dette henger sannsynligvis sammen med at det er vanligere å være hjelpetrengende og bo hjemme, enn det er å være pleietrengende og bo hjemme. For dem som har vansker med å kle på seg selv og med personlig hygiene, vil flytting til institusjon være en mulighet. De som bor på institusjon, omfattes som nevnt, ikke av tabell 8.3 (se tekstboks om levekårsundersøkelsen i helsekapitlet i denne publikasjonen).

De som er hjelpetrengende, har i en del tilfeller også problemer med å kle på seg og ta seg av personlig hygiene. Å ha hjelpe- og pleiebehov vil si å ha vansker med oppgaver knyttet til husholdet og vansker med mer grunnleggende gjøremål som å kle på seg og ta seg av personlig hygiene. De som har slike vansker, opplever i stor grad også andre begrensninger i hverdagen. Om lag en tredjedel av middelaldrende hjelpetrengende og over halvparten av hjelpetrengende eldre har nedsatt bevegelsesevne. Blant de pleietrengende har de fleste nedsatt bevegelsesevne.

Flere kvinner enn menn er hjelpetrengende og pleietrengende, særlig blant de eldste eldre. Avsnittet om levevaner viste at levevaner og helse generelt henger sammen med utdanningslengde. Personer med høyere utdanning har i større grad enn dem som har kortere utdanning, god helse og færre varige sykdommer. Den enkeltes utdanning henger i stor grad sammen med ulike andre generelle levekår, som boforhold, levevaner og type arbeid. Middelaldrende med grunnskole som høyeste utdanning er noe mer hjelpetrengende enn dem med universitets- eller høgskoleutdanning, 13 mot 9 prosent. Også blant eldre er det litt flere hjelpetrengende blant dem med grunnskoleutdanning, 34 prosent, enn blant dem med

universitets- eller høgskoleutdanning, 28 prosent.

8.7. Pleie- og omsorgstjenesten i dag: Flere får hjelp i eget hjem enn i institusjon

Sykdom, svekket helse og nedsatt funksjonsevne kan føre til ulike behov for hjelp. Enkelte har så store hjelpebehov at det må vurderes om de kan bo for seg selv. Av den grunn består en del av hjelpetilbudet i å gi omsorg i institusjoner for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne.

I løpet av 1980- og 1990-tallet har pleie- og omsorgstjenestene i kommunene blitt endret. Gjennom handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50: 1996-1997) ble det satset på en såkalt boliggyøring og hjemliggjøring av eldreomsorgen. Antallet eldre og personer med nedsatt funksjonsevne som bor i pleie- og omsorgsinstitusjoner, har gått ned 6 prosent fra 1995 til 2006, men har deretter økt litt. I 2008 bodde vel 42 100 i pleie- og omsorgsinstitusjon. Samtidig har antallet personer som mottar hjemmetjenester, gått opp med 15 prosent fra 1995 til 2008. I 2008 mottok vel 167 400 personer i alle aldre slike tjenester. Det er imidlertid hjemmetjenester til yngre (under 67 år) med nedsatt funksjonsevne som har økt. Det har ikke blitt flere eldre som mottar hjemmetjenester.

Hjemmetjenester er en samlebetegnelse for kommunale pleie- og omsorgstjenester som mottas av brukere som ikke bor på institusjon, men i egen bolig eller i bolig til pleie- og omsorgsformål. Den enkelte mottar hjemmetjenester enten i form av hjemmesykepleie, eller praktisk bistand, eller i form av både hjemmesykepleie og praktisk bistand. Pleie- og omsorgstjenesten tilbyr også en del andre tjenester til hjemmeboende, som for eksempel støttekontakt, trygghetsalarm, matombringing og

avlastning. Fra 2007 finnes det også tall for hvor mange som mottar slike tjenester.

Satsingen på å gi hjelp hjemme medfører at flere eldre med hjelpebehov blir boende hjemme lenger. Andelen eldre som bor i institusjon, påvirker utvalget av eldre i helse- og levekårsundersøkelsene (se tekstboks foran i kapitlet). Dersom flere blir boende hjemme lenger med høyere sykkelighet, vil hjelpebehovet blant de hjemmeboende bli større. I fortolkningen av tallene må man derfor være oppmerksom på at eventuelle endringer i hjelpebehov kan skyldes endringer i organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene, og ikke nødvendigvis endringer i eldres helse (Lingsom 1989: 23).

