

Faculty of Social Sciences  
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet

# Et komparativt perspektiv på Fælles sprog og organiseringen af den danske ældrepleje

Morten Balle Hansen

og

Gunvor Vincents Olsen

Politologiske Skrifter  
No. 13/2005



## Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
1. Ældrepolitikken på dagsordenen .....	4
2. Teori.....	5
2.1 Ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje.....	5
<i>Figur 1: Ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje</i> .....	6
2.2 Velfærdsregimer som en analyseramme.....	7
2.3 Ældreplejens finansiering, organisering og levering.....	8
2.4 Ældreplejen som en styringskæde bestående af organisatoriske enheder .....	9
2.5 Exit, voice og loyalty .....	10
3. Metode.....	12
3.1 Valg af cases til sammenligning .....	12
3.2 Generering af data.....	12
3.2.1 Søgning efter komparative undersøgelser .....	14
3.2.2 Søgning efter statistiske data .....	15
3.2.3 Søgning efter enkeltlandestudier .....	17
3.2.4 Søgning efter standardiserede kategorisystemer.....	17
4. Ældreomsorgens omfang og organisering på samfundsniveau .....	19
4.1 Globale tendenser i udviklingen i behovet for ældreomsorg – en demografisk analyse .....	19
<i>Tabel 1: Indikatorer for behov for ældreomsorg og velstand for OECD-landene</i> .....	21
4.2 Ældreplejens udbredelse og omfang i OECD-landene .....	22
<i>Tabel 2: Indikatorer for ældreplejens omfang i OECD-landene</i> .....	24
4.3 Forskelle i omfanget af den uformelle ældreomsorg .....	27
<i>Tabel 3: Juridisk ansvar for ældre og indikator for uformel omsorgskapacitet for OECD-landene</i> .....	29
4.4 Finansiering, organisering og levering af hjemmepleje i 16 OECD-lande .....	32
<i>Tabel 4: Finansiering, organisering og levering af hjemmepleje i 16 OECD-lande</i> .....	33
4.4.1 Hjemmeplejens finansiering.....	34
<i>Figur 2: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved finansieringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande</i> .....	34
4.4.2 Hjemmeplejens organisering .....	36
<i>Figur 3: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved organiseringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande</i> .....	37

4.4.3 Hjemmeplejens levering.....	38
<i>Figur 4: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved leveringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande.....</i>	<i>39</i>
4.5 Generelle tendenser i ældreomsorgens omfang og organisering på samfundsniveau .....	41
5. Organiseringen af ældreplejen i Danmark, England, Finland, Holland, Norge og Sverige .....	42
<i>Tabel 5: 13 indikatorer vedrørende aspekter ved ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje i seks nordeuropæiske lande .....</i>	<i>44</i>
5.1 Ligheder og forskelle i formelle organisationsstrukturer omkring ældreplejens organisering i de seks lande .....	45
<i>Tabel 6: Formel struktur omkring ældrepleje og sygehuse på nationalt og decentralt niveau.....</i>	<i>45</i>
5.2 Ligheder og forskelle ved visitationsprocessens organisering i de seks lande.....	47
<i>Tabel 7: Karakteristika ved tildeling af hjemmepleje i 6 lande.....</i>	<i>48</i>
5.3 Ligheder og forskelle i ældreplejens organisering i de seks lande – en sammenfatning.....	53
6. Kategorisystemer i ældreplejen i Danmark, England og Norge .....	55
6.1 Overordnede kendetegn ved kategorisystemerne i Danmark, England og Norge .....	56
<i>Tabel 8: Sammenligning af kategorisystemerne i Danmark, England og Norge .....</i>	<i>61</i>
7. Perspektivering af de sammenlignende analyser .....	62
Litteratur.....	66
Publikationer fra projekt Evaluering af Fælles sprog .....	75
Bilag: Hvad er Fælles sprog I? .....	76

## Forord

Nærværende rapport er et led i projekt evaluering af Fælles sprog, der er finansieret af Socialministeriet og Syddansk Universitet. I 2001 henvendte Socialministeriet sig til CAST (Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning) på Syddansk Universitet med henblik på at få evalueret Fælles sprog i den kommunale hjemmepleje. Evalueringen blev organisatorisk placeret på Institut for Statskundskab med Morten Balle Hansen som projektleder. Evalueringsprojektet gik i gang i efteråret 2002 og blev afsluttet i juni 2005.

Rapporten skal ikke læses som en evaluering, men som en komparativ analyse af ældreomsorgens organisering og Fælles sprogs anvendelse heri. Analysens resultater vil indgå som en del af den endelige publikation fra projektet.

Rapporten er udarbejdet i et ligeværdigt samarbejde mellem Morten Balle Hansen og Gunvor Vincents Osen, der begge har ydet væsentlige bidrag til alle rapportens afsnit. Studentermedhjælp Klaus Birch Lundgaard har desuden gennemført dele af datagenereringen.

Under udarbejdelsen af rapporten har vi fået væsentlige kommentarer og forslag til præciseringer fra professor Evert Vedung, Uppsala Universitet og Tine Rostgaard fra Socialforskningsinstituttet. Også projektets faglige baggrundsgruppe og administrative følgegruppe har bidraget med forslag til præciseringer af og tilføjelser til rapportens indhold. Tak til lektor Kirsten Schultz-Larsen Københavns Universitet, konsulent Mette Vinther Poulsen og Claus Nielsen, Kommunernes Landsforening, souschef Jens Lykke Hansen og udviklingskonsulent Jørgen Løkkegaard, Styrelsen for Social Service, Socialministeriet og centerleder Jan Sørensen, CAST, SDU for konstruktive kommentarer og forslag til tilføjelser og præciseringer. Ansvar for den endelige publikation påhviler naturligvis udelukkende forfatterne.

Sidst, men ikke mindst en tak til korrespondent Tina Guldbrandt Jakobsen, Institut for Statskundskab for korrekturlæsning og opsætning af den endelige publikation.

## 1. Ældrepolitikken på dagsordenen

I denne rapport analyseres Fælles sprog<sup>1</sup> og ældreomsorgens organisering i et komparativt perspektiv. Vi undersøger, hvordan andre lande, der meningsfuldt kan sammenlignes med Danmark, har valgt at organisere ældreplejen. Vi undersøger ligeledes, om de har introduceret systemer, der svarer til, eller i hvert fald har visse fællestræk med, Fælles sprog.

Komparative studier af hjemmepleje, ældrepleje og social service<sup>2</sup> peger generelt på, at en lang række industrialiserede lande står over for nogle fælles udfordringer (Leichsenring & Alaszewski 2004, 57; Mirkin & Weinberger 2001). Disse udfordringer skyldes en demografisk udvikling med en aldrende befolkning, ændrede arbejdsmarkedsforhold og ændrede familiestrukturer.

Fremtidsprognoserne bygger på alt andet lige antagelser og må tages med visse forbehold. Ikke desto mindre er der meget, som tyder på, at mange af de industrialiserede lande står over for de samme udfordringer som Danmark i form af en voksende ældrebefolkning. For en evaluering af Fælles sprog i ældreplejen gør det sammenligninger med andre lande relevante.

Formålet med denne rapport er for det første at undersøge, hvordan funktioner, der i Danmark varetages af den kommunale ældrepleje, er organiseret i andre lande. Der fokuseres her på, hvordan man konkret løser opgaverne med at finansiere, organisere og ikke mindst udføre ældreplejen i andre lande. For det andet undersøges det, om der i andre lande benyttes standardiserede kategorisystemer, der minder om Fælles sprog, og hvordan anvendelsen heraf er organiseret.<sup>3</sup>

Rapporten er indholdsmæssigt opbygget som en tragt, hvor der gradvist fokuseres på færre lande og en mere afgrænset del af ældreomsorgen. Efter en redegørelse for centrale begreber og sondringer (afsnit 2) og for de anvendte metoder (afsnit 3) indledes den empiriske analyse i afsnit 4 med et globalt perspektiv, der hurtigt indsnævres til OECD-landene. Indikatorer for behov og betalingsevne, samt omfanget af ældrepleje og uformel ældreomsorg for alle OECD-landene, sammenlignes og analyseres. Herefter indsnævres fokus til 16 europæiske OECD-lande, hvor forskelle og ligheder i hjemmeplejens finansiering, organisering og levering analyseres. I afsnit 5 indsnævres fokus til seks nordeuropæiske lande. Dels sammenlignes kendetegn ved de formelle forvaltningsstrukturer, som ældreplejen er organiseret i, dels sammenlignes forskellige aspekter ved visitationsprocessens organisering i de seks lande. I afsnit 6 fokuseres der på en sammenligning med kategorisystemer, der ligner Fælles sprog.

---

<sup>1</sup> Fælles sprog er et standardiseret kategorisystem, der er grundigt beskrevet i andre publikationer fra dette projekt (se Hansen & Vedung 2005). Til orientering er vedlagt et bilag med en kortfattet beskrivelse af Fælles sprog.

<sup>2</sup> De tilsvarende engelske begreber er henholdsvis "home care", "elder care" og "social care".

<sup>3</sup> De relevante kategorisystemer indgår i funktioner, der svarer til dem, Fælles sprog indgår i, i den danske kontekst.

Særligt forskelle og ligheder i organisering, indhold og anvendelse af Fælles sprog lignende systemer i Danmark, Norge og England analyseres. I afsnit 7 sammenfattes rapportens vigtigste opdagelser.

## 2. Teori

Med henblik på at gennemføre den sammenlignende undersøgelse opereres der med en række gennemgående sondringer i analyserne. For det første (afsnit 2.1) sondres der mellem ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje. For det andet (afsnit 2.2) anvendes Esping-Andersens sondring mellem tre velfærdsstatsregimer (1990) til at sondre mellem forskelle i ældreomsorgens organisering på et overordnet samfundsniveau. For det tredje (afsnit 2.3) anvendes en gængs sondring mellem finansiering, organisering og styring samt levering af serviceydelser. Herefter introduceres for det fjerde en styringskædemodel (afsnit 2.4), der skal danne grundlag for sammenligninger på et organisatorisk niveau. Endelig introduceres for det femte (afsnit 2.5) en sondring mellem exit, voice og loyalty (Hirschman 1970).

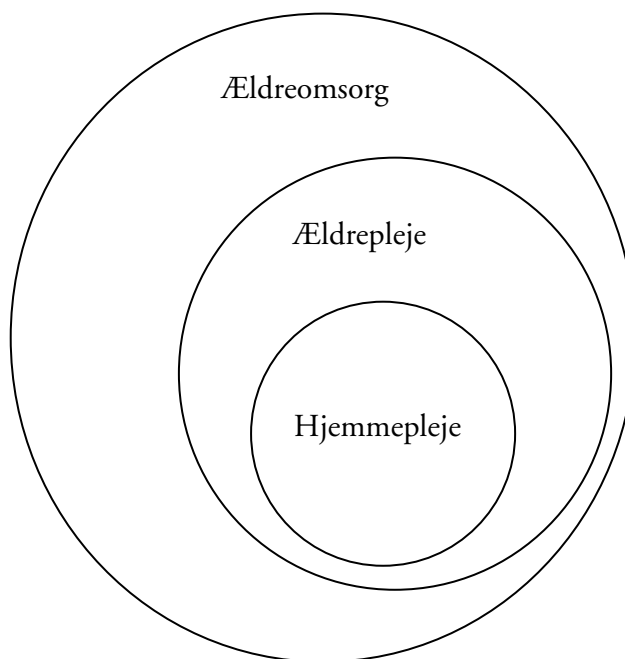
### 2.1 Ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje

Med begrebet *ældrepleje* menes den del af samfundets ældreomsorg, som klares af lønnet personale ansat i formelle organisationer,<sup>4</sup> samt de organisatoriske sammenhænge, som dette personale indgår i. Ældreplejen omfatter først og fremmest *hjemmepleje, hjemmesygepleje, plejehjem og træning af de ældre*. Disse opgaver varetages i Danmark i det væsentligste af primærkommunerne, men også sygehusene varetager ældrepleje. I andre lande varetages større eller mindre dele af ældreplejen af private virksomheder og forskellige typer af nonprofitorganisationer.

---

<sup>4</sup> I denne definition er formel ældreomsorg (ældrepleje) kendetegnet ved både at være udført af lønnet personale, og ved at dette personale er ansat i en formel organisation. Familie eller venner, der måtte få et økonomisk tilskud til at pleje de ældre, inkluderes således ikke i definitionen på formel ældreomsorg (ældrepleje). Ældrepleje kan udføres af såvel offentlige som private organisationer.

*Figur 1: Ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje*



Det fundamentale kendetegn ved ældrepleje, sådan som det defineres her, er, at den varetages af formelle organisationer, hvis aktiviteter primært er baseret på lønnet personale. I Danmark har *hjemmeplejen* siden slutningen af 1950'erne udviklet sig til at udgøre en stadig større del af den samlede ældrepleje (se kapitel 2). *Hjemmepleje* omtales ofte *hjemmehjælp*, og de to udtryk bruges her som synonymmer.

Ældreplejen er en del af samfundets samlede ældreomsorg (se fig. 3.1). Med begrebet *ældreomsorg* menes samfundets, oftest inden for rammerne af nationalstaten, bestræbelser på at afbøde de virkninger på førlighed og livskvalitet, som ofte følger med høj alder. Ældreomsorg kan finde sted i familien eller i de sociale netværk, men i samfund, hvor de fleste husstande er baseret på to indkomster, og deraf følgende høj grad af erhvervsdeltagelse for såvel kvinder som mænd, finder en væsentlig del af ældreomsorgen sted i ældreplejen. Det er imidlertid væsentligt at understrege, at familierne og de sociale netværk stadig spiller en stor og vigtig rolle i samfundets samlede ældreomsorg.

Historien om samfundets ældreomsorg i Danmark er kendetegnet ved, at denne i stigende grad varetages inden for ældreplejen, og at hjemmeplejen siden slutningen af 1940'erne, men især siden 1970'erne, har udgjort en voksende andel af ældreplejen (Ringsmose & Hansen 2005).

Det er først og fremmest inden for *hjemmeplejen*, at Fælles sprog har fundet anvendelse, selvom det også anvendes i andre dele af kommunernes ældrepleje (Hansen & Vedung 2005). Derimod har et

kategoriseringssystem som Fælles sprog næppe nogen funktion i den uformelle ældreomsorg, der varetages af familie og venner. Man kan således argumentere for, at lande, hvor ældreplejen har relativt lille betydning i forhold til den uformelle ældreomsorg, er det mindre relevant at sammenligne med.

Sammenhængen mellem begreberne *ældreomsorg*, *ældrepleje* og *hjemmepleje* er illustreret i figur 1. Ældreomsorg er således det overordnede begreb, som rummer alle former for formel og uformel omsorg for ældre i et samfund. Ældreplejen er den del af samfundets ældreomsorg, der varetages af formelle organisationer baseret på lønnet personale. Hjemmeplejen er den del af ældreplejen, der foregår i de ældres hjem, og som ikke er decideret sygepleje.<sup>5</sup>

## 2.2 Velfærdsregimer som en analyseramme

En af de overordnede samfundsmæssige problemstillinger, der knytter sig til analyser af ældreomsorg, er, hvordan ældreomsorgen varetages i samfundet. Er det primært staten, der sikrer ældreomsorgens varetagelse gennem offentlig ældrepleje? Er det primært gennem markedsmekanismer og private leverandører, at ældreplejen varetages? Eller er det primært i familien og de uformelle netværk, at ældreomsorgen varetages?

Når man skal undersøge sådanne spørgsmål, er Esping-Andersens (1990) sontring mellem tre idealtypisk forskellige velfærdsregimer et ofte anvendt analyseredskab. Esping-Andersen sondrer overordnet mellem statens, markedets og familiens relative ansvarsfordeling i forhold til produktionen af velfærd i samfundet. Han konstruerer tre idealtypiske velfærdsregimemodeller på baggrund af en opdeling af samfundet i tre sektorer staten, markedet og familien. Der er således én model, hvor staten er den primære ansvarlige for produktionen,<sup>6</sup> én hvor det er markedet, og én hvor det er familien.

En idealtipe findes per definition ikke i virkeligheden, men modellerne kan bruges til at sammenligne de tre institutioners relative vægtning inden for forskellige funktionsområder i samfundet. På det generelle plan kan man således fremhæve en empirisk sontring mellem for det første en nordisk model, hvor staten løfter en stor del af velfærdsopgaverne. De nordiske lande er således kendetegnet ved en relativ høj grad af offentlig service rettet mod børn, ældre og handicappede. For det andet en angelsaksisk liberal velfærdsmodel, hvor markedsproduceret velfærd aktivt understøttes, og staten holder sin produktion på et relativt lavt niveau. Endelig er der den kontinentaleuropæiske model, hvor der er fokus på traditionel familievelfærd. Familiens velfærd sikres gennem en sikring af det mandlige

---

<sup>5</sup> Sondringen mellem hjemmepleje (eller hjemmehjælp) og hjemmesygepleje er hverken teoretisk eller praktisk veldefineret. Den har rod i lovgivning såvel som historisk betingede faglige demarkationslinier. For analyserne i nærværende rapport er sondringen uden betydning.

<sup>6</sup> Med produktion menes både finansiering, organisering og udførelse.



overhoved. Denne model bygger på sociale forsikringsordninger (Esping-Andersen et al. 2002, 1-26; Esping-Andersen 1990).

Esping-Andersens regimemodell har vundet stor udbredelse i komparative velfærdsstatsstudier (Bettio & Plantenga 2004; Blackman 2000; Daatland 2001; Daatland & Herlofson 2003; Kröger 2001, 21-23; Rostgaard & Fridberg 1998; Rostgaard 2004). Der har også været rettet forskellige former for kritik mod modellerne. Den væsentligste kritik i denne sammenhæng er, at modellerne har en tendens til at give et statisk øjebliksbillede og vanskeligt kan anvendes til at analysere dynamikken i velfærdsstaternes udviklingsproces.

Når der fokuseres på service alene, frem for service og sociale sikringsordninger af økonomisk art, vil familiens rolle i velfærdsproduktionen fremstå som mere fremtrædende. Det skyldes, at den uformelle ældreomsorg skønnes at have et større omfang end den formelle ældreomsorg (ældreplejen) i de fleste lande (Daatland 2001, 19; Leichsenring & Alaszewski 2004, 58; Szebehely 2003, 48).