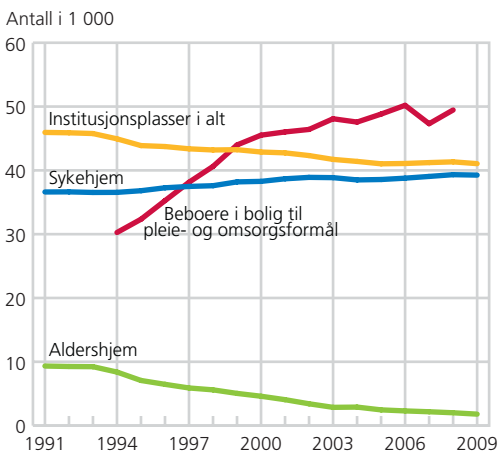
8.8. Færre i institusjon, flere i boliger til pleie- og omsorgsmål

For dem som er hjelpe- eller pleietrengende, vil hverdagen være vanskelig uten *uformell* hjelp fra familie, venner, eller *formelle* offentlige eller private hjelpetjenester. Den formelle hjelpen har i sterk grad vært dominert av det offentlige, som står for 90 prosent av institusjonsplassene og 95

prosent av driften av hjemmetjenestene. I tillegg til et stort offentlig omsorgstilbud, som sykehjem og kommunale hjemmetjenester, eksisterer det et begrenset privat tilbud. Det private tilbudet består stort sett av sykehjem, men de fleste kommuner kjøper også en del hjemmetjenester fra private, selv om dette bare unntaksvis utgjør mer enn 10 prosent av kommunens utgifter til hjemmetjenester. I Oslo velger over 20 prosent av brukerne å få tjenestene utført av private leverandører, etter at hjelpebehovet er vurdert av pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg har bruk av privat rengjøringshjelp ikke vært uvanlig blant eldre.

Siden 1988 har kommunene hatt enesvar for pleie- og omsorgssektoren. Institusjonsomsorgen er gradvis blitt bygget ned. Figur 8.2 viser at det har vært en radikal endring i hvilke typer institusjoner kommunene har satset på. I 1991 var det om lag fire ganger så mange plasser i sykehjem som i aldershjem. I tiden etter har antall plasser i sykehjem økt relativt beskjedent, med 8 prosent, samtidig som antallet plasser i aldershjem har blitt redusert fra om lag 9 000 til om lag 2 000 plasser. I 2008

Figur 8.2. Plasser i ulike typer institusjoner og antall omsorgsboliger¹. 1991-2008



¹ På grunn av omlegging av statistikken er det et brudd i tallene for omsorgsboliger mellom 2000 og 2001. Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Pleie- og omsorgsstatistikk

Fram til og med 2006 ble statistikk fra pleie- og omsorgstjenestene innhentet årlig via skjema fra alle landets kommuner. Fra og med 2007 er statistikken over brukere av pleie- og omsorgstjenester hentet fra IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk). Noen opplysninger om tjenestene hentes fortsatt inn via skjema fra kommunene. Statistikken over personalet er hentet fra Arbeidstakerregisteret siden 2003. I tillegg brukes enkelte opplysninger fra Statistisk sentralbyrås bedrifts- og foretaksregister om institusjoner for eldre og funksjonshemmede, og over befolkningen generelt. Innføringen av IPLOS medfører et brudd i tidsseriene, blant annet en tilsynelatende nedgang i tjenestemottakere, som skyldes at det forekom en del dobbeltregistreringer i statistikken før 2007.

var det derfor nesten 20 ganger så mange plasser i sykehjem som i aldershjem (pleie- og omsorgsstatistikk, se tekstboks).

Pleie- og omsorgspolitikken, og målsettingene for denne, har vært preget av en tanke om såkalt *boliggjøring*. Institusjonene, særlig aldershjem, er bygget ned, mens hjemmehjelpstjenestene og tilrettelegging av boliger (omsorgsboliger og andre boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål) har blitt trappet opp. Under ligger en idé om at mennesker med nedsatt funksjonsevne får et bedre liv ved å bo i egne boliger istedenfor i institusjon. Hver enkelt skal kunne leve et selvstendig normalt liv, uten mer oppfølging enn det som følger av hjelpebehov ved helsesvikt. Institusjonene er vanligvis et tilbud til de mest pleietrengende, mens andre mindre hjelpetrengende i større grad får tilbud om *tilpassede* boliger og/eller hjemmetjenester i sitt eget hjem.

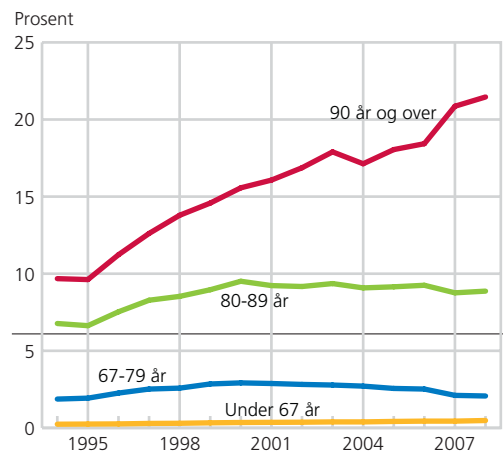
Siden 1994 har tilskudd fra Husbanken til kommunene, og andre tiltak i handlingsplan for eldreomsorgen (St.meld. nr. 50: 1996-1997) medvirket til at antallet omsorgsboliger har økt kraftig. Disse omsorgsboligene er beboernes eget hjem, og er vanligvis ikke fast bemannet. I stedet tildeles tjenester etter behov gjennom hjemmetjenestene, på samme måte som blant dem som bor i en opprinnelig privat bolig. Antall beboere i boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål, er nesten doblet fra 1994 til 2008, og i 2008 var det i om lag 51 500 beboere i slike boliger. Noen av de kommunale boligene til pleie- og omsorgsformål er omsorgsboliger etter Husbankens definisjon. De andre kan være alt fra botilbud (trygdeboliger) til serviceboliger med heldøgnservice. Disse er i ulik grad tilpasset pleietrengende.

8.9. Ikke bare eldre får hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten

Det er imidlertid ikke bare middelaldrende og eldre som bor i institusjoner og boliger til pleie- og omsorgsformål. Blant annet har HVPU-reformen flyttet ansvaret for mange yngre personer til pleie- og omsorgstjenestene i den enkelte kommune. I 1992 var 4 prosent av beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede under 67 år, og så sent som i 2006 var en omtrent like stor andel, 5 prosent yngre enn 67 år. Etter statistikkomleggingen i 2007, der individuell registrering ble innført (IPLOS), økte imidlertid registreringen av yngre beboere, slik at andelen i 2008 var oppe i nesten 10 prosent

Andelen eldre som bor i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, økte fram til rundt 2000. Mens svært få av alle under 67 år bor i slike boliger, bor en høy andel av de aller eldste i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. Blant eldre over 90 år har andelen som bor i slike boliger, økt kraftig. I 2008 bodde over 20 prosent av dem i

Figur 8.3. Andel som bor i boliger som kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål, etter alder. 1994-2008. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

kommunale boliger, en dobling sammenlignet med midt på 1990-tallet..

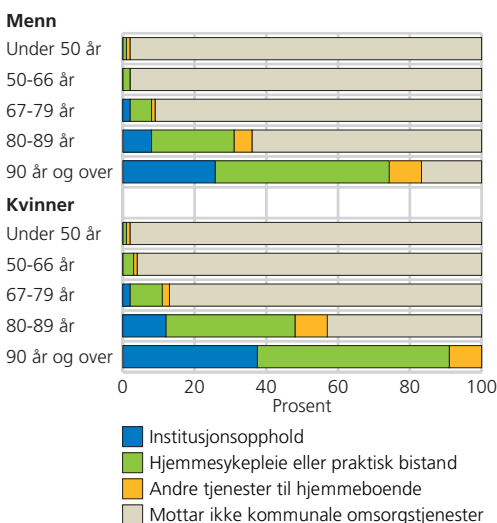
Selv om andelen av dem under 67 år som bor i boliger til pleie- og omsorgsformål, er liten, er dette en stor og økende gruppe blant beboerne i slike boliger. I 2008 var 40 prosent av beboerne i boliger til pleie- og omsorgsformål under 67 år. Halvparten av tilveksten i slike boliger fra 1994 til 2008 tilfalt denne aldersgruppen.

8.10. Nesten alle 90-åringene får hjelp fra kommunale pleie- og omsorgstjenester

Vel 260 000 personer mottok hjelp fra de kommunale pleie- og omsorgstjenestene ved utgangen av 2008. Hjelpen mottas i form av tjenester i hjemmet, eller i form av en institusjonsplass over kortere eller lengre tid.

Det er blitt stadig flere yngre brukere av pleie- og omsorgstjenesten. Dette er en følge av at kommunene fra tidlig på

Figur 8.4. Bruk av kommunale omsorgstjenester, etter alder og kjønn. 2008. Prosent



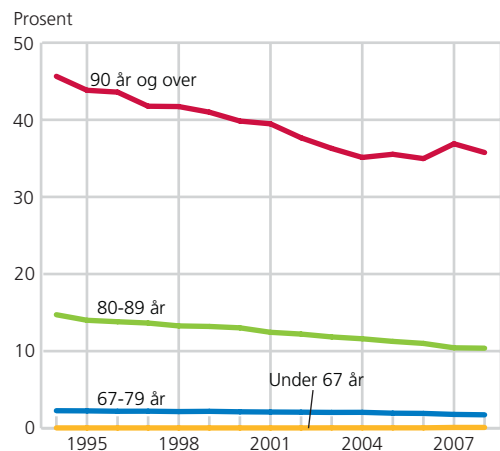
Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

1990-tallet har fått ansvar for nye grupper av brukere, først i forbindelse med HVPU-reformen og deretter med endringer i førstelinjetilbudet til personer med psykiske lidelser og rusproblemer. I 2008 var nesten en av fire brukere under 50 år. Men fortsatt er nesten halvparten av dem som mottar kommunale omsorgstjenester, 80 år eller eldre. Nesten alle de eldste 90 år og over, over 95 prosent, mottar kommunale omsorgstjenester i en eller annen form. I tillegg til at bruken henger sammen med alder, bruker kvinner tjenestene i større grad enn menn. Sju av ti brukere av pleie- og omsorgstjenester som er 67 år eller eldre, er kvinner.