Esping-Andersens opdeling i stat, marked og familie er her tilpasset sigtet i denne undersøgelse således, at der frem for familie vil blive brugt begrebet civilsamfund, som giver mulighed for at skelne mellem forskellige aktører fra civilsamfundet både familier og organisationer med en nonprofitmålsætning. Dette kan synliggøre den relativt store rolle, sidstnævnte aktørgruppe har for produktionen af hjemmepleje.

### 2.3 Ældreplejens finansiering, organisering og levering

Esping-Andersens regimemodeller sonderer mellem forskellige sektorer i samfundet, men går ikke nærmere ind i spørgsmålet om, hvad det egentlig vil sige at varetage produktionen af velfærdsydelser. Hvilke opgaver indgår egentlig i forbindelse med varetagelsen af samfundets ældreomsorg? Spørgsmålet kan opdeles i tre underspørgsmål, der danner grundlag for tre væsentlige sondringer mellem forskellige velfærdsregimer: Hvem betaler for (*finansierer*) ældreomsorgen? Hvem *organiserer* ældreomsorgen? Hvem *udfører* (leverer) ældreomsorgen? Produktionen af ældrepleje kan således anskues som bestående af tre dele: *finansiering*, *organisering* og *levering* (Kristensen 1984; Savas 1987). Denne opdeling giver mulighed for at klargøre de enkelte sektors samspil i de forskellige lande. I de fleste lande spiller flere sektorer sammen i produktionen af service over for de ældre.

Sondringen mellem *finansiering*, *organisering* og *levering* af serviceydelser gør det muligt at differentiere mellem forskellige grader af offentlig opgavevaretagelse. En opgave kan siges at være helt privatiseret, når både finansiering, organisering og levering varetages af private virksomheder. En opgave kan siges at være fuldstændig offentlig, når det omvendte er tilfældet (Savas 1987; Rothstein 1998). Eksempelvis vedrører meget af privatiseringsdiskussionen i den danske offentlige sektor leveringen af

serviceydelser, mens de andre funktioner sjældent berøres. Sondringen opfanger nogle typiske funktionsmæssige grænsedragninger mellem de forskellige sektors opgaver i de forskellige landes produktion af hjemmepleje.

Med hensyn til *organiseringen* af ældrepleje vil vi eksempelvis senere se, at denne, i langt de fleste lande, er helt igennem varetaget af den offentlige sektor. I nogle lande er ansvaret mere eller mindre decentralt i en kommunemodell, i andre lande i en regional enhed eller i forbindelse med administrationen af en forsikringsordning som i Holland.

Ved *finansieringen* af ældrepleje anvendes tre typer af finansiering: skattebaserede ordninger, forsikringsordninger og brugerbetaling. Den skattebaserede finansiering vil typisk være en blanding mellem skatter opkrævet på nationalt og lokalt niveau. Forsikringsordninger kan være universelle nationale, som i Holland, eller ligge hos private firmaer, som i Frankrig (Rostgaard & Fridberg 1998, 297-302, 463-466). Brugerbetaling er udbredt i stort set alle lande bort set fra i Danmark, hvor kun den midlertidige hjemmepleje er delvist brugerfinansieret. Der er en del forskelle i, hvor omfattende brugerbetaling er, og hvad der afgør dens størrelse. Brugerbetalingen kan være ens for alle eller være graderet på forskellig vis. I graderede modeller kan både den ældres egen indkomst og deres voksne børns indkomst blive taget i betragtning.

Det er dog i relation til *levering* af ældrepleje, der er de største forskelle mellem landene. Typisk er der et mix af forskellige leverandørtyper, hvor der kan være tale om pårørende til den ældre, personer som den ældre selv har ansat, private virksomheder, nonprofitorganisationer, hvor arbejdet udføres af frivillige eller professionelt personale, og offentlige leverandørenheder.

#### 2.4 Ældreplejen som en styringskæde bestående af organisatoriske enheder

Som nævnt i indledningen vil en håndfuld lande blive udvalgt til en nærmere sammenligning på udvalgte organisatoriske aspekter. Her tænkes på de processer, der foregår i forhold til produktionen af ældrepleje i de konkrete decentrale offentlige myndigheder, som har ansvaret for hjemmeplejen, og de forskellige leverandørenheder, som er knyttet til disse offentlige organisatoriske enheder.<sup>7</sup>

Anlægger man et formelt hierarkisk perspektiv på produktionen af ældrepleje i et land, kan systemet beskrives som en styringskæde, hvor lovgivningsmæssige og finansielle rammer igennem en kæde af beslutninger materialiserer sig i faktisk leveret hjemmepleje.<sup>8</sup> I en sådan model udgør beslutninger på de højere niveauer nogle rammer for niveauerne nedenunder. Den nationale lovgivning fastlægger en

---

<sup>7</sup> Denne definition er præget af et kendskab til, at ældreplejen i de fleste lande er decentralt organiseret i lokale offentlige enheder, og at leverandørerne relaterer sig til denne lokale enhed. Den enkelte leverandørorganisation kan dog være aktiv i flere lokale offentlige enheder.

<sup>8</sup> I Hansen & Vedung (2005) udvikles en detaljeret model med udgangspunkt i styringskædetanken.

ramme for beslutninger om ældreplejen på regionalt og lokalt niveau.<sup>9</sup> Politiske og administrative beslutninger om prioriteringer inden for ældreplejen på decentralt niveau danner rammen for den visitationsproces, som munder ud i en beslutning om tildeling af hjemmepleje. Visitationsbeslutningen danner ramme for organiseringen af hjemmepleje i leverandørenhederne. Endelig udgør arbejdsplanen rammen for, hvordan hjemmeplejeren i sidste ende udfører sit arbejde, og hvilket output der dermed produceres.<sup>10</sup>

Den organisatoriske enhed i styringskæden, som i denne sammenhæng er mest relevant at sammenligne på tværs af lande, er den enhed, hvor visitationsprocessen foregår, og hvor visitationsafgørelsen træffes. Det er fordi, det er i den funktion, hvor Fælles sprog eller lignende systemer er mest relevante. Det er ved at Fælles sprog bruges som redskab til behovsafdækning i visitationen og dokumentation af afgørelsen, at systemet får en betydning i forhold til de andre dele af styringskæden. Om der findes en sådan funktion i andre lande, og hvilke forskelle og ligheder der er imellem landene, er således yderst relevant i forhold til denne undersøgelses problemstillinger.

Herudover vil det på nationalt niveau blive analyseret, hvordan ældreplejen og sygehusene er fordelt på ministerier. På decentralt niveau vil det endvidere blive undersøgt, hvor ansvaret for ældrepleje og sygehuse er placeret. Om der eksempelvis er to forskellige decentrale administrative enheder, som har ansvaret således som i Danmark, hvor ældreplejen primært er kommunernes ansvar, mens sygehusene er amternes ansvar.

## 2.5 Exit, voice og loyalty

Økonomen Albert O. Hirschman skrev i 1970 en lille bog, der har haft stor indflydelse inden for forskellige samfundsvidenskabelige traditioner, herunder organisationsteori og offentlig forvaltning. Hirschmans grundlæggende antagelse er, at de fleste (sandsynligvis alle) organisationer, hvad enten de producerer forskellige fysiske produkter, som eksempelvis biler, eller mere immaterielle ydelser, af forskellige årsager før eller siden vil opleve en relativ forværring eller forvitring af deres evne til effektiv produktion. Dette gælder, uanset hvilken samfundsform organisationen producerer under.

Oftest sker forværringen umærkeligt på de vanskeligt målbare kvalitative aspekter ved produktet eller serviceydelsen, fordi det oftest er her, organisationens kontrolsystemer fungerer dårligst.

---

<sup>9</sup> Den præcise arbejdsdeling mellem nationalt, regionalt og lokalt niveau varierer selvsagt betydeligt mellem landene. Der er eksempelvis vigtige forskelle på den nationale lovgivnings betydning i en decentraliseret forbundsstat som Tyskland og en centraliseret enhedsstat som Frankrig.

<sup>10</sup> At udskille en visitationsproces så markant, som det gøres her i modellen, vil, i forhold til nogle lande, være en overfortolkning af denne proces' distinkthed. Men undersøgelsen tyder på, at der er en generel tendens til, at visitationen i stigende grad er et fokuspunkt i forsøg på forbedring af styringen i ældreplejen på tværs af lande (Jacobzone 1999, 13). Dertil kommer, at visitationen er en funktion, som Fælles sprog har en stor direkte betydning for.

Det centrale spørgsmål ud fra denne antagelse bliver, hvordan organisationens ledelse finder ud af, dels at der er noget galt, og dels hvad der er galt. Hirschman rejser således en problemstilling, der er helt central for senere teoridannelser om organisatorisk læring. Hvordan bliver organisationer og andre sociale enheder bedre i stand til at lære af sine fejl?

Her er der to centrale kanaler eller signalsystemer, igennem hvilke organisationens ledelse kan få information om, at noget er galt, og hvad der er galt. For det første kan organisationens kunder og øvrige interessenter vælge at afslutte deres relation til organisationen. De kan holde op med at købe organisationens produkter eller på andre måder forlade organisationen til fordel for en anden organisation. Dette kaldes *exit*-muligheden. For det andet kan organisationens kunder og interessenter fremføre kritik af organisationens produkter, serviceydelser og aktiviteter. Dette kaldes for *voice*-muligheden. *Exit*-kanalen er især velegnet til at modtage klare signaler om, at der er noget galt, mens den er mindre velegnet til at skaffe information om, hvad der er galt. *Voice*-kanalen kan bedre levere information om, hvad der er galt, selvom signalerne via denne kanal ofte er mere tvetydige og vanskeligere at tolke.

Hirschman har en række analyser af dynamikken mellem de to signalsystemer og viser blandt andet, hvordan tilstedeværelsen af *exit*-muligheden i mange tilfælde kan reducere sandsynligheden for en hensigtsmæssig anvendelse af *voice*-muligheden. En hensigtsmæssig anvendelse af begge signalsystemer fremmes af en forsinkelse i *exit*-mulighedens anvendelse, og en sådan forsinkelse fremmes af en mere eller mindre rodfæstet loyalitet (*loyalty*) med den organisation eller den sociale enhed, man indgår i. Loyalitet indvirker på kunder og andre interessenters villighed til at forsøge at udnytte de muligheder, der er, for at forbedre produkter og aktiviteter gennem forskellige *voice*-muligheder i stedet for straks at anvende *exit*-muligheden. Ud fra et læringsperspektiv kan loyalitet derfor have en positiv funktion.

Men der kan også være organisationer, hvor hverken *exit*- eller *voice*-muligheden i realiteten er til stede. I sådanne situationer har kunder og andre interessenter kun den mulighed at lade som om, alt er i den skønneste orden, og være loyale over for den organisation, som de er fuldstændigt afhængige af. Her er systemet ikke i stand til at opdage sine fejl, fordi de kanaler, igennem hvilke man skulle få kendskab til dem, ikke er til stede.

Vi vil i denne rapport anvende begreberne *exit*, *voice* og *loyalty*, dels til at beskrive forskelle i aspekter ved ældreplejens organisering, og dels til at drøfte fordele og ulemper ved forskellige organiseringsformer.

### 3. Metode

#### 3.1 Valg af cases til sammenligning

Komparative studier kan groft deles op i to kategorier af tilgange. Dels studier der går ud på at undersøge de cases, som er mest ens, og dels de som går ud på at undersøge de cases, som er mest forskellige, på udvalgte dimensioner. Begge dele giver værdifuld viden, men fordelene er forskellige, hvorfor mange komparative studier tilstræber en blanding (Blackman 2000; Daatland og Herlofson 2003; Leichsenring og Alaszewski 2004; Rostgaard og Fridberg 1998; Rostgaard 2004). Ved at se på de mest forskellige cases er der muligheder for at få åbnet øjnene for helt andre måder at tænke opgaveløsninger på. Ved at se på mest ens cases er det muligt at trække erfaringer, som er mere umiddelbart anvendelige, end hvis der sammenlignes cases som er mest radikalt forskellige (Peters 1998; Przeworski & Teune 1970; Yin 1994).

I denne undersøgelse har vi valgt at lægge hovedvægten på en "mest ens cases" strategi. Efter en kort karakteristik af nogle globale tendenser (afsnit 4.1-4.3) indleder vi med en første afgrænsning, der fokuserer på OECD-landene, idet disse generelt er kendetegnet ved at være relativt velhavende og, som vi skal se, at have en demografisk udvikling i retning af en relativt større andel af ældre. I en anden afgrænsning fokuserer vi på de 15 gamle EU-lande og Norge (afsnit 4.4). Denne anden afgrænsning har primært været styret af muligheden for at fremskaffe sammenlignelige data. I en tredje afgrænsning anvendes en kombination af mest ens og mest forskellig kriterier (afsnit 5). Fire nordiske lande (Danmark, Finland, Norge og Sverige) er, sammen med England og Holland udvalgt til en nøjere sammenligning af ældreplejens organisering. De seks nordeuropæiske lande har det til fælles, at de har en relativt omfattende ældrepleje med et stort omfang af professionelle leverandører. Men mens de nordiske lande primært baserer ældreplejen på en kommunal organiseringsmodel, er der andre organiseringsmodeller på spil i England og Holland. Der er således nogle kontraster mellem de seks lande, der illustrerer nogle interessante forskelle. I den fjerde og sidste afgrænsning sammenlignes de standardiserede kategorisystemer inden for ældreplejen i England og Norge med Fælles sprog i Danmark. Den fælles bestræbelse på udvikling af standardiserede kategorisystemer i de tre lande rummer nogle interessante ligheder og forskelle.

#### 3.2 Generering af data

Nærværende undersøgelse baseres på et litteraturstudie af tekster om organisering af ældrepleje samt statistik hentet i OECD's og Verdensbankens databaser. Den indsamlede statistik dækker indikatorer på OECD-landenes velstandsniveau, demografi, omfang af formel ældrepleje og uformelle

plejekapacitet. Der er inddraget tre typer af litteratur. For det første tekster der indeholder komparative undersøgelser af organiseringen af ældrepleje i flere lande. For det andet tekster der indeholder studier af organisatoriske forhold ved ældreplejen fra enkelte af de 6 lande, der er udvalgt til en mere dybtgående analyse, f.eks. tekster om visitation. For det tredje tekster om kategorisystemer, der minder om Fælles sprog, som er i brug i et eller flere af de 6 lande, som er i særligt fokus.

De fire typer kilder er indsamlet igennem en proces, hvor der i første omgang blev fokuseret på de statistiske data og teksterne med komparative studier. Ud fra informationerne her er der valgt 6 lande, der er fokuseret nærmere på. I forhold til disse lande er der søgt nogle enkeltlandestudier og tekster om kategorisystemer, der er i brug i landene. Der er altså ikke inddraget alle kategorisystemer på ældreområdet på verdensplan, men udelukkende udvalgte systemer i de 6 lande, der fokuseres særligt på.

Søgningerne har generelt været fokuseret på at finde de nyeste tekster og statistikker. Tidsmæssigt er der opereret med en afgrænsning, hvor tekster, der er mere end 5-10 år gamle, er sorteret fra, med mindre de er meget refererede i senere studier. Tidsgrensen har imidlertid til dels været afhængig af væsentlige historiske skæringspunkter i de enkelte lande. Eksempelvis nedskæringerne i hjemmehjælpen i 1990'erne i Sverige og den nye "Community Care Act" i Storbritannien i 1990. Både hvad angår de komparative studier og de statistiske kilder, er der fokuseret på OECD-landene. Der er dog inddraget nogle tekster, der beskriver meget generelle emner. F.eks. træk i den demografiske udvikling på verdensplan (Mirkin & Weinberger 2001) eller forskelle og ligheder i ældrepleje i øst og vest (Hugman 2000). Der er imidlertid ikke set på komparative studier, der specifikt ser på grupper af ikke-OECD-lande. Emnemæssigt er de komparative studier afgrænset af et fokus på de organisatoriske aspekter af ældreplejen. Der er f.eks. ikke fokus på forskelle og ligheder i sundhedsvidenskabelige aspekter. Den emnemæssige afgrænsning til organisatoriske aspekter af ældreplejen gør sig også gældende for enkeltlandestudierne og teksterne om kategorisystemer. Der er kun inddraget tekster på dansk, engelsk, norsk og svensk i analysen.

Der er taget udgangspunkt i komparative studier af to årsager. For det første fordi der i de komparative studier er bestræbelser på at tage højde for de problematikker, der er knyttet til at lave sammenligninger på tværs af lande, både hvad angår forskellig begrebsbrug og forskel i, hvordan informationer, herunder statistiske data, opsamles i forskellige lande. For det andet er det, ved hjælp af de komparative studier, muligt forholdsvis hurtigt at spore sig ind på nogle af de største forskelle og ligheder imellem landene i forhold til det, som er de enkelte studiers fokus.

I det nedenstående vil der blive gjort rede for, hvordan der er søgt på de forskellige kildetyper, og kvaliteten af data vil blive diskuteret.

### 3.2.1 Søgning efter komparative undersøgelser

De komparative studier er fremskaffet af to veje. Dels ved søgninger i databaser, og dels ved at søge efter tekster refereret i allerede fundne tekster.

Databasesøgning er foretaget i databasen "Web of Science". Denne database indeholder tre deldatabaser "Science Citation Index", "Social Science Citation Index" og "Humanities Citation Index". Ældrepleje er et emne, som går på tværs af adskillige fagskel både humaniora, naturvidenskab, sundhedsvidenskab og samfundsvidenskab,<sup>11</sup> og der er derfor søgt i alle tre deldatabaser, hvor søgninger ikke har givet for mange resultater. Hvor en søgning har givet mere end 100 resultater, er der blevet afgrænset til kun at søge i "Social Science Citation Index", fordi der her er størst sandsynlighed for at finde tekster, der fokuserer på de organisatoriske aspekter af ældreplejen.