8.11 Færre eldre bor i institusjoner ...

Alt i alt bodde i underkant av 40 000 personer over 49 år, eller i underkant av 3 prosent av befolkningen over 49 år, på institusjoner innenfor pleie- og omsorgstjenesten ved utgangen av 2008, og av dem hadde nær 34 000 langtidsopphold i institusjon. Flere eldre kvinner enn menn bor på institusjon. Det gjelder i alle aldersgrupper. Kvinner 80 år eller eldre utgjør over halvparten av alle som bor på institusjon, og slik har det vært i flere år. Mens

Figur 8.5. Andel eldre som bor på institusjon, etter aldersgruppe. 1994-2008. Prosent



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

over 23 300 kvinner i alderen 80 år eller eldre bodde på institusjon i 2008, gjaldt det i overkant av 7 700 menn i samme alder. Dette er nesten nøyaktig samme antall som seks år tidligere, i 2002. I samme periode ble det vel 17 000 flere personer i befolkningen i aldersgruppen 80 år og eldre, det vil si at dekningsgraden er gått litt ned. Totalt bor om lag 14 prosent av befolkningen over 80 år på institusjon. Blant 90-åringene bor 37 prosent av kvinnene på institusjon, mens det gjelder 26 prosent av menn i samme aldersgruppe.

Andelen eldre som bor på institusjon, er gått ned i alle aldersgrupper de senere årene. Blant personer 90 år eller eldre bodde 46 prosent på institusjon i 1994, i 2008 bodde 36 prosent av 90-åringene på institusjon. I aldersgruppen mellom 80 og 89 år har andelen som bor på institusjon, gått ned fra 15 prosent i 1994 til 10 prosent i 2008. Selv de eldste eldre bor dermed i større grad enn tidligere utenfor institusjon. Det er derfor grunn til å anta at institusjonsplassene i økende grad er et tilbud til de sykeste og mest pleietrengende eldre, samtidig som tilbudet om tjenester i hjemmet er endret.

Mens færre eldre bor i institusjon, har imidlertid tilbudet av boliger til pleie- og omsorgsformål økt, slik at om lag 25 prosent i aldersgruppen 80 år og over har bodd enten i institusjon eller kommunal bolig i hele perioden 1994-2008.

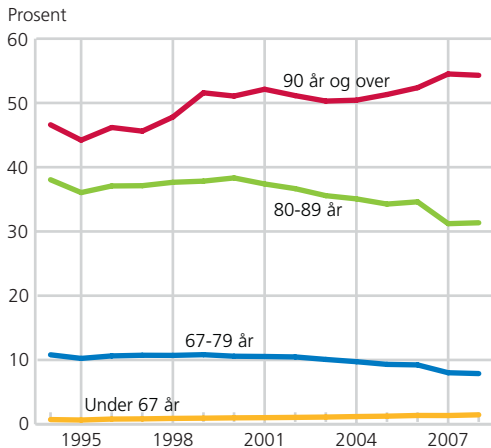
8.12. ... og færre eldre mottar praktisk hjelp fra kommunale hjemmetjenester

De kommunale hjemmebaserte tjenestene består i hovedsak av hjemmesykepleie, og/eller praktisk bistand. Praktisk bistand kan for eksempel være ulike former for hjemmehjelp eller tiltak som brukerstyrt personlig assistent. I tillegg er det om lag 30 000 seniorer og eldre som mottar andre

typer tjenester, for eksempel trygghetsalarm eller matombringing, uten at de samtidig har hjemmesykepleie eller praktisk bistand (hjemmehjelp). Aldersfordelingen blant brukerne av hjemmetjenester har endret seg de senere årene. Antallet personer 67 år eller eldre som mottar hjemmetjenester, har totalt sett gått ned med 7 prosent, eller i underkant av 8 000 personer, fra 1994 til 2008. Antallet personer under 67 år med hjemmetjenester har økt kraftig, det er mer enn fordoblet fra 1994 til 2008. Dette har sammenheng med nye brukergrupper som er kommet inn under pleie- og omsorgstjenestens ansvarsområde, se ovenfor.

I 2008 var om lag 107 000 eldre i alderen 67 år og over brukere av de kommunale hjemmetjenestene, det vil si hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Over syv av ti er kvinner, og det er flertall av kvinnelige mottakere i alle aldersgrupper blant eldre. Mens 6 prosent av menn i alderen 67-79 år mottar hjemmetjenester, gjelder det 9 prosent av kvinnene i samme alder. Forskjellen avtar i aldersgruppen 90 år eller eldre, hvor nesten like mange kvinner som menn mottar dette tilbudet (53 prosent av kvinnene og 49 prosent av mennene). I aldersgruppen 80-89 år mottar 23 prosent av alle menn og 36 prosent av alle kvinner hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Andelen eldre som kun mottar ulike former for praktisk bistand, har gått ned med 36 prosent fra 2000 til 2006. Mens hjemmesykepleie og de mest nødvendige formene for praktisk bistand er gratis for mottaker, kan kommunene ta seg betalt for ikke-lovpålagt praktisk bistand som rengjøring, matombringing og trygghetsalarm. Dette kan ha medvirket til at færre mottar praktisk hjelp.