Søgningen efter komparative studier er foretaget efter en dobbeltstrategi for at finde tekster, der både er komparative studier og omhandler hjemmepleje. Der er dels lavet søgninger på begreber, som indkredser tekster, der berører hjemmepleje, og dels er der lavet afgrænsninger i forhold til disse søgninger for at finde de komparative studier blandt resultaterne. Som en tommelfingerregel er der, hvor der var 100 eller flere tekster per søgning, lavet kombinationer af søgninger for at få et mere målrettet søgeresultat. Hjemmepleje er ikke et direkte oversætteligt begreb, hvorfor der er søgt på en række forskellige begreber, hvoraf en del dækker over noget bredere end hjemmepleje. Der er f.eks. søgt på care, home care, long term care, elder care, community based care, home maker, home help. For at indkredse, at der er tale om ældre, er der søgt på f.eks. elderly og old age. For at få søgninger, der er orienteret mod det komparative aspekt, er ovennævnte blevet kombineret med "komparativt" og med tekster, der refererer til Esping-Andersens "The Three Worlds of Welfare Capitalism" i 1990. Esping-Andersen 1990 bruges i mange studier, hvor der er fokus på sammenligninger af velfærd på forskellig vis, hvorfor det er en god indgang til at finde komparative studier. Når der blev fundet meget centrale tekster, er der endvidere søgt efter andre tekster af samme forfatter eller forfattere.

I udvælgelsen af litteratur er der som nævnt fokuseret på organisatoriske aspekter af ældreplejen. Der er medtaget tekster med bredere temaer end ældrepleje og hjemmepleje. Derimod er tekster, der udelukkende har fokus på aspekter af ældrepleje, som ikke inkluderer hjemmepleje – f.eks. geriatriske hospitaler og plejehjem, ikke medtaget.

Den anden strategi er at søge på tekster, der er refereret i andre tekster eller medtaget i deres referencelister med titler, der fremstod relevante. Her er denne søgning kun foretaget for de tekster, der er mest relevante.

---

<sup>11</sup> Den danske opdeling af videnskabsgrene stemmer ikke nødvendigvis overens med den, som ligger i "Web of Science".

I forhold til kvaliteten af data er det største problem, at det er svært at finde helt nye komparative studier. Nogle af problemerne ved dette imødegås ved at inddrage nyere statistik.

### *3.2.2 Søgning efter statistiske data*

Der er brugt to typer kilder til statistik. Der er for det første statistiske opgørelser, der stammer fra de ovenstående komparative studier, og for det andet statistik der er søgt i databaser. Her vil der blive redegjort for indsamlingen af den sidste type statistiske data.

Udgangspunktet for søgning efter statistik i databaser var at finde nogle nye tal for samtlige OECD-lande, hvor det var muligt. Hvor der kun var tal fra færre lande, er der fokuseret på de 15 gamle EU-lande og Norge. Der er søgt i databaser hos Verdensbanken og OECD. De indikatorer, der er søgt på, er for det første velstandsmål (tabel 1). For det andet er der søgt på demografiske indikatorer, der kunne illustrere behovet for ældrepleje i de enkelte lande (tabel 1). For det tredje er der indsamlet indikatorer på omfanget af den formelle ældrepleje (tabel 2). Endelig for det fjerde er der indsamlet indikatorer på omfanget af den uformelle omsorgskapacitet (tabel 3).

De tal, som er fundet, er forbundet med en betragtelig usikkerhed. I og med at de dækker så mange lande. Desuden er der, særligt for data på social service – den formelle og uformelle ældreomsorg, forskellige traditioner i de enkelte lande for, hvordan statistik opgøres (Leichsenring & Alaszewski 2004, 11; Rostgaard 2004, 41-42; Rostgaard & Fridberg 1998, 14-19; Szebehely 2003, 33). Der er kun benyttet data, som i forvejen er sat sammen komparativt. Dvs. at en mulig komparativ brug således allerede er tilstræbt. Der er ikke plukket tal ud fra statsstikker fra enkeltstående lande. Men der er, ved kun at bruge allerede komparativt opstillede data, sikret, at nogle af problemerne med dataenes sammenlignelighed er løst.

Af velstandsmål er der set på BNP per capita. I forhold til demografi er der specifikt fokus på andelen af over 65-årige af befolkningen og afhængighedsration, dvs. andelen af ældre og børn over for gruppen af 15 til 64-årige (tabel 1). De demografiske data og BNP er indikatorer med en lang komparativ tradition. Her er der veletableret standarder for, hvordan de skal opgøres, og dataene skønnes derfor at være rimeligt valide.

Til beskrivelsen af den formelle ældrepleje er de indikatorer, der er brugt, de offentlige udgifter til service over for ældre og handicappede som andel af BNP, offentlige udgifter til henholdsvis plejehjem og hjemmepleje som andel af BNP, andelen af de ældre, som bor på plejehjem, og andelen af de ældre, som modtager formel hjælp i hjemmet (både hjemmepleje og hjemmesygepleje) (tabel 2). I forhold til tallene for demografi og velstand er indikatorerne på omfang af den formelle ældrepleje forbundet med en langt større usikkerhed. Målene for omfanget af ældrepleje er mere afhængige af de statistiske



traditioner på feltet i de enkelte lande end indikatorerne på velstand og demografi og må derfor fortolkes med større forsigtighed (Leichsenring & Alaszewski 2004, 11; Rostgaard 2004, 41-42; Rostgaard & Fridberg 1998, 14-19; Szebehely 2003, 33).

I forhold til de tre indikatorer på offentlige udgifter til ældrepleje som andel af BNP (se tabel 2) er der visse sammenligningsproblemer, idet måden disse udgifter skelnes fra andre offentlige udgifter varierer noget fra land til land. Et særligt problem kan ligge i, hvordan der sondres mellem ældreplejen på det sociale område og ældreplejen på sundhedsområdet. I nogle lande er ældreplejen på det sociale område gearret til at håndtere ældre med ganske komplekse medicinske problemer, hvor denne opgave andre steder klares inden for sundhedsområdet.

I forhold til tallene for henholdsvis offentlige udgifter til institutioner og hjemmepleje kan der være problemer med, hvor grænserne går imellem de forskellige servicetyper. Både imellem de to medtaget her og andre former for service rettet mod ældre. F.eks. kan det være uklart, hvor grænsen skal drages mellem former for boliger tilpasset ældre, der kategoriseres som eget hjem og egentlige institutioner. Samme grænsedragingsproblemer kan gøre sig gældende ved indikatorerne på andelen af ældre over 65 år, der bor på plejehjem og modtager formel hjælp i hjemmet (Szebehely 2003, 38). I opgørelsen af formel hjælp i hjemmet er der her inddraget både hjemmepleje og hjemmesygepleje (Jacobzone 1999, 29). Det giver et tal, som er for højt i forhold til, hvis der kun var tale om hjemmepleje. I mange lande er hjemmesygepleje og hjemmepleje organisatorisk afgrænset fra hinanden. Hjemmehjælpen er en del af den sociale service, og hjemmesygeplejen er en del af sundhedsområdet. Der er dog generelt tendenser til bestræbelser på at integrere disse ydelser (Kröger 2001, 19; Leichsenring & Alaszewski 2004).

For hvert land er alle fem indikatorer holdt op imod hinanden for at se, om de giver et billede af omfanget af formel ældrepleje, som dels er internt konsistent på tværs af indikatorerne, og dels passer med den forståelse af forhold i landet som læsning af andre kilder har givet. Det er blevet undersøgt, om omfanget af de offentlige udgifter stemte overens med andelen af ældre, der fik service. Det må forventes, at store offentlige udgifter relativt til andre lande også giver en stor andel ældre, som modtager service. I Englands tilfælde blev der konstateret et problem med tallet for andel af offentlige udgifter til hjemmepleje, som var meget lavt (0,0004 %) både i forhold til alle andre lande, de samlede offentlige udgifter til service til ældre og handicappede i England og andelen af ældre, som modtager formel hjælp i hjemmet. Tallet er derfor ikke medtaget i analysen, da det skønnes at være misvisende. I Polen er der sammenfald mellem den andel af BNP, de offentlige udgifter til plejehjem udgør, og den andel af BNP, de samlede udgifter til service til ældre og handicappedes udgør. Det lader til at være en fejl, men afspejler givetvis også, at der stort set ikke findes hjemmepleje. Der er et par lande, hvor tallene umiddelbart er meget lave. Særligt tallene fra New Zealand og USA er bemærkelsesværdigt små.

En af forklaringerne på de meget lave tal for både USA og New Zealand kan være, at ældreplejen i høj grad ligger uden for det offentlige.

I forhold til beskrivelsen af den uformelle ældreomsorg er der ikke meget statistik til rådighed. Her er valgt at fokusere på en indikator på den uformelle plejekapacitet. Den indikator, det har været muligt at finde for mange lande, er kvindernes deltagelse på arbejdsmarkedet. Kvindernes deltagelse på arbejdsmarkedet er valgt ud fra den antagelse, at uformel omsorg over for børn og ældre traditionelt i høj grad har været og stadig er kvindernes opgave. Hvis der er en høj grad af kvindelig deltagelse på arbejdsmarkedet, må der, ud fra en alt andet lige betragtning, være en mindre uformel omsorgskapacitet. Indikatoren anvendelighed afhænger blandt andet af en antagelse om, at mændenes relative erhvervsdeltagelse enten er nogenlunde den samme i de sammenlignede lande eller er irrelevant for den uformelle omsorgskapacitet (at der kan ses bort fra mændene ved opgørelsen af uformel omsorgskapacitet). Indikatoren er således ikke uproblematisk, men til gengæld er der tradition for at lave komparativ statistik på den, hvilket må forventes at højne dens validitet (tabel 3).

### *3.2.3 Søgning efter enkeltlandestudier*

De komparative studier er som nævnt blevet suppleret med studier af organisatoriske aspekter ved ældreplejens organisering i 6 lande. Der er foretaget en grundigere sammenligning af mikroorganisatoriske forhold til ældreplejen i Danmark, England, Finland, Holland, Norge og Sverige. Disse mikroorganisatoriske aspekter er typisk ikke dækket af den komparative litteratur på området i nogen videre grad. Derfor er der, i forhold til udvalgte aspekter af ældreplejens organisering, søgt i databaser på enkelte relevante begreber kombineret med de enkelte landenavne. Der er søgt dels på generelle begreber, der dækker hjemmepleje kombineret med landenavne. Derudover er der primært fokuseret på at søge efter litteratur, der beskriver forhold omkring visitation til ældrepleje. Der er bl.a. søgt på assessment, case management, care management og assessment of needs.

Nogle af landestudierne er præget af det enkelte lands specifikke begrebsbrug. Hertil kommer, at de organisatoriske forhold til tider omtales lettere indforstået. Dette vurderes dog ikke som noget større problem, da den overordnede organisatoriske ramme er kendt ud fra de komparative studier.

### *3.2.4 Søgning efter standardiserede kategorisystemer*

Ud over at beskrive organisatoriske forhold er målet med den komparative undersøgelse også at sammenligne standardiserede kategorisystemer inden for ældreplejen – vel at mærke systemer der meningsfuldt kan sammenlignes med Fælles sprog. Med udgangspunkt i vore analyser af de seks

nordeuropæiske lande (Danmark, England, Finland, Holland, Norge og Sverige) har vi udvalgt de tre (Danmark, England og Norge) til en nærmere analyse af de standardiserede kategorisystemer, de har udviklet til anvendelse inden for ældreplejen.

Den sammenlignende analyse af de standardiserede kategorisystemer er primært rettet mod at kunne drage nogle erfaringer fra andre lande, om hvordan sådanne systemer indgår i den organisatoriske kontekst. Analysen indeholder både sammenligninger af indholdet i standarderne og deres anvendelse. I forhold til det sidste er der fokus på at få et indtryk af, hvordan standarderne indgår i den organisatoriske kontekst i de andre landes ældrepleje og sammenligne det med, hvordan Fælles sprog indgår i den danske kontekst.

I første omgang blev der foretaget søgninger i databasen "Web of Science". De systemer, der er søgt efter, er Gerix/IPLOS, Samspråk, ICF, RGU-III, RAI, ADL/IADL, COMP og EASY-Care. Det viste sig at være problematisk at søge efter kategorisystemer her. Enten var der ingen søgeresultater, eller teksterne havde ikke et organisatorisk fokus. Kategorisystemerne vil typisk blive omtalt i tekster i databaser, der har et sundhedsvidenskabeligt præg, f.eks. hvad har indførelsen af RAI på plejehjem i USA betydet for behandlingen af forskellige lidelser, som ofte rammer ældre (Achterberg et al. 1999).

Der er derfor søgt på internettet efter omtaler af systemerne, der giver mening i forhold til den organisatoriske vinkel i dette studie. Ud fra de nævnte databasesøgninger og kendskab til nogle af standarderne i forvejen har det været muligt at lave nogle fokuserede søgninger på de enkelte systemer. For det første er det søgt efter tekster om systemernes indhold. Her tænkes på tekster, der indeholder noget, der svarer til kataloget i Fælles sprog. Dvs. kategorierne i systemet og i nogen grad også publikationer, der giver anvisninger på, hvordan standarden skal bruges. I de tilfælde, hvor der er flere versioner, er det tilstræbt at finde den nyeste. For det andet er der søgt efter tekster, der beskriver aspekter ved brugen af systemet. Her er der medtaget tekster skrevet af dem, der har udviklet systemerne, af myndigheder, der regulerer ældreområdet, evalueringer eller tekster af videnskabelig karakter. Tekster med et mere debatterende indhold er ikke medtaget. Der er primært inddraget tekster, som ligger umiddelbart tilgængelige på diverse hjemmesider.

Når der ud fra det indsamlede redegøres for brugen, er det kun muligt at sige noget om intentionerne vedrørende brugen af systemerne (med undtagelse af Danmark, hvor brugen belyses grundigt i en række andre undersøgelser). Vi kan ikke ud fra de data, der indgår i denne delundersøgelse, vurdere, i hvor høj grad intentionerne faktisk er virkeliggjort. Det er ganske sandsynligt, at de, som administrerer en standard, er lidt vel optimistiske i vurderingen af intentionernes virkeliggørelse.

De systemer, der er fokuseret på inden for ældreplejen, er for det første kun systemer, der er relevante i forhold til visitation til hjemmepleje. For det andet er det systemer, der bruges så meget, at de har national relevans. Lokale kategorisystemer, i f.eks. enkelte kommuner, er ikke relevante, og ej heller systemer, der kun bruges i sundhedssektoren eller på plejehjem.

#### 4. Ældreomsorgens omfang og organisering på samfundsniveau

I dette afsnit vil den danske ældreomsorg blive sammenlignet med ældreomsorgen i lande, der for det første, som Danmark, har et stort og stigende behov for service til ældre (indikeret ved demografiske prognoser), og for det andet er tilstrækkeligt velstående til at kunne finansiere en relativt rigelig dækning af dette behov (indikeret ved et relativt højt BNP). Der indledes med en analyse af dels behovet for ældreomsorg, indikeret ved demografi, og dels betalingsevnen for ældreomsorg, indikeret ved BNP per indbygger (afsnit 4.1). Derefter undersøges ældreplejens udbredelse og omfang i 30 OECD-lande ved hjælp af fem indikatorer (afsnit 4.2). I afsnit 4.3 belyses omfanget af uformel ældreomsorg på grundlag af en gennemgang af tilgængelig litteratur og to indikatorer. Herefter undersøges det, hvorledes stat, marked og civilsamfund indgår i produktionen af hjemmepleje (afsnit 4.4) i 16 europæiske lande. I denne analyse sondres der mellem finansiering, organisering og levering af hjemmepleje. Afslutningsvis (afsnit 4.5) fremhæves nogle generelle tendenser fra de deskriptive analyser.

##### 4.1 Globale tendenser i udviklingen i behovet for ældreomsorg – en demografisk analyse

Ud fra en rent demografisk betragtning er behovet for ældreomsorg på globalt plan vokset siden 1970'erne og vil fortsætte med at vokse i de kommende årtier. Ifølge en analyse af Mirkin & Weinberger (2001) er den procentvise andel af verdensbefolkningen, der er 60 år eller ældre, steget fra 8 % i 1970 til 10 % i 2000 og forventes at stige til 15 % i 2025 og 22 % i 2050 (Mirkin & Weinberger 2001, 37-38).

De lande, som har den største befolkningsandel af ældre over 60 år, er Grækenland og Italien. Japan, og mange europæiske lande, følger imidlertid stærkt efter. Mirkin & Weinberger deler verdens lande op i tre grupper: de mest udviklede regioner, mindre udviklede regioner og de mindst udviklede lande.<sup>12</sup> De mest udviklede regioner har flest ældre. Her vil andelen af ældre i forhold til hele befolkningen på kort sigt stige mest og vedblive at være størst frem til år 2050, hvor deres prognose slutter. På lidt

---

<sup>12</sup> I de mere udviklede regioner var befolkningsandelen af +60-årige i 1970 15 %, i 2000 20 %, i 2025 forventes andelen at blive 28 % og 33 % i 2050. I de mindre udviklede regioner var befolkningsandelen af +60-årige 6 % i 1970, 8 % i 2000 og forventes at blive 13 % i 2025 og 21 % i 2050. I de mindst udviklede lande var andelen af +60-årige 5 % i 1970, 5 % i 2000, og den forventes at blive 6 % i 2025 og 12 % i 2050 (Mirkin & Weinberger 2001, 38).

længere sigt vurderes ældrebefolkningen imidlertid at vokse hurtigst i de mindre udviklede regioner, og billedet vurderes således at ændre sig i de kommende årtier. Frem til 2050 vil andelen af +60-årige dog, ifølge prognosen, være størst i de udviklede regioner (Mirkin & Weinberger 2001, 38-44). Mirkin og Weinbergers analyser er i hovedsagen i overensstemmelse med det billede der tegnes i andre analyser af demografiske udviklingstendenser i OECD-landene og det er denne gruppe af lande, der inddrages i nærværende undersøgelse.

Table 1: Indikatorer for behov for aldreomsorg og velstand for OECD-landene

	Demografi		Velstandsmål
	Andel +65-årige i procent af befolkning. 2003 (Verdensbanken)	Afhængighedsratio +65-årige og 0-15-årige 2003 (Verdensbanken)	BNP per capita 2003 (faste priser i US\$ 1995) (World Bank National Accounts Data, and OECD National Accounts Data Files)
Grækenland	<b>**19,3</b>	50 %	14.760
Italien	19,0	48 %	21.476
Japan	18,5	49 %	46.223
Sverige	17,5	55 %	34.081
Tyskland	17,3	47 %	32.804
Spanien	17,0	45 %	18.401
Belgien	16,8	51 %	31.391
Frankrig	16,1	52 %	30.697
Østrig	16,1	47 %	34.236
Storbritannien***	16,0	52 %	23.460
Schweiz	15,6	48 %	45.980
Finland	15,3	50 %	32.827
Portugal	15,2	49 %	12.912
Luxembourg	15,0	49 %	<b>**59.228</b>
<i>Danmark</i>	<i>14,9</i>	<i>49 %</i>	<i>39.724</i>
Norge	14,8	53 %	39.969
Ungarn	14,6	45 %	5.943
Holland	13,9	47 %	30.994
Tjekkiet	13,9	45 %	5.861
Canada	12,8	45 %	23.843
Polen	12,6	44 %	4.781
Australien	12,4	48 %	24.756
USA	12,3	50 %	32.514
Island	12,2	52 %	31.758
New Zealand	11,7	50 %	19.119
Slovakiet	11,4	43 %	4.877
Irland	11,2	48 %	24.463
Sydkorea	7,5	<b>*40 %</b>	15.291
Tyrkiet	5,9	51 %	<b>*3.070</b>
Mexico	<b>*5,2</b>	<b>**57 %</b>	3.717
Gennemsnit	14,1	49 %	24.972

Note: Danmark er markeret med kursiv. \*Angiver laveste tal. \*\* Angiver højeste tal. \*\*\* England, Nordirland, Skotland og Wales.

Tabel 1 sammenstiller OECD-landene på tre indikatorer. Dels en indikator for behov (andel +65-årige), og dels to indikatorer for betalingsevne (Afhængighedsratio og BNP) i relation til ældreomsorg. De lande, der har et relativt højt BNP og en relativt lav afhængighedsratio, må antages at have relativt bedre mulighed for at finansiere behovet for ældreomsorg. Lande med en relativt stor andel af +65-årige må antages at have et relativt større behov for ældreomsorg.

Ser man på indikatoren for behovet for ældreomsorg i de 30 OECD-lande, er den gennemsnitlige andel af ældre over 65 år 14,1 % (se tabel 1). I forhold til dette ligger Danmark midt i feltet med 14,9 %. Grækenland og Italien ligger i top med henholdsvis 19,3 % og 19,0 %. I bunden ligger tre lande Sydkorea, Mexico og Tyrkiet med henholdsvis 7,5 %, 5,2 % og 5,9 %. Ses der bort fra disse tre sidstnævnte lande, ligger OECD-landenes andel af ældre mellem Irlands 11,2 % og Grækenlands 19,3 %, hvor Danmark ligger midt i feltet.

Ser man på den indikator for betalingsevne, der kaldes afhængighedsratio, angiver den, hvor stor en andel af befolkningen der er afhængige af dem i den produktive alder fra 15-65 år. Eftersom situationen i mange OECD-lande er, at man starter noget senere på arbejdsmarkedet end de 15 år og i gennemsnit pensioneres noget før de 65 år, er indikatoren ikke uproblematisk. Den har også andre svagheder, men den angiver dog et mål for, hvor stor en del af befolkningen der er afhængige af andres indkomst. På verdensplan er afhængighedsrationen faldet siden 1970, hvor den var på 75 % i forhold til 58 % i år 2000 (Mirkin & Weinberger 2001, 50).

Deles den samlede afhængighedsratio for verden op i en for 0-15-årige og for ældre over 65 år, er afhængighedsrationen for børn/unge faldende, mens den er stigende for ældre (Mirkin & Weinberger 2001, 49). Fokuseres der på OECD-landene, er afhængighedsratioen for alle landene ganske tæt på gennemsnittet på 49 % (tabel 1). Sydkorea ligger lavest med 40 % og Mexico højest med 57 %. For Mexicos vedkommende afspejler tallet, at en forholdsvis stor andel af befolkningen er børn. Danmark ligger sammen med Japan, Luxembourg og Portugal lige omkring gennemsnittet.

BNP per indbygger er en af de ældste indikatorer for relativ velstand, og dens fordele og ulemper er velkendte. Den kan sige noget om den relative betalingsevne for ældreomsorg. Ifølge den indikator har Danmark og de øvrige nordiske lande en ganske pæn betalingsevne, om end noget lavere end topscorerne Luxembourg, Japan og Schweiz, men over lande som Frankrig og England.

#### 4.2 Ældreplejens udbredelse og omfang i OECD-landene

Ovenstående analyser indikerer, at de fleste OECD-lande står over for nogle fælles udfordringer med en stor og stigende ældrebefolkning, og at disse lande har et velstandsniveau, der gør dem i stand til at imødekomme i hvert fald en del af dette behov. Det betyder imidlertid ikke, at der er det samme

omfang af ældrepleje i alle disse lande. Dels kan der være forskel på kvantitet og kvalitet i ældreplejen, og dels kan den uformelle ældreomsorg spille en større eller mindre rolle ved tilvejebringelsen af samfundets samlede ældreomsorg.

I dette afsnit vil 5 indikatorer på omfanget af den formelle ældreomsorg (ældreplejen), der gives til ældre i OECD-landene, blive analyseret. Der er for det første inddraget et samlet mål for, hvor stor en andel af BNP de offentlige udgifter til ældre udgør. For det andet er der et tilsvarende mål for den del af disse udgifter, der går til plejehjem.<sup>13</sup> For det tredje er der et mål for, hvor stor en andel af BNP de offentlige udgifter til hjemmepleje udgør. Den fjerde indikator er andelen af personer over 65 år, der bor på plejehjem.<sup>14</sup> Den femte indikator er andelen af personer over 65 år, der modtager formel hjælp i hjemmet. Med formel hjælp i hjemmet menes både hjemmepleje og hjemmesygepleje. Alle fem indikatorer er angivet i tabel 2.

De fem indikatorer stammer fra to forskellige kilder. De tre første er hentet fra OECD's databaser, og de to sidste er fra en publiceret OECD-rapport (Jacobzone 1999). I forhold til at beskrive omfanget af ældreplejen dækker de tre første indikatorer imidlertid ikke hele den formelle ældrepleje, men kun den del som er offentligt finansieret. Udgifter til privatejede plejehjem inkluderes således kun i det omfang, at de finansieres af det offentlige. Det betyder, at den del af den formelle ældrepleje, der bliver finansieret af de ældre selv eller af deres familier, er udeladt. I forhold til de lande, hvor der er tradition for markeds løsninger på ældreplejeområdet, giver dette en bias, der kan være misvisende. Det har imidlertid ikke været muligt at finde sammenlignelige data, hvor hele ældreplejen er inkluderet, hvorfor det skønnes, at de offentlige udgifter, trods det ovennævnte problem, er den bedste indikator, som er til rådighed. De fem indikatorer er fra 1998 og 1999, hvilket gør dem lidt vel gamle, fordi der sker mange ændringer på området i disse år. Ikke desto mindre er det de mest opdaterede tal, det har været muligt at opspore i denne undersøgelse. Der er validitetsproblemer med data af denne type. En del af disse skyldes en ufuldstændig international standardisering af opgørelsesmetoder på tværs af lande.<sup>15</sup> Tolkninger af data må derfor gennemføres med en vis varsomhed (se tabel 2).

---

<sup>13</sup> Institutioner for ældre vil blive benævnt plejehjem.

<sup>14</sup> Inkluderer kun plejehjem med personale (Jacobzone 1999, 29).

<sup>15</sup> Et opgørelsesproblem ligger bl.a. i sondringen mellem det sociale område og sundhedsområdet.



Table 2: Indikatorer for ældreplejens omfang i OECD-landene

	1. Offentlige udgifter til service rettet mod ældre og handicappede. % af BNP (SNA93) 1998 (Source OECD)	2. Offentlige udgifter til plejehjem. % af BNP (SNA93) 1998 (Source OECD)	3. Offentlige udgifter til hjemmepleje. % af BNP (SNA93) 1998 (Source OECD)	4. Andel af de +65-årige, der bor på plejehjem i procent (Jacobzone 1999, 28)	5. Andel af de +65-årige, der modtager hjemmepleje i procent* (Jacobzone 1999, 28)
Norge	3,36	1,64	1,03	6,6	17
Sverige	3,17	2,29	0,98	8,7	11,2
Danmark	2,95	1,14	1,45	7	20,3
Island	2,15	1,53	0,12	n.a.	n.a.
Finland	1,54	0,51	0,41	****6,45	14
Holland	1,30	0,70	n.a.	***8,8	12
Østrig	0,92	0,26	n.a.	4,9	24
Storbritannien**	0,81	n.a.	n.a.	5,1	5,5
Australien	0,76	0,10	0,12	6,8	11,7
Tyskland	0,75	0,48	0,14	6,8	9,6
Schweiz	0,70	0,33	n.a.	n.a.	n.a.
Frankrig	0,66	0,54	0,05	6,5	6,1
Luxembourg	0,51	n.a.	n.a.	6,8	n.a.
Tjekkiet	0,48	0,33	0,07	n.a.	n.a.
Slovakiet	0,42	0,36	n.a.	n.a.	n.a.
Irland	0,36	0,06	0,09	5	3,5
Japan	0,31	0,17	0,04	***6,0	5
Spanien	0,29	0,10	0,05	2,9	1,6
Polen	0,28	0,28	n.a.	n.a.	n.a.
Grækenland	0,27	0,03	0,11	n.a.	n.a.
Portugal	0,27	0,14	0,03	n.a.	n.a.
Sydkorea	0,19	0,03	0,005	n.a.	n.a.
Italien	0,17	0,13	0,02	3,9	2,8
Belgien	0,13	n.a.	n.a.	6,4	4,5
Tyrkiet	0,09	0,04	n.a.	n.a.	n.a.
USA	0,05	0,01	n.a.	5,7	16
Mexico	0,03	n.a.	0,003	n.a.	n.a.
New Zealand	0,004	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Canada	n.a.	n.a.	n.a.	****6,85	17
Ungarn	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Gennemsnit	0,84	0,49	0,28	6,2	10,7

Note: Indikator 1, 2 og 3 er fra Source OECD Social Expenditures Database 2001, hvor de anvendes til landesammenligninger. Indikator 4 og 5 er hentet fra en OECD-rapport, hvor de også er anvendt til komparativ analyse. Indikatorerne bør dog tolkes med varsomhed, da de enkelte landes traditioner for at opgøre socialstatistik varierer.

\* Hjemmepleje og hjemmesygepleje. \*\* England, Nordirland, Skotland, Wales. \*\*\*En del af plejen foregår på hospitaler, \*\*\*\* Gennemsnit af 6,2 til 7,5, \*\*\*\*\* Gennemsnit af 5,3 til 7,6.

Hvilke informationer fra tabel 2 er særligt bemærkelsesværdige i relation til nærværende analyse?

For det første er der meget stor spredning i omfanget af offentligt finansieret ældrepleje. Lavest ligger New Zealand med 0,004 % efterfulgt af Mexico med 0,03 %, <sup>16</sup> mens Norge (3,71 %) og Sverige (3,36 %) topper. <sup>17</sup> Gennemsnittet for de 28 OECD-lande, der er medtaget i analysen, er 0,84 %. I forhold til gennemsnittet ligger de 21 af landene under gennemsnittet og kun 7 lande over. <sup>18</sup> Denne spredning indikerer nogle store forskelle i ældreplejens organisering mellem OECD-landene. Den offentlige sektors rolle i relation til at imødekomme det voksende behov, som den demografiske analyse i forrige afsnit pegede på, er meget forskellig.

For det andet er det tydeligt, at de nordiske lande skiller sig ud, hvad angår omfanget af offentligt finansieret ældrepleje. For ældreplejens vedkommende underbygger tallene således forestillingen om eksistensen af en særlig nordisk velfærdsstatsmodel (Esping-Andersen 1990, se teori-afsnittet). Det er klart Sverige og Norge, der har de største udgifter på henholdsvis 3,71 % og 3,36 %. <sup>19</sup> Danmark følger efter på tredjepladsen med 2,95 %. Holland, med 1,3 %, er det land, der ligger tættest på de nordiske lande, efterfulgt af Østrig (0,92 %) og Storbritannien (0,81 %).

For det tredje indikerer tallene, at Danmarks ældrepolitik, med at prioritere hjemmeplejen relativt højt i forhold til plejehjemmene, ikke er udtryk for en generel tendens inden for ældreplejen og måske er relativt unik (sammenlign indikator 2 og 3, samt 4 og 5). Danmark er således det land, der bruger suverænt den største andel af BNP på offentlig finansieret hjemmepleje (1,45 %), med Norge som nummer to (1,03 %) og Sverige som nummer tre (0,98 %). Blandt de registrerede lande er det endvidere kun Danmark, Australien, Irland og Grækenland, der bruger relativt mere på offentligt finansieret hjemmepleje end på offentligt finansierede plejehjem. Dette underbygges, hvis man sammenligner andelen af +65-årige, der modtager hjemmepleje (indikator 5). Her er Østrig (24 %) og Danmark (20,3 %) topscorere, med Canada og Norge (17 %) på en delt tredjeplads og USA på femtepladsen (16 %).

For det fjerde er indikator 4 og 5 interessante, fordi de ikke er afgrænset til offentligt finansieret ældrepleje. Svagheden ved de 3 første indikatorer, i forhold til at sige noget om hele ældreplejen (offentlig og privat), kan ses i forhold til et land som USA. I USA er de offentlige udgifter til service over for ældre og handicappedes andel af BNP ganske lav (0,05 %), men landet ligger over gennemsnittet, hvad angår andelen af ældre, der modtager formel hjælp i hjemmet (16 %). Andelen af

---

<sup>16</sup> Tallet fra New Zealand er meget lavt, men afspejler den markante nedskæring af den offentlige sektor, som er gennemført her.

<sup>17</sup> Ved sammenligning mellem landene skal man huske, at behovet, indikeret ved andelen af +65-årige, er meget forskelligt (se tabel 3.1).

<sup>18</sup> I dette tal indgår også service for handicappede.

<sup>19</sup> I denne opgørelse er der kun 28 af de 30 OECD-lande, fordi Canada og Ungarn mangler.

de ældre, som bor på plejehjem, er ej heller bemærkelsesværdigt lav med (5,7 %) i forhold til et gennemsnit på 6,2 %. Her ser det ud til, at privatfinansieret ældrepleje spiller en markant rolle.

For det femte er den store variation i andelen af de +65-årige, der modtager ældrepleje i form af enten hjemmepleje (indikator 5) eller en plads på et plejehjem (indikator 4), meget bemærkelsesværdig. Hvad angår andelen af de +65-årige, der bor på plejehjem (indikator 4), er gennemsnittet for de 18 lande, hvor dette er opgjort, 6,2 %. Højest ligger Sverige med 8,7 %, og lavest ligger Spanien med 2,9 %. Danmark ligger over gennemsnittet med 7 %. Gennemsnittet for andelen af de ældre, som modtager formel hjælp i hjemmet (indikator 5), i de 17 OECD-lande, hvor dette er opgjort, er 10,7 %. Her er spredningen betydelig fra Østrigs 24 % til Spaniens 1,6 %. Lægger man tallene sammen til et samlet mål for, hvor stor en andel af de +65-årige i et land der modtager ældrepleje, er gennemsnittet 16,9 %. Blandt de 17 OECD-lande, der har indberettet disse tal, har Spanien den laveste andel med 4,5 %, mens Østrig er topscorer med 28,9 %. Danmark er nummer to med en andel på 27,3 %. Accepterer man tallenes omtrentlige validitet, kan de tolkes på i hvert fald tre-fire måder. For det første kan forskellene være udtryk for forskelle i, hvor stor betydning den uformelle ældreomsorg, i form af hjælp fra familie og venner, betyder i det pågældende land. For det andet kan forskellene være udtryk for forskelle i de sorteringsmekanismer (blandt andet visitationskriterier), der afgør, om man er berettiget til formel pleje. Med andre ord forskellige kriterier for, hvor galt det skal stå til, før man er berettiget til formel hjælp. For det tredje kan forskellene være udtryk for reelle forskelle i behov. At nogle landes ældrebefolkninger i gennemsnit simpelthen er ved bedre helbred end andre landes. Endelig kan, for det fjerde, en kombination af ovenstående forklaringer tænkes. Hvorom alting er, viser tallene, at man ikke kan fastsætte en eller anden "naturlig" andel af de +65-årige, der har behov for ældrepleje.

Endelig er det, for det sjette, interessant, om end mindre relevant i denne sammenhæng, så stor forskel der er på omfanget af offentligt finansieret ældrepleje i de angelsaksiske lande. Storbritannien (0,81 %) og Australien (0,76 %) bruger en betydeligt større andel af BNP på offentligt finansieret ældrepleje end USA (0,05 %) og især New Zealand (0,004 %), der stort set intet bruger. Tabel 2 underbygger således ikke umiddelbart forestillingen om eksistensen af en særlig angelsaksisk markedsmodel på ældreområdet.

Sammenfattende må det fremhæves at, hvor analysen i afsnit 4.1 pegede på, at OECD-landene står over for nogle ret ens udfordringer, hvad angår en stor og stigende ældrebefolknings behov for ældreomsorg, viser analysen i dette afsnit, at der er store forskelle på omfanget og måden, hvorpå disse behov imødekommes i ældreplejens organisering. Generelt tegner analysen et billede af en relativt lille gruppe lande, herunder de nordiske lande, med en omfattende offentligt finansieret ældrepleje. Det

indikerer, at forklaringen på omfanget af den formelle service ikke skal findes i omfanget af behov, men i forskellige valg og traditioner for, hvordan de ældres behov skal imødekommes.

#### 4.3 Forskelle i omfanget af den uformelle ældreomsorg

I afsnit 3.3.2 analyseredes omfanget og udbredelsen af ældreplejen (den formelle ældreomsorg). For at kunne danne et billede af det samlede omfang af ældreomsorg er det imidlertid væsentligt at inddrage den uformelle ældreomsorg. Ikke mindst fordi meget tyder på, at omfanget af denne er ganske stor. Med uformel ældreomsorg tænkes på den omsorg for de ældre, som udføres uden betaling og uden for formelle organisationer med ældrepleje som opgave. Typisk vil udøveren være en fra den ældres familie eller øvrige netværk - naboer og venner. De, som udøver mest uformel ældreomsorg, er de ældres ægtefæller/partnere. Hvis der ikke er en ægtefælle/partner, eller denne ikke har mulighed for at hjælpe, er det typisk de voksne børn, der træder til.