Figur 8.6. **Andel eldre som er brukere av hjemmetjenester, etter aldersgruppe. 1994- 2008. Prosent**



Kilde: Pleie- og omsorgsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

8.13. ... men flere mottar hjemmesykepleie

Antallet personer 67 år eller eldre som mottar *hjemmesykepleie*, eller hjemmesykepleie kombinert med ulike former for praktisk bistand, gikk opp med 13 prosent fra 2000 til 2006¹. I den perioden var det en liten nedgang i tallet på personer i befolkningen i aldersgruppen 67 år og over. Veksten i hjemmesykepleie kan være en indikasjon på at det har blitt flere tyngre brukere som bor hjemme, en følge av nedbyggingen av institusjonene. Til sammen er det i perioden 2000-2006 blitt flere eldre som får medisinsk basert pleie, enten i institusjon eller i form av hjemmesykepleie. Dekningsgraden av slike tjenester økte også noe, fra å dekke 18 prosent av de eldre 67 år og over i 2000 til 20 prosent i 2006. For sykepleietjenester har med andre ord nedgangen i institusjonsplasser

¹ Det er brudd i tidsserien fra 2006 til 2007, på grunn av nytt statistikkgrunnlag. Det har forekommet dobbeltregistreringer fram til og med 2006, som særlig slår ut for mottakere av både hjemmesykepleie og praktisk bistand. Derfor har vi valgt å se på utvikling for den perioden der tallene er sammenlignbare.

blitt kompensert med økning i hjemmesykepleie.

Mer enn en av tre blant dem som er 80 år eller eldre, er brukere av hjemmetjenester. Figur 8.6 viser at andelen brukere blant personer som er 90 år eller eldre, har gått noe opp de senere årene. Det henger sannsynligvis sammen med at flere bor hjemme lenger.

8.14. Alt i alt er dekningen av pleie- og omsorgstjenester for eldre lavere nå enn før

Selv om flere eldre får hjemmesykepleie, er totalbildet at færre eldre får pleie- og omsorgstjenester i 2008 enn i 1994, før omleggingen til satsing på hjemmetjenester og boliger framfor institusjonsplasser. Dette framgår om vi ser figurene 8.5 og 8.6 i sammenheng. Som vi har sett, er det den praktiske bistanden (hjemmehjelp) som dekker færre enn før, mens økt bruk av hjemmesykepleie har kompensert for nedgang i institusjonsplasser for eldre. De aller eldste er blitt prioritert. For 90-åringene har tilbudet av hjemmetjenester samlet økt, slik at det kompenserer for at det er blitt litt dårligere dekning av institusjonsplasser.

8.15. Hjelp etter behov – de som trenger mest, får mest hjemmetjenester

Nesten en av fem eldre over 67 år, eller 17 prosent, mottar ifølge pleie- og omsorgsstatistikken hjemmetjenester i form av hjemmesykepleie eller praktisk bistand. Den nye statistikken fra pleie- og omsorgstjenestene viser hvor mye hjelp hjemmeboende mottar fra de kommunale tjenestene, og hvor hjelpetrequende den enkelte mottaker er. Men for å få vite i hvilken grad de kommunale tjenestene fanger opp alle med hjelpebehov, må vi vende oss til helse- og levekårsundersøkel-

Mottakere av hjemmetjenester i helse- og levekårsundersøkelsen og pleie- og omsorgsstatistikk

Statistikken om mottakere av hjemmetjenester i pleie- og omsorgssektoren hentes inn fra den enkelte kommune. Siden 2007 er statistikken basert på individuelle opplysninger om den enkelte tjenestemottaker (se tekstboks). Innsamling via skjema, eller innhenting via administrative registre, kan være utsatt for målefeil, som at saksbehandlere i kommunene misforstår hva som skal registreres.

I levekårsundersøkelsen registreres det via intervju om husholdningen (du/dere) har mottatt hjelp fra hjemmesykepleier eller hjemmehjelp. Hjemmehjelp er en noe snevrere kategori enn praktisk bistand, som samles inn i pleie- og omsorgsstatistikken. Samtidig kan hjemmehjelp både være privat og offentlig. Praktisk bistand er et offentlig tilbud. Ifølge pleie- og omsorgsstatistikken mottar 7 prosent i alderen 67 år eller eldre praktisk bistand, mens 10 prosent 67 år eller eldre oppgir i helse- og levekårsundersøkelsen at de har hatt besøk av hjemmehjelp den siste måneden.

Frafallet blant de eldste eldre er noe høyt i levekårsundersøkelsen (se tekstboks forrest i kapitlet). Dette kan føre til noe lave anslag for hjelpetjenester i intervjuundersøkelser. Denne typen feil kan vi imidlertid til dels korrigere for. På de områdene hvor tallene fra de to statistikkildene er sammenlignbare, er resultatene nokså like.

I levekårsundersøkelsen svarte 17 prosent av alle eldre at de mottok hjemmetjenester i form av hjemmesykepleie, hjemmehjelp eller begge deler i 2008, omtrent samme andel som pleie- og omsorgsstatistikken viser.

sene (se tekstboks om levekårsundersøkelsen og pleie- og omsorgsstatistikken).

Blant de eldre som får kommunale hjemmetjenester, er det en klar sammenheng mellom bistandsbehov og tildelte timer med hjelp. De som trenger mest hjelp, får mest. De med avgrenset bistandsbehov mottar i gjennomsnitt 2 timer per uke med hjelp, mens de med omfattende bistandsbehov får 12-13 timer per uke.