I det følgende analyseres den uformelle omsorgs omfang på følgende vis. For det første gives en kortfattet oversigt over resultater fra forskning i den uformelle ældreomsorgs omfang. For det andet sammenholdes disse resultater med to indikatorer på uformel ældreomsorg: placeringen af det juridiske ansvar og kvindernes andel af arbejdsstyrken. For det tredje analyseres problemstillinger knyttet til den dynamiske relation mellem uformel ældreomsorg og formel ældreomsorg (ældrepleje).

Komparative studier af ældreomsorg estimerer generelt, at den uformelle ældreomsorg i de fleste lande varetager størsteparten af ældreomsorgen, men at det er vanskeligt at afgøre præcist, hvor meget ældreomsorg, der er tale om. Richard Hugman anlægger en så bred betragtning, at han sammenligner familiernes uformelle indsats i Europa og Asien og når frem til, at familien spiller en stor rolle begge steder (Hugman 2000). Teppo Kröger citerer i sin oversigt over komparativ litteratur om ældreomsorg i Europa flere undersøgelser for, at den uformelle ældreomsorg er mere omfattende end den formelle. Han henviser til estimater, der peger på, at den uformelle pleje generelt i Vesteuropa udgør 75-80 % af al ældreomsorg (Kröger 2001, 17). Danmark nævnes her som det eneste sted, hvor der ikke lægges en meget stor byrde på familien (Kröger 2001, 17). Hugman taler om, at i Europa modtager ældre, der har behov for pleje, typisk noget af denne fra familien. Dette gælder også for Danmark, som han imidlertid også udpeger som et sted, hvor den uformelle omsorgs omfang ikke er så stort set i relation til andre lande (Hugman 2000, 65-66). Marta Szebehely peger på, at de pårørendes rolle i alle europæiske lande er stor. I lande uden for Norden og Holland står de pårørende imidlertid mere alene med opgaven (Szebehely 2003, 51-52). Rostgaard & Fridberg finder, at Danmark er det eneste sted, sammenlignet med Storbritannien, Finland, Frankrig, Tyskland, Holland og Sverige, hvor der er mere hjemmepleje end hjælp fra ægtefælle/partner og børn (Rostgaard & Fridberg 1998, 24-32). Bettio & Prechal laver en

decideret rangordning af 12 europæiske lande, således at landene med mest uformel pleje står først og de med mindst til sidst: 1) Spanien, 2) Italien, 3) Grækenland, 4) Tyskland, 5) Irland, 6) UK, 7) Portugal, 8) Belgien, 9) Holland, 10) Luxembourg, 11) Danmark og 12) Frankrig (Bettio & Prechal 1998, 11-13).<sup>20</sup>

Det grovkornede billede, der på tværs af forskellige komparative studier tegner sig, er, at den uformelle ældreomsorg er ganske omfattende, men vanskeligt målbar. Når der ses på de gamle EU-lande, er der en forskel mellem de kontinental- og sydeuropæiske og de nordeuropæiske lande, særligt de nordiske, ved at de første har en mere omfattende uformel omsorg i forhold til de sidste. Nogle kilder peger desuden på, at Danmark er det land, hvor omfanget af den uformelle omsorg er mindst. Set i forhold til Esping-Andersens velfærdsstatsregimer ser det ud til, at der er en forskel, som støtter forestillingen om, at familien som producent af velfærd er mest fremtrædende i Kontinental- og Sydeuropa set i forhold til Nordeuropa.

De komparative studier fra andre undersøgelser vil i det følgende blive sammenholdt med to indikatorer, der indirekte kan give et billede af omfanget af uformel ældreomsorg (se tabel 3). Den første indikator er juridisk og bygger på Millar & Warmans undersøgelse (1996). Den viser forskelle på, hvor lovgivningen har placeret det juridiske ansvar for afhængige voksne – herunder ældre med behov for hjælp. Den anden indikator knytter sig til arbejdsmarkedet. Den viser procentandelen af kvinder på arbejdsmarkedet. Den er relevant i denne sammenhæng som en indikator på forskelle i familiens kapacitet for uformel ældreomsorg i forskellige lande. Hvis begge voksne er på arbejdsmarkedet, må det antages, at kapaciteten er mindre, end hvis kun manden er på arbejdsmarkedet. Det er endvidere en almindelig antagelse, at den største del af den uformelle ældreomsorg varetages af kvinderne. Både i rollen som ægtefælle/partner og som datter (Bettio & Prechal 1998; 12 Millar & Warman 1996, 33). Det kan derfor antages, at en høj grad af kvindelig erhvervsdeltagelse indikerer en lavere kapacitet til uformel ældreomsorg. Kvindernes andel af den totale arbejdsstyrke indikerer således, hvor meget tid der er til rådighed til at udøve omsorg fra den del af befolkningen, som skønnes at løfte den største del af den uformelle omsorgsopgave.

---

<sup>20</sup> Bettio & Plantenga 2004 når frem til næsten de samme konklusioner (Bettio & Plantenga 2004, 86-90).

Tabel 3: Juridisk ansvar for ældre og indikator for uformel omsorgskapacitet for OECD-landene

	1. Juridisk ansvar over for afhængige voksne - familien, staten eller uafklaret (Millar & Warman 1996, 33-37)	2. Kvinders andel af den totale arbejdsstyrke i procent 2003 (International Labour Organization)
Danmark	Staten	46,5
Finland	Staten	**48,2
Holland	Staten	41,1
Norge	Staten	46,6
Sverige	Staten	48,1
Belgien	Familien	41,2
Frankrig	Familien	45,4
Grækenland	Familien	38,3
Italien	Familien	38,8
Luxembourg	Familien	36,8
Portugal	Familien	44,2
Spanien	Familien	37,6
Tyskland	Familien	42,5
Østrig	Familien	40,5
Irland	Uklart	35,3
Storbritannien***	Uklart	44,4
Australien	n.a.	44,2
Canada	n.a.	46,1
Island	n.a.	45,5
Japan	n.a.	41,9
Sydkorea	n.a.	42,0
Mexico	n.a.	*34,0
New Zealand	n.a.	45,3
Polen	n.a.	46,5
Schweiz	n.a.	40,9
Slovakiet	n.a.	47,6
Tjekkiet	n.a.	47,2
Tyrkiet	n.a.	38,4
Ungarn	n.a.	44,8
USA	n.a.	46,3
Gennemsnit		42,9

Note: Angivelsen af karakteren af det juridiske ansvar for de ældre er en kondenseret fremstilling, hvor forskellige juridiske bestemmelser er forenklet i forhold til at afgøre, om ansvaret ligger hos familien, staten eller ikke er klart defineret. Tabellen bygger på Millar & Warmans analyse. Millar & Warmans kategorier "forældre og børn" og "udbygget familie" er slået sammen til "familie". Kategorien "ikke noget klart statsansvar" er benævnt "uklart". \*Laveste %-andel. \*\*Højeste %-andel. \*\*\* England, Nordirland, Skotland, Wales.

Den formelle juridiske ansvarsplacering kan anskues som udtryk for forskellige normer for statens og familiens rolle i samfundet, men den kan også have ganske håndfaste konsekvenser for familiernes disponering af knappe ressourcer. Millar & Warman (1996, 33-37) tegner i deres analyser et billede af,

hvor det formelle juridiske ansvar for voksne med behov for hjælp (herunder ældre) ligger i 16 europæiske lande.

At det er familiens ansvar betyder, at staten først tager over, når der ikke er en familie, som kan løfte opgaven. Familiens forpligtigelse består i at betale for ældreplejen og/eller i at levere den uformelle ældreomsorg selv. Hvorledes begrebet "familiens ansvar" afgrænses varierer fra land til land. I Italien, Spanien og Portugal har dele af familien ud over de ældres ægtefælle, voksne børn og forældre en forpligtelse. I Belgien, Frankrig, Grækenland, Luxembourg, Tyskland og Østrig er det tilsvarende ansvar primært gældende for de voksne børn. I Storbritannien og Irland er ansvaret ikke defineret som hverken familiens eller statens. Endelig er der en gruppe lande, hvor ansvaret for de ældre eksplicit er defineret som statens. Det drejer sig om Danmark, Finland, Holland, Norge og Sverige. I Holland er forholdet lidt tvetydigt, men Millar & Warman konkluderer, at realiteten er, at familien ikke tillægges noget ansvar. Ægtefæller og partnere har dog i disse lande et vist ansvar.

Ved fortolkningen af ansvarsplaceringen må der tages det forbehold, at der kan være forskel på den formelle formulering af ansvaret og det reelle ansvar, der tillægges henholdsvis familierne og staten (Millar & Warman 1996, 33-37).

Ud fra Millar & Warmans analyse er det tydeligt, at forestillingen om, at de ældre er familiens ansvar, er mest udbredt i de kontinental- og sydeuropæiske lande.

Indikatoren på omsorgskapacitet (kvindernes andel af arbejdsstyrken) underbygger også forestillingen om en særlig nordisk model og i nogen grad forestillingen om familiens forskellige rolle i Nord- og Sydeuropa. Frankrig og Portugal udgør dog nogle markante undtagelser. Gennemsnittet for kvindernes andel af den totale arbejdsstyrke i procent i de 30 OECD-lande er 42,9 %. Af de 30 lande ligger 16 over gennemsnittet og 14 under. Det land, som ligger højest, er Finland, og det, som ligger lavest, er Mexico. De lande, som ligger over gennemsnittet, er de 5 nordiske lande (Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige), 4 østeuropæiske lande (Polen, Slovakiet, Tjekkiet og Ungarn), Storbritannien, Frankrig, Portugal, USA, Canada, Australien og New Zealand. De europæiske lande, som ligger under, er Holland, Belgien, Grækenland, Italien, Luxembourg, Spanien, Tyskland, Østrig, Irland og Schweiz. Uden for Europa drejer det sig om Japan, Sydkorea, Mexico og Tyrkiet.

For de europæiske lande passer de to indikatorer i tabel 3 godt med det billede af variationen i uformel omsorg, de førnævnte komparative studier gav. I Kontinental- og Sydeuropa er der en udbredt uformel omsorg, mens dette er mindre udbredt i de nordiske og nordeuropæiske land. Frankrig og Portugal skiller sig imidlertid ud ved at have en stor kvindelig arbejdsstyrke. Bettio & Prechal peger her på et relativt mindre omfang af uformel omsorg leveret af kvinder i Frankrig (Bettio & Prechal 1998). De nordiske lande ligger tydeligt i en model, som ikke er familiebasert. Det samme gælder for

Storbritannien, men hvor man i de nordiske lande typisk taler om en statsmodel, er det typisk at tilskrive Storbritannien en markedsmodel. For mange af de øvrige europæiske lande peger kvindernes andel af arbejdsstyrken også på et familiebaseret velfærdsregime. De 4 tidligere østbloklande ser ikke ud til at være præget af et velfærdsregime baseret på familien. Ud over de europæiske lande er det ikke særligt overraskende, at kvindernes andel af arbejdsstyrken peger på et velfærdsregime baseret på familien i Japan, Sydkorea, Tyrkiet og Mexico. Kvindernes andel af arbejdsstyrken peger på, at USA, Canada, Australien og New Zealand ikke er præget af et familiebaseret velfærdsregime. I forhold til USA er det almindeligt at antage udprægede markedsløsninger.

Hvordan er dynamikken i relationen mellem uformel ældreomsorg og ældrepleje? Er det sådan, at en høj grad af ældrepleje medfører, at den uformelle ældreomsorg formindskes? At familien så at sige glemmer de gamle og på grund af sit manglende formelle ansvar formindsker sin indsats? Eller er der omvendt tale om en synergieffekt, således at øget ældrepleje også fremmer den uformelle ældreomsorg, således at den samlede ældreomsorg forøges? At udbredt ældrepleje hjælper ægtefælle og familie til ikke at blive udbrændt og give op, og herigennem til bedre at kunne fastholde et engagement? Hvis den samlede mængde af ældreomsorg i et samfund var konstant, ville man forestille sig et proportionalt forhold. Jo mere ældrepleje des mindre uformel ældreomsorg. Helt så enkelt er det imidlertid ikke.

Daatland (2001, 18-19) peger på to hovedhypoteser i diskussion om relationen mellem formel og uformel ældreomsorg i forhold til den samfundsmæssige arbejdsdeling, som ikke er entydigt af- eller bekræftet. Den første hovedhypotese er, at statslig ældrepleje vil substituere den uformelle ældreomsorg. Familien vil så at sige trække sig ud af opgaven og overlade den til det offentlige. Den anden hovedhypotese er, at familiens og statens ældreomsorg er komplementære. Ud fra denne hypotese er ældreplejen et supplement til familiens ældreomsorg. En version af denne hypotese er, at familien er mere villig til at påtage sig opgaven, hvis den ikke er så stor. Ældreplejen kan bidrage til, at familiesolidariteten styrkes, og den uformelle omsorg muligvis forøges. En anden version af samme hovedhypotese er, at den uformelle omsorg holder omtrent samme niveau ved en større formel omsorg, men at den ændrer karakter. Familien specialiserer sig i nogle bestemte former for omsorg af primært psykosocial art.

Der er ikke ifølge Datland (2001) komparative empiriske undersøgelser over til, som entydigt af- eller bekræfter nogen af hypoteserne. I Daatland og Herlofson (2003) resultaterne af en komparativ undersøgelse i England, Israel, Norge, Spanien og Tyskland af holdningerne til familieforpligtigelse over for ældre, normer for statens rolle i produktionen af omsorg og egnen præferencer i forhold til at modtage hjælp fra familie eller stat. Her spores en tendens i præferencerne der understøtter den almindelige antagelse om, at familien anses for mere forpligtet i landene mod syd i forhold til mod nord



(Daatland og Herlofson 2003). Undersøgelsen indebærer imidlertid ikke data over tid, der ville kunne af- eller bekræfte et bestemt kausalforhold mellem omfang af formel ældreomsorg af uformel ældreomsorg.

Meget tyder dog på, at omfanget og kvaliteten af den samlede ældreomsorg - formel og uformel – er meget forskellig fra land til land. En a priori antagelse om ensartet omfang og kvalitet af den samlede ældreomsorg i lande på omtrent samme velstandsniveau er næppe holdbar. De empiriske data indikerer imidlertid, at det er rimeligt at konkludere, at de kontinental- og sydeuropæiske lande er mest præget af et familiebaseret velfærdsregime, mens familien i Nordeuropa spiller en relativt mindre rolle i produktionen af ældreomsorg.

#### 4.4 Finansiering, organisering og levering af hjemmepleje i 16 OECD-lande

Ovenstående analyser af omfanget af formel ældreomsorg (ældrepleje) og uformel ældreomsorg viser en række forskelle i landenes måde at producere ældreomsorg. I dette afsnit gennemføres en sammenlignende analyse af den samfundsmæssige arbejdsdeling mellem stat, marked og civilsamfund om de tre funktionsområder: finansiering, organisering og levering (se teoriafsnittet).

Sammenlignelige data for omfanget af sektorernes involvering er ikke tilgængelig. Sammenligningen baseres derfor primært på, om sektorerne har en rolle, men ikke på hvor stor en rolle de spiller i forhold til hinanden.

Med staten menes alle involverede offentlige instanser.<sup>21</sup> Med markedet tænkes på virksomheder, der opererer på en profitbasis. I forhold til civilsamfundet er der her kun fokuseret på den organiserede del.<sup>22</sup> Herved er analysen ikke følsom over for den involvering af civilsamfundet, der består i, at familiemedlemmer, via forskellige ordninger, er aflønnet til at pleje den ældre.

I tabel 4 er opsummeret fakta i forhold til både finansiering, organisering og levering i de 16 europæiske lande, hvor data har kunnet fremskaffes.

---

<sup>21</sup> Herunder også decentrale enheder som f.eks. kommuner. Offentlig og statsligt vil blive benyttet synonymt.

<sup>22</sup> I forbindelse med hjemmepleje er der tale om to kategorier af organisationer. Dels organisationer hvor arbejdet udføres af frivillige og nonprofitorganisationer, hvor der er ansat aflønnet personale. Ud fra definitionen af ældrepleje og hjemmepleje er der kun medtaget organisationer, der har aflønnet personale. Det typiske billede er, at i mange nonprofitorganisationer består arbejdskraften af både aflønnet personale og frivillige. Det skønnes dog, at kernen af hjemmeplejen, hvor den har et rimeligt stort omfang, vil være udført af aflønnet personale.

*Tabel 4: Finansiering, organisering og levering af hjemmepleje i 16 OECD-lande*

Lande	Finansiering Hvordan finansieres ældreplejen?	Organisering Hvem styrer og organiserer ældreplejen?	Levering Hvem er de primære leverandører af ældrepleje?
Danmark	Skatter (3)	Offentligt: kommunen (3)	Offentligt (kommunen) og nogle private virksomheder (3)
Finland	Skatter, brugerbetaling (3)	Offentligt: kommunen (3)	Offentligt (kommunen), nonprofitorganisationer og private virksomheder (2)
Norge	Skatter, brugerbetaling (5)	Offentligt: kommunen (3)	Offentligt (kommunen) og private virksomheder (3)
Sverige	Skatter, brugerbetaling (3)	Offentligt: kommunen (3)	Offentligt (kommunen) og private virksomheder (3)
England	Skatter, brugerbetaling (2)	Offentligt: lokale myndigheder (2)	Offentligt (lokale myndigheder), private virksomheder og nonprofitorganisationer (2)
Holland	Forsikringsordning (offentlig), brugerbetaling (2)	Offentligt: repræsentanter fra AWBZ (2)	Nonprofitorganisationer og lidt private (2)
Irland	Skatter, brugerbetaling (1)	Offentligt: lokale health boards (1)	Offentligt (health boards) og nonprofitorganisationer (1)
Østrig	Skatter, brugerbetaling (1)****	Offentligt: regioner (1)	Nonprofitorganisationer og offentligt (1)
Italien	Skatter, brugerbetaling (1)	Offentligt (1)	Nonprofitorganisationer og private virksomheder (1)
Luxembourg	Skatter, brugerbetaling (1)	Offentligt (1)	Nonprofitorganisationer (1)
Portugal	Skatter, brugerbetaling (1)	Offentligt (1)	Offentligt og nonprofitorganisationer (1)
Spanien	Forsikring (offentlig), brugerbetaling (1)	Offentligt (1)	Offentligt (1)
Tyskland	Forsikring (offentlig), brugerbetaling (2)	Offentligt (2)	Nonprofitorganisationer og private virksomheder (2)
Frankrig	Enten skatter (lavindkomstgrupper) el. privat forsikring og brugerbetaling (øvrige) (1)***	Offentligt for lavindkomstgrupper, privat for øvrige indkomstgrupper (1 og 2)	Offentligt, nonprofitorganisationer og få private virksomheder (2)
Belgien	Skatter, brugerbetaling (1)	Offentligt og privat (1)*	Offentligt og nonprofitorganisationer (1)**
Grækenland	Nonprofitorganisationer og brugerbetaling (1)	Nonprofitorganisationer el. familien (1)****	Private virksomheder og nonprofitorganisationer (1)

Kilder: Hutten & Kerkstra (1996) (1), Rostgaard og Fridberg (1998) (2), Szebehely (2003) (3).

Noter til tabel: I tabellen er det i hvert felt indikeret med et nr., hvilken af ovenstående tekster informationen stammer fra. Hvor der er flere finansieringsformer eller sektorer, er de angivet i prioriteret rækkefølge. Eksempelvis angives skatter før brugerbetaling, fordi de finansierer langt den største del af ældreplejen. Ud fra samme systematik angives det offentlige først som leverandør i lande, hvor offentligt ansatte leverandører leverer den mest omfattende ældrepleje.

\* Den offentlige kontrol med tildeling af hjemmepleje ligger primært i at godkende leverandørorganisationer, som så selv foretager tildelingen af den konkrete hjemmepleje til de enkelte ældre (1).

\*\* Hutten & Kerkstra (1996) skelner ikke helt klart mellem nonprofitleverandører og private virksomheder, men det er skønnet, at der her er tale om nonprofitleverandører.

\*\*\* 30 % af de leverede hjemmeplejetimer er skattebetalte og rettet mod lavindkomstgrupper. Resten af hjemmeplejetimerne går til ældre, der har en højere indkomst, disse får nogle af omkostningerne refunderet af deres egen aldersforsikring (1) og (2).

\*\*\*\* Der er ikke noget samlet system for tildeling af hjemmepleje. Det er enten familierne og den ældre selv eller de organisationer, der udfører hjælpen, som afgør, hvilken hjælp der tildeles.

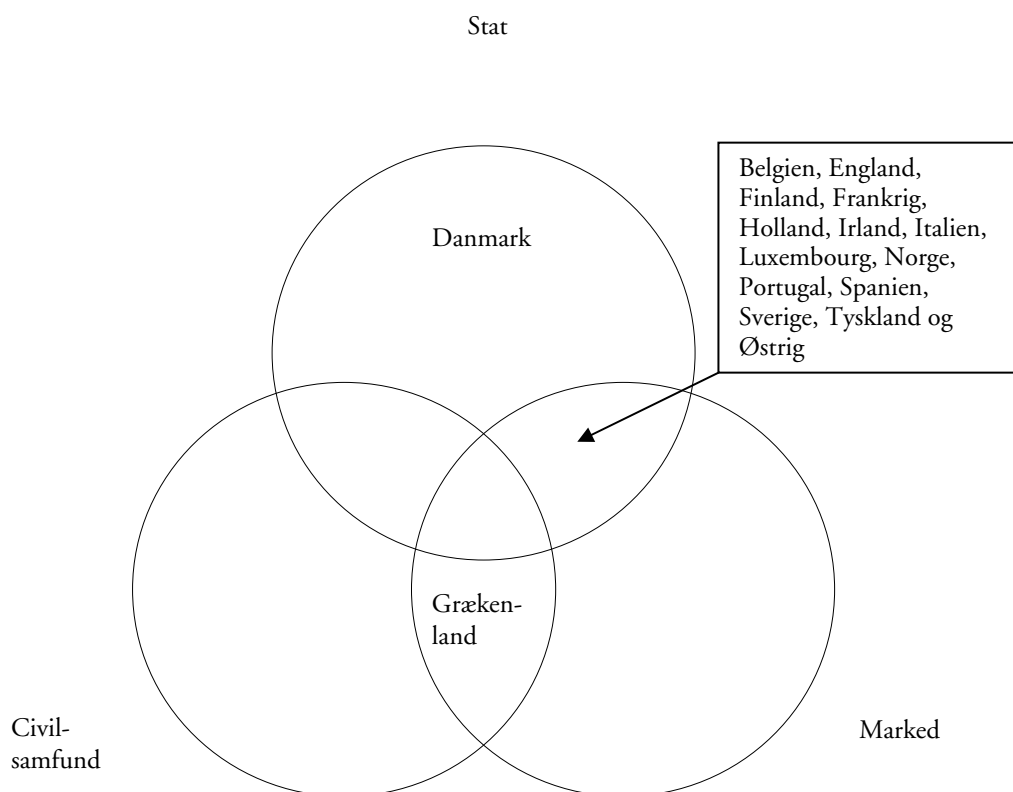
Den deskriptive analyse i tabel 4 er primært baseret på Hutten & Kerkstra (1996) suppleret med data fra Rostgaard & Friedberg (1998) og Szebehely (2003). Dataene er således nogle år gamle, og eftersom det er et område i kraftig udvikling, er det ikke uproblematisk, men vort litteraturstudie har ikke afdækket nyere undersøgelser.

I de følgende tre afsnit gennemføres en analyse af hvert af de tre funktionsområder.

#### 4.4.1 Hjemmeplejens finansiering

Den deskriptive analyse i dette afsnit baserer sig på data fra finansieringskolonnen i tabel 4 og illustreres i figur 2.

*Figur 2: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved finansieringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande*



Placeringen af landene i cirklerne henviser til, om en eller flere af de tre sektorer optræder i forhold til finansiering i landene. De lande, som er placeret inden for den cirkel, der er benævnt stat, har enten en grad af skattefinansiering eller universelle forsikringsordninger. De lande, som er placeret i markedscirklen, har en grad af brugerbetaling. De lande, som er placeret i civilsamfundscirklen, har nonprofitorganisationer, som har en rolle i forhold til finansiering. En placering i et af felterne, hvor cirklerne overlapper hinanden, er udtryk for, at der er mere end en sektor involveret i finansieringen.

I figur 2 er det illustreret, hvilke sektorer der spiller en rolle ved *finansieringen* i de 16 lande. Figuren er lavet ud fra den betragtning, at der med tre sektorer er mulighed for, at kun en sektor er i spil, eller at sektorerne optræder i forskellige kombinationer enten to og to eller alle tre.<sup>23</sup> Brugerbetaling defineres her som hjemmehørende i en markedslogik. Skattebetaling af ældreplejen er statens rolle. Der er imidlertid tilfælde, hvor finansieringsformen er vanskelig at placere entydigt i forhold til sektorerne. Det drejer sig om tilfælde, hvor hjemmeplejen finansieres gennem forskellige former for forsikringsordninger. Der er forsikringsordninger, som er offentlige, med en næsten universel betalingspligt. Der er endvidere forsikringer, som er tegnet gennem private forsikringsselskaber, der er relevante for nogle lag i befolkningen, som det er tilfældet i Frankrig. Eftersom alle lande undtagen Grækenland har et betydeligt element af skattefinansiering, har det ikke givet problemer ved indplaceringen af landene i figur 2.<sup>24</sup>

Som det fremgår af figur 2 og tabel 4, er Danmark det eneste land, blandt de 16 OECD-lande, der er inddraget i analysen, hvor ældreplejen er gratis for modtageren.<sup>25</sup> I alle andre lande inkluderet i undersøgelsen er der en grad af brugerbetaling for hjemmepleje. Hjemmesygepleje derimod er gratis i både Danmark, Irland, Portugal, Spanien, Tyskland og England (Hutten & Kerkstra 1996, 11-12). Hutten & Kerkstra (1996) har en opgørelse over brugerbetalingens andel af de gennemsnitlige totale omkostninger. Den ligger mellem 10 og 20 procent i de fleste lande. I Luxembourg er andelen dog helt oppe på 30 % og i Italien 50 % (Hutten & Kerkstra 1996, 13). Tallene har givetvis ændret sig siden undersøgelsen blev lavet, men de illustrerer, at der er en pæn variation i omfanget af brugerbetaling. Fastsættelsen af omfanget af brugerbetaling afhænger ligeledes af forskellige faktorer. Den ældres indkomst er noget, som tages i betragtning i de fleste lande. I en del lande indgår også husholdningens sammensætning og nogle steder tillige familiemedlemmers midler. Herudover er det ikke uden betydning, hvilken lokal myndighed den ældre er tilknyttet. I England er der f.eks. ingen nationale retningslinier for, hvilke kriterier der skal indgå (Hutten & Kerkstra 1996, 13-14). I Sverige er der imidlertid lagt et loft over, hvor stor egenbetalingen må blive (Szebehely 2003, 57).

Den største del af udgiften er imidlertid skattefinansieret eller finansieret gennem forsikringsordninger. Kun i Grækenland er al hjemmepleje for egen regning eller finansieret af de nonprofitorganisationer, som også står for leveringen af dem, særligt Græsk Røde Kors eller den græsk-ortodokse kirke (Hutten & Kerkstra 1996, 9-11). Skattefinansieringen er typisk en blanding af lokale

---

<sup>23</sup> Figuren kaldes et Venn-diagram efter logikeren John Venn, der brugte diagrammet til at afgøre syllogismers logiske gyldighed (Gyldendals Encyklopædi). Her repræsenterer de tre cirkler stat, marked eller civilsamfund.

<sup>24</sup> I hvilken grad, en universel forsikringsordning skal ses som et udtryk for stat eller civilsamfund, kommer også an på, om midlerne er samlet ind via forsikringspræmier og subsidieret af staten. Her er det valgt at betragte universelle forsikringsordninger som en statslig finansiering.

<sup>25</sup> Det gælder dog kun varig ældrepleje. Ved midlertidig ældrepleje er der en vis brugerbetaling. I nogle danske kommuner er der endvidere mulighed for ekstra service via tilkøbsordninger, som ikke er gratis.

skatter og nationalt opkrævede skatter. Forsikringsordningerne kan være offentlige og gælde for alle, som det er tilfældet i Holland og til dels Tyskland, eller være delvist private som i Frankrig. I Frankrig er hjemmepleje til lavindkomstgrupper dækket af det offentlige, og hjemmeplejen til andre grupper af ældre er dækket delvist af de enkelte ældres private forsikringsordninger (Hutten & Kerkstra 1996, 9-11; Rostgaard & Fridberg 1998, 297-302, 465-469, 518-534).

I Danmark, Finland, Sverige og Norge er hjemmeplejen, ud over egenbetaling, skattefinansieret af dels kommunale skatter og dels nationale skatter. I Luxembourg er omkring 40-50 % finansieret af staten og ca. 20 % af kommunerne. Finansieringen af østrigsk hjemmepleje er baseret på skatter, men her fra henholdsvis provinsen og kommunerne. I Frankrig er hjemmeplejen for de ældre med de laveste indkomster subsidieret fra lokale myndigheder. De mere velhavende ældres udgifter til hjemmepleje refunderes delvist gennem deres forsikringsordninger hos private forsikringsselskaber. Den tyske hjemmepleje kan deles op i to kategorier. Den ene, som tildeles sammen med hjemmesygepleje, refunderes af den offentlige sundhedsforsikring, hvor andre typer i nogen grad dækkes af lokale myndigheder. I England er hjemmeplejen de lokale myndigheders ansvar, og ældreplejen er primært skattefinansieret. I Belgien, Irland, Italien og Portugal er dele af hjemmeplejen finansieret af staten gennem skatter. I Holland har ca. 90 % af omkostningerne til hjemmepleje siden 1989 været finansieret gennem et offentligt forsikringssystem, der er rettet mod at dække særlige sundhedsomkostninger benævnt AWBZ, hvor præmierne indsamles i forbindelse med indkomstskatten. Den spanske hjemmepleje er for 90 % vedkommende dækket af offentlig forsikring (Hutten & Kerkstra 1996, 9-11; Rostgaard & Fridberg 1998; Szebehely 2003) (se tabel 4).

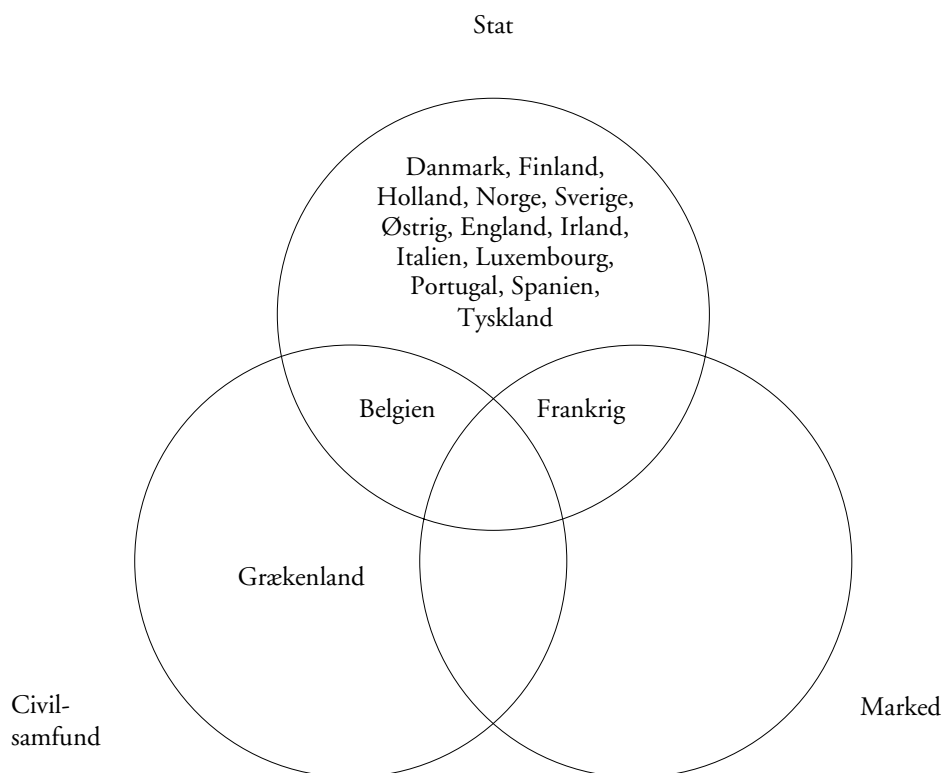
Endelig er der i mange lande nogle systemer til betaling for pleje, hvor udøverne er en af de ældres pårørende eller en del af den ældres sociale netværk. Der er noget, der tyder på, at denne type ordninger er ved at vinde frem (Bettio & Plantenga 2004, 97-98; Kröger 2001, 17-19; Rostgaard & Fridberg 1998, 72-73).

#### 4.4.2 Hjemmeplejens organisering

*Organiseringen* af hjemmeplejens produktion er vanskeligere at afgrænse empirisk end *finansieringen* og *leveringen*. Organiseringen består af en række beslutningsprocesser og administrative og styringsmæssige opgaver, som fører til, at *finansiering* transformeres til *leveret hjemmepleje* af et vist omfang og en vis kvalitet. En form for organisering af tildeling og kontrol foregår i alle lande. Men hvor minutøs denne er, og hvor adskilt fra leveringen den er, varierer ganske meget fra land til land. Vi har valgt at afgrænse organiseringen relativt snævert til det, man kunne kalde tildeling af hjemmepleje. Landeforskelle i sektorernes rolle ved hjemmeplejens organisering er illustreret i figur 3. Nedenfor redegøres der

nærmere om baggrunden, hvad angår organiseringsopgaven, for at placere hovedparten af landene i statsmodellen.

*Figur 3: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved organiseringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande*



Placeringen af landene i cirklerne henviser til, om en eller flere af de tre sektorer optræder i forhold til organiseringen af tildeling af hjemmepleje i landene. De lande, som er placeret inden for den cirkel, der er benævnt stat, har en offentlig enhed, der tildeler hjemmepleje. Et land placeret i markedscirklen ville betyde, at private virksomheder stod for tildelingen af hjemmepleje. De lande, som er placeret i civilsamfundscirklen, har nonprofitorganisationer, som spiller en rolle i tildelingen af hjemmepleje. En placering i et af felterne, hvor cirklerne overlapper hinanden, er udtryk for, at der er mere end en sektor involveret i tildelingen af hjemmepleje.

Afgørelsen om, hvem der er berettiget til hjemmepleje, er i de fleste lande den offentlige sektors ansvar. I 13 af de 16 lande ligger organiseringen i det offentlige og i Belgien og Frankrig delvist hos det offentlige. Kun Grækenland skiller sig markant ud, ved at hele organiseringen ligger i civilsamfundsregi (Hutten & Kerkstra 1996, 23, 150-165).

Hjemmeplejen er typisk et meget decentralt område i forhold til andre velfærdsområder (Hutten & Kerkstra 1996, 22-23; Jacobzone 1999, 13; Rostgaard & Fridberg 1998, 12; Szebehely 2003). Hjemmepleje ligger organisatorisk i langt de fleste lande inden for socialområdet til forskel fra

hjemmesygeplejerskernes arbejde, som ofte ligger inden for sundhedsområdet.<sup>26</sup> Dog ligger hjemmeplejen under sundhedssystemet i Holland og Irland og delvist i Tyskland (Hutten & Kerkstra 1996, 22-23). I Holland er hjemmeplejen administreret af en offentlig forsikringsordning AWBZ for exceptionelle helbredsudgifter (Rostgaard & Fridberg 1998, 308). I Irland hører den under de lokale Health Boards. (Hutten & Kerkstra 1996, 22-23).

Der er en generel tendens til, at tildelingen af hjemmepleje bliver mere formaliseret. En anden tendens er, at tildelingen bliver gjort mere organisatorisk distinkt. Det sker bl.a. ved introduktionen af vurderingsteams med henblik på at få en mere ensartet service. Der er ligeledes en udvikling mod en adskillelse af tildelingsfunktionen og leverandørfunktionen, der ser ud til at være parallel til indførelsen af BUM-modellen i Danmark (Jacobzone 1999, 13). Endvidere er der en del lande med en reel adskillelse, da leverandørerne i et ganske stort omfang er private virksomheder eller nonprofitorganisationer.