Tabell 8.4. **Besøk av hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleier. Andel av personer 67 år og over. 2008. Prosent**

	Besøk av hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie	N (uveid)
Alle	17	964
Enslige	24	363
Nedsatt bevegelsesevne	37	253
Hjelpe- eller pleietrengende	43	281

¹ Utvalget i gruppen 80+ er lite, slik at tallene fordelt på kjønn er usikre og forskjellene ikke signifikante.

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Tabell 8.4 viser at de som har besøk av hjemmesykepleier og/eller hjemmehjelp, vanligvis har dårlig helse og fysikk. De som har problemer med bevegelsesevnen, som har vansker med å gjøre innkjøp og utføre renhold, mottar oftere tilbud. Aleneboende får samtidig i større grad besøk av hjemmehjelp. Som nevnt vil de som bor alene, måtte ta seg av alle gjøremålene i husholdningen alene, noe som kan være belastende dersom helsen svikter og bevegelsesevnen er redusert. Tidligere i kapitlet har det kommet fram at alder, nedsatt bevegelsesevne, hjelpe- og pleiebehov henger sammen. Enslige har samtidig i større grad nedsatt bevegelsesevne.

8.16. Uformelle hjelpeskilder – en av fem eldre får hjelp av slekt, venner eller naboer

Når institusjoner forbeholdes de sykeste, betyr det at behovet for og satsingen på dekning av ulike hjelpebehov i hjemmet og i boliger til pleie- og omsorgsformål vil øke. Praktiske oppgaver som snømåking, vedlikehold av hus, rengjøring, dagligvare-

Hjelp fra slekt, venner og naboer 1985-2008

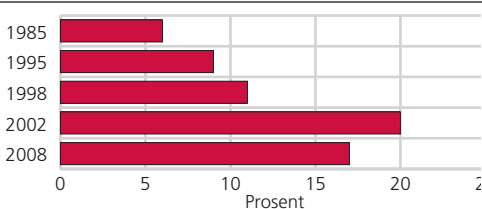
Spørsmålet om hjelp fra slekt, venner eller naboer er det samme i 1985 og 1995: «Fikk husholdet hjelp av slekt, nabo, venn i 14-dagersperioden i forbindelse med din sykdom?» Ved undersøkelsene i 1998 og 2002 dreies spørsmålet mot hjelpens *regelmessighet*, og er ikke avgrenset til de siste 14 dagene. Undersøkelsene i 2005 og 2008 har også fokus på regelmessighet. Spørsmålet rettes mot *husholdet*, og begrenses til å gjelde hjelp som er mottatt på grunn av at noen i husholdningen trenger hjelp: «Får husholdet regelmessig noe ulønnet hjelp fra slekt, venner eller naboer? Vi tenker på praktisk hjelp til eller tilsyn med syke, funksjonshemmede eller eldre.»

innkjøp og lignende er mer krevende med nedsatt bevegelsesevne, dårlig syn eller sykdom. I tillegg til et, stort sett, offentlig hjelpeapparat spiller uformell, ulønnet hjelp og omsorg fra familie, barn og venner en stor rolle.

Etter hvert som befolkningen blir eldre, sett under ett, blir det en stadig mindre andel yngre personer i befolkningen. Der- som den uformelle omsorgen skal opprettholdes, må færre yngre personer hjelpe til i større grad, eller friske eldre må hjelpe til i større grad enn de gjør i dag. I tillegg til disse demografiske endringene fører endringer i arbeidslivet med seg begrensninger når det gjelder uformell hjelp. Flere kvinner arbeider, og de arbeider mer enn før. Mer arbeid og en generell «tidsklemme» begrenser slekt, venner og families tid og mulighet til å gi hjelp og omsorg.

Ifølge Levekårsundersøkelsen 2008 får nesten en av fem hjemmeboende eldre regelmessig hjelp fra slekt, naboer eller familie (se tekstboks). Hjelpen kan være

Figur 8.7. **Andel eldre 67 år og over som mottar regelmessig hjelp fra slekt, venner eller naboer. 1985, 1995, 1998, 2002 og 2008. Prosent**

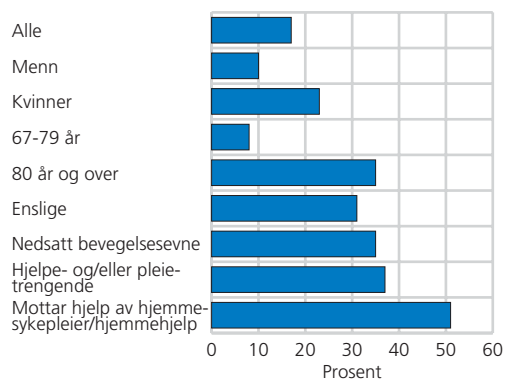


Kilde: Helse- og levekårsundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå

i form av praktisk hjelp eller tilsyn med eldre, syke eller funksjonshemmede personer i husholdet.