Den person, som udfører visitationen eller vurderingen, er normalt en sygeplejerske eller en socialrådgiver,<sup>27</sup> men det kan også være en leder eller administrator (Hutten & Kerkstra 1996, 22-27, 36-39). I Belgien og Frankrig er organiseringen delvis offentlig. I forhold til Belgien beskriver Hutten & Kerkstra, at kontrollen med tildelingen af hjemmepleje ligger i godkendelsen af leverandørorganisationer. Et af kriterierne for at blive godkendt som leverandør er, at leverandørorganisationen kan udføre visitation (Hutten & Kerkstra 1996, 62-81). Her spiller både staten og nonprofitorganisationer en rolle i tildelingen af hjemmepleje. I Frankrig er tildelingen af hjemmepleje for lavindkomstgrupper en offentlig opgave. De øvrige ældres hjemmepleje finansieres delvist af private forsikringsordninger, som i et vist omfang må spille en rolle for tildelingen af hjemmepleje (Hutten & Kerkstra 1996, 9-14; Rostgaard & Fridberg 1998, 445- 446, 462-462) (se tabel 4).

#### 4.4.3 Hjemmeplejens levering

Som det fremgår af figur 4 er opgavedelingen mellem sektorer betydeligt større ved leveringen af hjemmepleje end ved finansiering og organisering. Seks forskellige kombinationer af leverandører er i

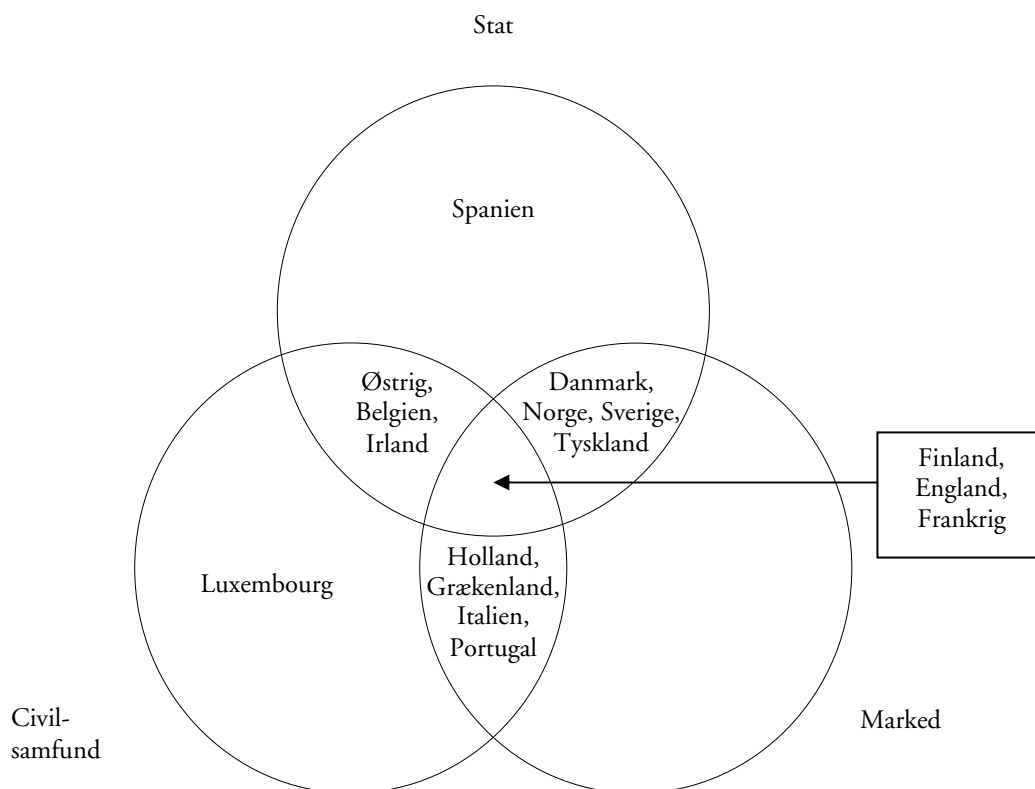
---

<sup>26</sup> Der er en generel tendens til, at man søger en organisatorisk integrering af hjemmesygepleje og hjemmepleje. Blandt andet ved at tildelingen af de to typer af ydelser udføres af den samme person eller gruppe af personer (Hutten & Kerkstra 1996, 6; Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard & Fridberg 1998, 49).

<sup>27</sup> Oversat fra det engelske udtryk "social worker". "Social worker" begrebet dækker funktioner, som i nogle lande er bredere end det, som svarer til en dansk socialrådgiver. Der vil her konsekvent blive brugt termen socialrådgiver, fordi de sammenhænge, hvor der omtales "social workers", er i forbindelse med visitations- og sagsbehandlingsfunktioner. I forhold til disse funktioner giver termen socialrådgiver bedre mening end andre alternativer f.eks. socialpædagog.

spil. I Luxembourg er der tilsyneladende kun nonprofitleverandører på banen. I Spanien er der kun offentlige leverandører. I de andre 14 lande er der en kombination af leverandører fra flere sektorer.

*Figur 4: Statens, markedets og civilsamfundets rolle ved leveringen af hjemmeplejen i 16 europæiske lande*



Placeringen af landene i cirklerne henviser til, om en eller flere af de tre sektorer optræder som leverandører i landene. De lande, som er placeret inden for den cirkel, der er benævnt stat, har alle en eller anden form for offentlige leverandører. De lande, som er placeret i markedscirklen, har private virksomheder, som leverandører. De lande, som er placeret i civilsamfundscirklen, har nonprofitorganisationer som leverandører. En placering i et af felterne, hvor cirklerne overlapper hinanden, er udtryk for, at der er mere end en sektor involveret.

Nedenfor gennemføres en analyse af leverandørbilledet i de 16 lande. Der tages udgangspunkt i Hutten & Kerkstra (1996), som er opdateret med andre kilder, hvor sådanne har været til rådighed.

Der er tre "skævheder" i analysen, som man bør være opmærksom på. For det første er informationerne nogle år gamle. Her er vores vurdering, at ændringsprocesserne går i retning af inddragelse af flere sektorer (Kröger 2001,20). For det andet mangler der kilder, som belyser, hvor stor en andel af hjemmeplejen de forskellige leverandørtyper leverer. Der er spredte informationer på dette,



men ikke opdaterede og sammenlignelige data for så mange lande. Analysen er derfor en bestræbelse på at give et billede af de leverandørtyper, som ser ud til at have en vis vægt i de enkelte lande. For det tredje skal man stadig huske, at den uformelle ældreomsorg, der leveres af familie og venner, ikke er inddraget i analysen. En del af ældreomsorgen foregår eksempelvis uden om egentlige leverandørorganisationer og består af enkeltpersoner, f.eks. pårørende til de ældre, som enten er ansat af kommunen til at tage sig af den ældre, som det er muligt i Sverige, eller ved at de ældre får nogle penge til rådighed, så de selv kan ansætte en person, som det personlige budget i Holland (Kröger 2001, 18-21; Rostgaard & Fridberg 1998; Rostgaard 2004). Denne model med kontanter frem for serviceudbud synes at blive mere fremtrædende i nogle europæiske lande og har i Danmark blandt andet været afprøvet i Horsens. Denne type ældreomsorg inddrages imidlertid ikke her.

I de fleste lande er der leverandører fra mere end en sektor. Det betyder imidlertid ikke nødvendigvis, at der er en *exit*-mulighed (Hirschman 1970) for den ældre. I de fleste lande er der kun en leverandør af hjemmepleje i hvert lokalområde, hvorfor der reelt ikke er ret meget valg, selv om der i mange lande er leverandører fra flere sektorer (Hutten & Kerkstra 1996, 25). Der er en tendens til, at man i de fleste lande tilstræber et større miks af leverandører. Særligt tilstræbes inddragelse af ikke-offentlige leverandører (Kröger 2001, 20; Rostgaard & Fridberg 1998, 70-73).

Leverandører fra det offentlige system er kommuner eller andre lokale myndigheder. Nogle steder, f.eks. i Finland, er der samarbejde på tværs af kommunerne med særlige dele af service (Opgavekommissionen 1998, 61-69). Fra det private område er der dels private virksomheder, og fra civilsamfundsområdet er der nonprofitorganisationer. Nonprofitorganisationer er f.eks. knyttet til den protestantiske eller katolske kirke og har professionelle ansatte.

I Danmark, Norge og Sverige er der både private virksomheder og kommuner som leverandører. Kommunerne er stadig langt de største leverandører her (Rostgaard & Fridberg 1998; Szebehely 2003). I Belgien og Irland er der et sammenspil mellem offentlige og nonprofitleverandører, og endelig er der i Holland, Grækenland, Italien, Portugal, Tyskland og Østrig et sammenspil mellem nonprofitorganisationer og private. I England, Finland og Frankrig er både de lokale myndigheder, private virksomheder og nonprofitorganisationer i spil. I ingen af de undersøgte lande ser det ud til, at der udelukkende er private virksomheder blandt leverandørerne (Hutten & Kerkstra 1996, 36-39; Rostgaard & Fridberg 1998; Szebehely 2003) (se tabel 4).

Ud fra analysen kan man ikke præcist afgøre, hvilket velfærdsregime et bestemt land kan kategoriseres som, men man kan afgøre, hvilket regime det ikke tilhører. Holland, Grækenland, Italien, Luxembourg og Portugal har ikke leverandører fra staten og kan dermed ikke placeres i statsmodellen. I Danmark, Norge, Sverige og Tyskland spiller civilsamfundet ikke nogen mærkbar rolle, og disse lande

ligger derfor længst fra civilsamfundsmodellen for levering af hjemmepleje. Endelig spiller markedet ikke en rolle i Spanien, Østrig, Belgien og Irland. I Finland, England og Frankrig spiller alle tre sektorer en rolle, og det er derfor ikke muligt, ud fra denne analyse, at pege på, hvilket velfærdsregime landene ligger længst fra eller tættest på.

#### **4.5 Generelle tendenser i ældreomsorgens omfang og organisering på samfundsniveau**

Dette afsnit har været opbygget som en tragt, hvor vi er startet med generelle analyser af behov og betalingsevne for ældreomsorg i hele verden og i OECD-landene (afsnit 4.1) og, via analyser af omfanget af ældreplejen (afsnit 4.2) og den uformelle ældreomsorg (afsnit 4.3), er nået frem til analyser af hjemmeplejens finansiering, organisering og levering i 16 europæiske lande (afsnit 4.4). Afsnittet har dels bygget på et review af den komparative litteratur og dels på statistiske indikatorer fra blandt andet OECD og Verdensbanken.

En række forskellige tendenser er afdækket i de deskriptive analyser ovenfor, hvoraf vi vil fremhæve tre som særligt relevante.

For det første har der siden 1970'erne været en global tendens til, at de ældre udgør en stigende andel af befolkningen i verden. Denne tendens vil fortsætte og vil frem til 2050 være særligt fremtrædende i de relativt velstående OECD-lande (indikeret ved BNP per indbygger). Behovet for ældreomsorg i Danmark (indikeret ved andel +65-årige) ligger, sammenlignet med andre OECD-lande, midt i feltet. Sverige har eksempelvis en større andel af +65-årige end Danmark, mens Holland har en mindre andel. Danmarks betalingsevne (indikeret ved BNP per indbygger) ligger også ganske pænt. De danske problemstillinger knyttet til ældreplejens omfang og organisering, som analyseres i Hansen og Vedung (2005) i kapitel 2 og kapitel 5, er således ikke enestående i international målestok, og i betragtning af Danmarks relative velstand er de mindre end i mange andre lande.

For det andet udskiller der sig en tydelig nordisk model for produktionen af ældrepleje i analyserne i afsnit 4.2-4.4. Blandt OECD-landene er de nordiske lande topscorere, hvad angår offentlige udgifter til service rettet mod ældre og handicappede (tabel 2, indikator 1). De nordiske lande er blandt de OECD-lande, hvor kvindernes andel af arbejdsmarkedet er størst (tabel 3, indikator 2), hvilket indikerer en relativt mindre familiekapacitet til uformel ældreomsorg. I de nordiske lande er det endvidere, sammen med Holland, staten, der har det juridiske ansvar for ældreomsorgen, mens det i mange andre lande er familien. Der er naturligvis også forskelle mellem de nordiske lande, og en væsentlig forskel er, at Danmark er det land, der satser relativt mest på hjemmepleje sammenholdt med plejehjem. Som det eneste nordiske land bruger Danmark mere på hjemmepleje end på plejehjem (tabel 2, indikator 2-3), og der er en betydeligt større andel af de +65-årige, der modtager en form for hjemmepleje end i de

andre nordiske lande (tabel 2, indikator 5). Østrig er det eneste OECD-land med en større andel +65-årige modtagere af hjemmepleje end Danmark.

For det tredje varierer arbejdsdelingen mellem stat, marked og civilsamfund om produktionen af hjemmepleje betydeligt mellem lande og mellem funktionsområder i de 16 europæiske lande, der er undersøgt. Hvad angår *finansiering* skiller Danmark sig ud som det eneste land med (næsten) 100 % statslig finansiering, mens Grækenland skiller sig ud som det eneste land, hvor staten ikke er involveret. I de fleste undersøgte lande finansierer staten mellem 80 og 90 % af hjemmeplejen, mens de resterende 10-20 % finansieres via brugerbetaling. Altså en kombination af stat og marked. Hvad angår *organisering*, er det her, man ser den mindste variation, hvilket blandt andet hænger sammen med, at organisering afgrænses snævert til en myndighedsopgave. Staten alene varetager tildelingen af og kontrollen med hjemmeplejen i 13 af de 16 undersøgte lande.

Ser man bort fra Grækenland spiller staten således en stor rolle med hensyn til såvel finansiering som organisering i de 16 undersøgte lande. Hvad angår *levering*, er billedet imidlertid anderledes broget. Her ser man den største variation i de tre sektors involvering. Seks af de syv mulige kombinationer forekommer i de 16 europæiske lande. Kun den rendyrkede markedsmodel, hvor al hjemmepleje leveres af private markedsleverandører, forekommer ikke i nogen af de 16 lande. Men ellers er variationen stor. I et land som Holland, der ellers på mange måder ligner Skandinavien, spiller kirkelige og humanitære nonprofitorganisationer en stor rolle, mens staten (kommunerne) ikke er involveret. I England er alle tre typer leverandører på spil. Man skal imidlertid være opmærksom på, at de forskellige typer leverandører i mange tilfælde ikke er udtryk for en bedre *exit*-mulighed (Hirschman 1970) for brugerne. Ofte er der kun en leverandør i lokalområdet – hvad enten det nu er en nonprofitorganisation, en kommunal leverandør eller en privat virksomhed.

## 5. Organiseringen af ældreplejen i Danmark, England, Finland, Holland, Norge og Sverige

Vi har i afsnit 4 bevæget os fra analyser af ældreomsorgens organisering på et overordnet samfundsmæssigt niveau til analyser af den funktionelle arbejdsdeling om produktionen af ældrepleje mellem sektorer i samfundet. Vi vil i de følgende afsnit gå nærmere ind i en sammenligning af ældreplejens organisering og levering på et mere konkret organisatorisk niveau. Ved denne bevægelse fra det generelle til det specifikke fortsættes indsnævringen af tragten, idet vi i afsnit 5 går ind i en nærmere analyse af ældreplejens organisering i seks af de 16 europæiske lande, vi har behandlet ovenfor, mens vi i afsnit 6 yderligere indsnævrer analysen til en sammenligning af tre af landene på specifikke dimensioner.

Afgrænsningen til seks lande er sket med udgangspunkt i analyserne i afsnit 4. Vi har valgt at sammenligne ældreplejens organisering i Danmark med dens organisering i Norge, Sverige og Finland samt med Holland og England. Udvælgelsen er sket ud fra en kombination af “mest ens” og “mest forskellig” overvejelser (se tabel 5). Helt overordnet har vi valgt nordeuropæiske lande ud fra en “mest ens” betragtning, fordi både denne og mange andre komparative undersøgelser tyder på klare forskelle mellem Nord- og Sydeuropa, hvad angår finansiering, organisering og levering af ældrepleje. Hvis vi ønskede at vælge det europæiske land, der er mest forskelligt fra Danmark med hensyn til ældreomsorg, skulle vi uden tvivl have valgt Grækenland. Men Fælles sprog er ikke et system, der egner sig til uformel ældreomsorg. Det er et system, der egner sig til formelle organisationer med personale, der er uddannet til og arbejder professionelt med ældrepleje. De nordiske lande ligner hinanden meget her. De har alle en kraftig statslig involvering, men de er også i gang med forskellige forsøg på at introducere andre leverandører i ældreplejen generelt, men især i hjemmeplejen. Man arbejder med at introducere *exit*-muligheder, men det er forskelligt, hvordan og hvor langt man er kommet. Holland og England er medtaget ud fra en “mest forskellig” inden for “mest ens” betragtning. Holland har en del leverandører, som er nonprofitorganisationer. England har en del private markedsleverandører. De to lande kan derfor, hvad angår leverandører af ældrepleje, repræsentere nogle relativt realistiske eksempler på, i hvilken retning de nordiske lande kan udvikle sig.