Andelen eldre som mottar ulike former for regelmessig uformell hjelp, økte i årene 1985-2002. Fra 2002 til 2005 gikk imidlertid andelen som fikk hjelp, litt ned og holdt seg på omtrent samme nivå i 2008. Mens 11 prosent av de eldre fikk regelmessig hjelp fra slekt, venner og naboer i 1998, fikk nesten dobbelt så mange, 17 prosent, hjelp i 2008. Dette tilsvarer anslagsvis 104 000 eldre. Samtidig som flere eldre får praktisk hjelp eller tilsyn, har flere blitt eldre. Det er derfor grunn til å anta at den totale *mengden* hjelp eldre mottar, har økt. Dette kan vi imidlertid ikke være sikre på. Selv om totalt sett flere eldre mottar hjelp i 2008 enn i 1998, er det mulig at det ble

Figur 8.8. **Andel personer 67 år og over, i alt og i ulike grupper, som mottar regelmessig ulønnet hjelp til husholdningen fra slekt, naboer eller venner. 2008. Prosent**



Kilde: Levekårsundersøkelsen 2008, Statistisk sentralbyrå.

gitt mer hjelp per person til dem som mottok hjelp tidligere.

Ifølge forsker Kari Wærness finnes det normer blant eldre om «å ikke ligge familien til byrde» (Wærness 1992:171). I dette ligger det at de fleste ønsker at det skal eksistere en uavhengighet mellom foreldre og barn, slik at foreldre ikke er avhengig av hjelp og støtte fra familien. Det betyr at eldre ikke vil be om hjelp uten at de føler at de har *behov* for regelmessig hjelp av ulike slag. Derfor kan vi anta at de som har hjelpebehov, som har begrenset bevegelsesevne og svekket helse, i større grad mottar hjelp fra familie, naboer og venner. Eldre får hjelp til husholdet både fra formelle og uformelle kilder. På den ene side kan en tenke seg at disse to hjelpekildene erstatter hverandre, det vil si at slekt, venner og naboer trekker seg tilbake når det offentlige tilbyr hjelp. På den annen side kan det tenkes at disse formene for hjelp er komplementære, og at eldre med hjelpebehov mottar hjelp fra begge hjelpekildene samtidig.

Halvparten av dem som mottar hjelp fra sykepleier eller hjemmehjelp, mottar også hjelp fra mer uformelle kilder (figur 8.8). På den annen side er det en mindre andel, 11 prosent, som mottar uformell hjelp uten også å motta hjelp fra kommunen.

Tallene tyder derfor på at hjelpekildene i stor grad supplerer hverandre.

Kvinner mottar i større grad enn menn uformell hjelp, og andelen som mottar hjelp, øker med alder. Figur 8.8 tyder imidlertid på at forskjellen ikke har med kjønn og den enkeltes alder i seg selv å gjøre. Jo eldre den enkelte er, jo større er sannsynligheten for at bevegelsesevnen er nedsatt, at man bor alene, og at man har et hjelpe- eller pleiebehov. Disse forholdene viser først og fremst til Eldres *behov* for hjelp. De som har behov for hjelp på grunn av vansker med å klare rengjøring av boligen, begrenset bevegelsesevne, eller fordi han eller hun bor alene, mottar i større grad hjelp fra slekt, venner eller naboer. Blant hjelpe- og pleietrengende eldre får noe over en av tre regelmessig hjelp på denne måten.

De som bor alene, har nesten fire ganger større sannsynlighet for å motta regelmessig hjelp fra slekt, naboer eller venner enn dem som bor sammen med andre. Samtidig har de som mottar hjelp fra hjemmetjenestene, 4,6 ganger så stor sannsynlighet for å motta ulønnet privat hjelp eller tilsyn som de som ikke mottar kommunale hjemmetjenester.

Etter hvert som det blir flere eldre, og mange lever til de blir riktig gamle, vil

Tabell 8.5. Gitt regelmessig ulønnet hjelp til foreldre¹, andre og i alt, etter alder og kjønn. 2008. Prosent

	30-49 år			50-66 år			67+		
	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner	I alt	Menn	Kvinner
Gitt ulønnet hjelp totalt	14	11	17	22	19	25	15	14	16
Utenfor husholdningen i alt	12	9	14	20	17	23	12	11	12
Til foreldre ¹	8	7	8	27	22	31	:	:	:
Til andre	6	5	8	10	10	11	9	8	10
I husholdningen	3	3	4	3	3	3	4	3	4

¹ Andel blant dem som har far og /eller mor 67 år og eldre utenfor institusjon.

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

mange av dem som hjelper sine foreldre, selv være 50 år eller eldre, og seniorer. Hvem er det så som yter hjelp til foreldre eller andre?

Det er noe færre i aldersgruppen 30-49 år enn blant middelaldrende som regelmessig gir ulønnet hjelp til andre enn foreldrene, som for eksempel andre slektninger eller naboer. Klart flere middelaldrende gir regelmessig hjelp til sine foreldre, slik tabell 8.5 viser, noe som antakeligvis henger sammen med foreldrenes alder og hjelpebehov. Middelaldrende kvinner gir i større grad enn menn regelmessig hjelp til foreldre, mens det ikke er forskjell mellom middelaldrende menn og kvinner i hvor mange som gir hjelp til andre. I aldersgruppen 30-49 år er det nesten ikke forskjell mellom menn og kvinner i andelen som gir hjelp til foreldre, men i denne gruppen er det flere kvinner enn menn som regelmessig gir hjelp til andre. Blant dem som er 67 år eller eldre, er det ikke nevneverdig forskjell mellom menn og kvinner som gir regelmessig ulønnet hjelp.

22 prosent av alle middelaldrende gir regelmessig ulønnet hjelp til foreldre, andre slektninger eller naboer. Dette forteller ikke noe om mengden innsats som legges ned. For eksempel kan det hende at selv om det gis regelmessig ulønnet hjelp både til foreldre og andre, mottar den nære familie, foreldrene, klart mer hjelp enn andre personer. Blant dem som gir regelmessig ulønnet hjelp, brukes det like mye tid i timer på hjelp til naboer og andre slektninger enn foreldrene, som på foreldrene. Det ser derfor ikke ut til at de som gir hjelp, bruker mer tid på egne foreldre enn på andre slektninger og naboer. Middelaldrende og eldre gir like mye ulønnet hjelp som de som er i aldersgruppen 30-49 år.

Tabell 8.6. **Gitt hjelp med utvalgte gjøremål siste fire uker til foreldre som har behov for hjelp, etter kjønn. 2002. Prosent**

	I alt	Menn	Kvinner
Dagligvareinnkjøp	62	64	61
Rengjøring	32	23	38
Annen praktisk hjelp	74	80	70
Tilsyn	35	37	33
Pleie	11	6	14
Råd og hjelp i kontakt med hjemmetjenesten	30	30	29
N (uveid)	212	85	127

Kilde: Levekårsundersøkelsen, Statistisk sentralbyrå.

Det er nesten ikke forskjeller mellom menn og kvinner i hvor mye tid som brukes på å hjelpe foreldre eller andre.

8.17. Hjelp til foreldre gis stort sett som praktisk hjelp, få pleier sine foreldre

I levekårsundersøkelsen blir de som intervjues, spurt om de regelmessig gir hjelp eller tilsyn til syke, funksjonshemmede eller gamle foreldre. De som svarer ja, får spørsmål om de har gitt hjelp de siste fire ukene, og om de har hjulpet foreldrene med dagligvareinnkjøp, rengjøring av bolig, annen praktisk hjelp, tilsyn eller pleie, eller om de har gitt råd og hjelp i kontakt med hjemmetjenesten. Gjennom dette får vi samtidig innblikk i om kvinner og menn hjelper til med ulike gjøremål.

Av de middelaldrende som har gitt hjelp til foreldre, har seks av ti hjulpet til med dagligvareinnkjøp, en av tre har hjulpet til med rengjøring, og tre av fire har gitt annen praktisk hjelp, som for eksempel reparasjoner, hagearbeid, snømåking eller transport. Om lag en av tre har hatt tilsyn med foreldrene. Klart færre, en av ti av de middelaldrende som har gitt hjelp, har gitt foreldre pleie i de siste fire ukene. Det er tydelige forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder hvilken type hjelp

de gir. Forskjellene er følger tradisjonelle kjønnsrollemønstre. Mens middelaldrende menn i større grad hjelper til med dagligvareinnkjøp, praktisk hjelp og ulike former for tilsyn, er det klart flere middelaldrende kvinner enn menn som har gitt rengjøringshjelp og pleie de siste fire ukene.

Eldre som får regelmessig hjelp av slekt, venner eller naboer, får i stor grad også hjelp gjennom de kommunale hjemmetjenestene. Tabell 8.6 viser da også at det er en utbredt samhandling mellom familie og hjemmetjenestene. Blant dem som opplever at foreldrene har behov for hjelp eller tilsyn i det daglige, har en av tre vært i kontakt med hjemmetjenestene i løpet av de siste fire ukene. Det er like mange menn som kvinner som har gitt råd eller hjelp i kontakt med hjemmetjenestene.

Referanser

Elstad, Jon Ivar (1998): Funksjonshemmede og psykisk helse: En analyse av Statistisk sentralbyrås helseundersøkelser, Rapporter 3/98, Oslo NOVA.

Fløtten, Tone (1992): Funksjonshemmede i Europa: En rapport utarbeidet på oppdrag fra Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, FAFO-rapport:139, Oslo: FAFO.

Grue, Lars (1995): Funksjonshemmet. Klassifiseringer og definisjoner, INAS-notat 95:1, Oslo: Institutt for sosialforskning.

Lingsom, Susan (1989): Gammel og sprek. Om endringer i Eldres hjelpebehov, INAS-Rapport 89:8, Oslo: INAS.

Ramm, Jorun (2000b): «Funksjonsvan-sker og hverdagsmestring», i Ramm, Jorun (red.): *Helse i Norge: Helsetilstand og behandlingstilbud belyst ved befolkningsundersøkelser*, Statistiske analyser 41, Statistisk sentralbyrå.

Stortingsmelding nr. 50 (1996-1997): *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet*. Oslo, Departementet.

Wærnes, Kari (1992): «Privat og offentlig omsorg: Endringstendenser i dagens velferdsstat», i Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem (red.): *Og du skal leve lenge i landet: Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*, Oslo: Universitetsforlaget.

Kapitlet bygger på Jørgen Svalunds kapitler (Helse, og Hjelpebehov og tjenestetilbud) i *Seniorer i Norge 2005*.