*Tabel 5: 13 indikatorer vedrørende aspekter ved ældreomsorg, ældrepleje og hjemmepleje i seks nordeuropæiske lande*

Indikator	Danmark	Storbritannien/ England*	Finland	Holland	Norge	Sverige
Andel +65-årige. % af befolkningen 2003	14,9	16,0	15,3	13,9	14,8	17,5
Afhængighedsratio +65-årige og 0-15-årige 2003	49	52	50	47	53	55
BNP per capita 2003 (faste priser US\$ 1995)	39.724	23.460	32.827	30.994	39.969	34.081
Offentlige serviceudgifter til ældre og handicappede. % af BNP	2,95	0,81	1,54	1,30	3,36	3,17
Offentlige udgifter til plejehjem. % af BNP	1,14	n.a.	0,51	0,70	1,64	2,29
Offentlige udgifter til hjemmepleje. % af BNP	1,45	n.a.	0,41	n.a.	1,03	0,98
Andel af de +65-årige, der bor på plejehjem. % af populationen	7	5,1	6,45	8,8	6,6	8,7
Andel af de +65-årige, der modtager hjemmepleje i procent	20,3	5,5	14	12	17	11,2
Juridisk ansvar for afhængige voksne	Staten	Uklart	Staten	Staten	Staten	Staten
Kvindes andel af den totale arbejdsstyrke i procent 2003	46,5	44,4	48,2	41,1	46,6	48,1
Finansiering af hjemmepleje	Stat	Stat/ marked	Stat/ marked	Stat/ marked	Stat/ marked	Stat/ marked
Organisering af hjemmepleje	Stat	Stat	Stat	Stat	Stat	Stat
Levering af hjemmepleje	Stat/ marked	Stat/marked/ civilsamfund	Stat/marked/ civilsamfund	Marked/ civilsamfund	Stat/ marked	Stat/ marked

Note: Tabellen sammenholder indikatorer for de seks lande fra tabel 1-4 samt figur 2-4 i afsnit 4. Vedrørende kilder og datagrundlag henvises hertil.

\* Kvantitative data dækker hele Storbritannien. Kvalitative data dækker kun England.

De seks landes karakteristika på de 13 sammenligningsdimensioner, der er anvendt i afsnit 4, er sammenfattet i tabel 5.

## 5.1 Ligheder og forskelle i formelle organisationsstrukturer omkring ældreplejens organisering i de seks lande

Et af problemerne i ældreplejens organisering er at få etableret et velfungerende samarbejde mellem den behandling og genoptræning, der foregår på sygehusene, og den ældrepleje og vedligeholdelsestræning, der foregår der, hvor de ældre bor. I den forbindelse kan det være ganske vigtigt, hvorledes den formelle struktur understøtter koordineringen af dette samarbejde. Klassiske teorier om den formelle strukturs betydning (Fayol 1999/1916; Robey 1982; Child 1984) såvel som teorier om relationen mellem formel struktur og implementeringen af offentlige politikker (Mayntz 1979; Winter 1994) tyder i hvert fald på en sådan sammenhæng.

I tabel 6 sammenlignes ældreplejens og sygehusenes placering i de seks landes formelle organisationsstrukturer.

*Tabel 6: Formel struktur omkring ældrepleje og sygehuse på nationalt og decentralt niveau*

	Danmark	England	Finland	Holland	Norge	Sverige
Ministerier med ansvar for ældreplejen	Socialministeriet (1)	Sundhedsministeriet (1)	Social- og Sundhedsministeriet (1)	Ministeriet for Sundhed, Velfærd og Sport (2)	Sundheds- og Omsorgsministeriet (3)	Socialministeriet (4)
Ministerier med ansvar for sygehusene	Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1)	Sundhedsministeriet (1)	Social- og Sundhedsministeriet (1)	Ministeriet for Sundhed, Velfærd og Sport (2)	Sundheds- og Omsorgsministeriet (3)	Socialministeriet (4)
Decentrale enheder med ansvar for ældreplejen	Kommuner (5)	Lokale myndigheder (2)	Kommuner (8)	Regionale AWBZ-enheder (forsikring) (1)	Kommuner (9)	Kommuner (10)
Decentrale enheder med ansvar for sygehusene	Amter (5)	Decentrale enheder for national sundheds-service (6)	Kommunale samarbejder (7)	n.a.	Staten (fem regioner, der ejes af staten) (8)	Amter (10)

Tabellen viser, hvilke ministerier der har ansvaret for henholdsvis ældreplejen og sygehusene, foruden hvilke decentrale enheder der har ansvaret for henholdsvis ældrepleje og sygehuse. Med ældreplejen er der i tabellen primært tænkt på hjemmehjælpen. I forhold til hvert af felterne i tabellen er angivet med et nr., der refererer til den eller de kilder, som informationen bygger på.

Kilder: (1) Leichsenring & Alaszewski 2004, (2) Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard & Fridberg 1998, (3) Helse- og Omsorgsdepartementet 2005, (4) Regeringskansliet 2005b, (5) Leichsenring & Alaszewski 2004; Opgavekommissionen 1998, (6) Rostgaard & Fridberg 1998, (7) Leichsenring & Alaszewski 2004; Opgavekommissionen 1998; Rostgaard & Fridberg 1998, (8) Strukturkommissionen 2004, (9) Opgavekommissionen 1998; Szebehely 2003, (10) Opgavekommissionen 1998.

I Danmark er der et tostrengt system, hvor den kommunale ældrepleje er adskilt fra de amtslige sygehuse på såvel nationalt som lokalt niveau. På ministerieniveau er ældreplejen placeret i Socialministeriet, mens sygehusene er placeret i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. På lokalt niveau er

ældreplejen placeret i primærkommunerne, mens sygehuse er placeret i amterne. Det er denne danske struktur, der sammenlignes med de øvrige fem lande i tabel 6.

På nationalt niveau er det tydeligvis Danmark, der skiller sig ud. I de øvrige fem lande er opgaven med styring og koordinering af sygehuse og ældrepleje placeret i samme ministerium.

På lokalt niveau er der større variation i de formelle organisationsstrukturer. Sverige har en opdeling i amter og kommuner, der svarer til den danske.

Indtil 2002 havde Norge en tilsvarende opdeling som Sverige og Danmark, men det norske sygehuvæsen er blevet reorganiseret og er nu overgået til at være en statslig opgave. De fem regioner, som sygehuvæsenet er delt op i, ledes af en direktør, der er ansat af en bestyrelse udpeget af staten.

Den formelle struktur for sygehuvæsenet i Norge ligner således den engelske, hvor sygehuse er tilknyttet otte regionale administrative enheder, der refererer til NHS (National Health Service), og hvortil der ikke er knyttet et folkevalgt decentralt organ. Parallelt med NHS eksisterer der et privat sundhuvæsen, som i 1990'erne ekspanderede pga. utilfredshed med NHS.

Ældreplejen i Norge og England er derimod en kommunal opgave, som er underlagt et lokalt folkevalgt organ.

I Holland er de fleste sygehuse private og drives oftest uden profithensyn som en slags selvejende institutioner. Hele social- og sundhedsområdet er i det hele taget baseret på forsikringsordninger, hvor service leveres af private virksomheder eller nonprofitorganisationer og selvejende institutioner. Der er også her en administrativ adskillelse af sygehuse fra ældreplejen, som drives af AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten). I Holland er der ikke decentrale folkevalgte organer involveret i beslutninger om tildeling af ældrepleje.

I Finland er såvel ældrepleje som sygehuse en kommunal opgave på det lokale niveau. Sygehuse drives af kommunerne i 20 mellemkommunale samarbejder. Som det eneste af de seks lande er ældrepleje og sygehuse således samlet i den samme formelle organisatoriske enhed på lokalt niveau.

Vi har i ovenstående gennemgang lagt hovedvægten på, om den formelle organisationsstruktur samler ældreplejens forskellige aspekter i den samme administrative enhed på nationalt og decentralt plan, eller om den adskiller ældreplejens funktioner i et sundhuvæsen og et socialvæsen. På nationalt plan skiller Danmark sig ud som det eneste land, hvor social- og sundhuvæsenet er adskilt i to ministerier. På lokalt plan skiller Finland sig ud som det eneste land, hvor social- og sundhedsopgaver administreres inden for samme organisatoriske enhed. Danmark er således det eneste land med en gennemført adskillelse af social- og sundhedsopgaver på såvel centralt som decentralt niveau. Analysen af den formelle struktur tyder således på, at denne, i Danmark, er mindre velegnet til at håndtere koordinationsproblemer mellem sygehuse og kommunal ældrepleje end i de øvrige lande.

## 5.2 Ligheder og forskelle ved visitationsprocessens organisering i de seks lande<sup>28</sup>

Fælles sprog er primært udviklet som et redskab til visitationsprocessen. I dette afsnit sammenlignes visitationsprocessens organisering i de seks lande. Udgangspunktet for sammenligningen er det danske system. Sammenligningen sker med udgangspunkt i fem spørgsmål, der belyses på fem dimensioner i tabel 7:

1. Er der sket en adskillelse af visitationsopgaven (bestiller) og hjemmeplejeopgaven (udfører)?
2. Hvilke kriterier anvendes ved tildeling af hjemmepleje?
3. Hvilke kriterier anvendes ved fastsættelsen af omfanget af brugerbetaling?
4. Hvad kendetegner visitationsprocessens form?
5. Hvem foretager visitationen?

*Ad 1) Er der sket en adskillelse af bestiller- og udføreropgaven?* Ældreplejen er generelt og visitationsprocessen specifikt blevet reorganiseret i Danmark i de senere år. Tidligere var tildeling af hjemmepleje i Danmark noget, skiftende hjemmesygeplejersker i de enkelte hjemmeplejedistrikter tog sig af. Visitationsopgaven blev varetaget ved siden af de øvrige forpligtelser. I de senere år er visitationsopgaven blevet udskilt som en særlig funktion. Siden lov om indførelse af frit leverandørvalg, der trådte i kraft fra 1. januar 2003, skal kommunerne opdele deres organisation inden for ældreplejen i en myndigheds- og en udførerorganisation. Hermed indføres en udgave af den såkaldte Bestiller-Udfører-Model (BUM) ved lov i kommunerne. Som en konsekvens af lovgivningen har de fleste kommuner endvidere oprettet en central visitationsenhed, som alle kommunens visitatorer er tilknyttet, og de skal endvidere sikre mindst en privat leverandør af praktisk bistand og pleje.

---

<sup>28</sup> Informationerne om visitationsprocessens organisering er hentet i forskellige tekster, hvoraf nogle er fra slutningen af 1990'erne og således bygger på data tilbage fra midten af 1990'erne. Særligt organiseringen i Norge, og til dels også Holland, har det været svært at få pålidelig information om. For Norges vedkommende skyldes det, at mange sammenligninger omhandler EU-lande og derfor ikke medtager Norge. For Hollands vedkommende sproglige barrierer.



Tabel 7: Karakteristika ved tildeling af hjemmepleje i 6 lande

	Danmark	England	Finland	Holland	Norge	Sverige
1. Adskillelse af bestiller og udfører?	Adskillelse mellem bestiller og leverandør et lovkrav (1)	Adskillelse af leverandør og bestiller det normale (2)	Ikke tegn på en adskillelse af bestiller og leverandør (3)*	Bestiller-enhed reelt adskilt fra leverandør-enheder (4)*	Adskillelse af bestiller og leverandør ved at vinde indpas (5)*	Adskillelse af bestiller og leverandør er temmelig udbredt (6) *
2. Kriterier for tildeling af hjemmehjælp	Behov og i nogen grad samlevers formåen (1)	Behov, uformel omsorg og i nogen grad indkomst (7)*	Behov, uformel omsorg og i nogen grad indkomst (8)	Behov og i nogen grad samlevers formåen (9)	n.a.	Behov og i nogen grad samlevers formåen (8)
3. Kriterier for omfang af brugerbetaling	Ingen brugerbetaling (1)	Indkomst eller fast beløb for alle (8)	Husholdningens størrelse. Kvantitet og kvalitet af hjemme-hjælpen (8)	Indkomst og husholdningens sammensætning (8)	n.a.	Indkomst og kvantitet af hjemme-hjælpen (8)
4. Kendetegn ved visitationsprocessen	Krav på visitation, hjemmebesøg hos den ældre, skriftlig dokumentation (1)	Krav på visitation, kan indebære hjemmebesøg, skriftlig dokumentation (10)	I nogle tilfælde hjemmebesøg, skriftlig dokumentation (11)*	n.a.	Hjemmebesøg, skriftlig dokumentation (12)*	Hjemmebesøg, skriftlig dokumentation (6)*
5. Hvilken faggruppe foretager visitationen? **	Sygeplejerske (1)	Socialrådgiver (13)*	Hjemme-hjælpsleder (13)*	n.a.	Sygeplejerske eller hjemme-hjælper (5)*	n.a.

Note: Tabellen er sammensat af data fra mange forskellige kilder, hvoraf nogle er casestudier, der ikke er lavet med komparativ analyse for øje. Sprogbrugen er præget af generelle termer, der giver mening på tværs af lande. Da området er under forandring og enkelte data op til 10 år gamle, må tabellen tolkes med varsomhed.

\*Informationerne fra en eller flere af kilderne stammer fra et casestudie fra en enkelt decentral enhed. Nogle kilder indeholder både generel information om de enkelte lande og casestudier. Det drejer sig om Blackman 2000; Rostgaard et al. 1998; Szebehely 2003.

\*\*Det er muligt, at flere professioner end de nævnte gør sig gældende, det skønnes dog her, at det er den profession, som primært står for funktionen, som nævnes eller nævnes først, hvis der er flere.

Kilder: (1) Forfatternes baggrundsviden, (2) Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard & Fridberg 1998; Weiner et al. 2002, (3) Rostgaard et al. 1998; Rostgaard & Fridberg 1998, (4) Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard et al. 1998; Rostgaard & Fridberg 1998, (5) Szebehely 2003, (6) Rostgaard et al. 1998; Szebehely 2003, (7) Blackman 2000; Rostgaard et al. 1998; Rostgaard & Fridberg 1998, (8) Rostgaard & Fridberg 1998, (9) Leichsenring & Alaszewski 2004, (10) Blackman 2000; Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard et al. 1998, (11) Leichsenring & Alaszewski 2004; Rostgaard et al. 1998; Szebehely 2003, (12) Blackman 2000; Szebehely 2003, (13) Rostgaard et al. 1998.

I England har der været fokus på tildelingen af social service siden starten af 1990'erne. En adskillelse af bestiller og udfører foreslås i 1988 (Rostgaard & Fridberg 1998, 361). En egentlig implementering blev der lovgivet om i 1990 med "NHS and Community Care Act" (Leichsenring & Alaszewski 2004, 466). Ideen med fokus på visitationen er særligt på at koordinere hjælpen bedre ved at etablere en egentlig

visitationsfunktion<sup>29</sup> (Rostgaard & Fridberg 1998, 404). Denne funktion varetages typisk af en socialrådgiver<sup>30</sup> frem for en sygeplejerske (Rostgaard & Fridberg 1998, 408). Også i England er visitationen typisk organiseret i teams. Man har dog her tradition for at have visitationsteams, som er specialiseret i at visitere til bestemte opgaver eller visitere til bestemte grupper af brugere (Weiner et al. 2002).

I Norge og Sverige har en adskillelse af bestiller og udfører også haft nogen gennemslagskraft. Nogle svenske kommuner eksperimenterede med sådanne organisationsformer, før man så dem i Danmark. I et casestudie af et hjemmehjælpsdistrikt i Oslo nævnes det, at her var - adskillelsen af bestiller og udfører - BUM-modellen lige foregået (Szebehely 2003, 68). I Sverige har BUM-modellen haft nogen udbredelse. I et casestudie i et hjemmehjælpsdistrikt i Stockholm nævnes det, at her havde man brugt BUM-modellen i 10 år (Szebehely 2003, 68-69). Rostgaard & Fridberg peger på, at denne adskillelse er gældende i de fleste kommuner (Rostgaard & Fridberg 1998, 180, 199). I et casestudie fra Malmö kommune beskrives hjemmehjælpen ligeledes som delt op i en bestiller- og en udførelsenhed. Bestillerenheden står for tildeling af hjælp samt kontrol med leverandørerne. Den person, som står for vurderingen, er her en leder inden for hjemmehjælpsorganisationen (Rostgaard et al. 1998, 108). Det er almindeligt, at der er en særlig person, som tager sig af tildeling og planlægning af hjælpen (Rostgaard & Fridberg 1998, 203).

I Finland er der ikke så meget, der tyder på, at en adskillelse af bestiller og leverandører er det almindelige. I de fleste kommuner er det en ledende hjemmehjælper, som står for visitationen. I fællesskab med brugerne bestemmes det, hvor mange timers hjemmepleje den ældre skal modtage og i hvor lang tid (Rostgaard & Fridberg 1998, 265). I et casestudie i Tampere kommune beskrives tildelingen af hjemmepleje som noget, der varetages af et team af læger, sygeplejersker, hjemmehjælpere og ledere. I et samarbejde mellem hjemmehjælpslederen, en hjemmehjælper, den ældre selv og dennes pårørende udarbejdes der en individuel omsorgsplan. De individuelle omsorgsplaner er lovpligtige (Rostgaard et al. 1998, 125-126). Det skal dog understreges, at dataene er nogle år gamle. Da der er tale om et område under hurtig udvikling, kan en bestiller-udfører-opdeling have slået igennem.

I Holland er der et reelt skel mellem, hvor finansieringen kommer fra og leverandørerne af hjemmepleje. Dvs. at tildeling af hjemmepleje altid vil betyde, at nogle penge forlader et system og fordeles til et andet. Det er ikke som i det danske system, hvor midlerne for den største dels vedkommende bliver i systemet, om end der er lavet et organisatorisk skel mellem den finansierende

---

<sup>29</sup> Typisk omtales en visitorator som care manager. Care manager-funktionen har i forhold til den danske visitoratorfunktion mere præg af, at der er tale om en person, som er tilknyttet den enkelte ældre, og som har ansvaret for at koordinerer al den ældrepleje, der tildeles i forhold til denne ældre.

<sup>30</sup> Social worker.

myndighed og den leverende. På den måde vil der være en form for bestiller-udfører-opdeling. Denne reelle opdeling behøver imidlertid ikke at betyde, at der foregår en detaljeret vurdering af behov fra den offentlige myndigheds side, inden pengene overgår til leverandørorganisationen. Rostgaard et al. (1998) beskriver tildelingen af ældreplejen som noget, der har ændret sig fra, at det var de ældre selv, der henvendte sig til leverandørorganisationerne, til at der siden 1998 er blevet oprettet regionale kontorer, hvor de ældres behov skal vurderes (Rostgaard et al. 1998, 163-164). Hvis en ældre har behov for hjemmepleje, skal vedkommende henvende sig til det regionale visitationsråd (RIO), som vurderer, om den ældre er berettiget til hjemmepleje, og hvad der i så fald skal leveres. RIO foretager visitation til plejehjem, dagophold i institutioner, flere former for hjemmepleje, tilpassede transportfaciliteter, tilpasning af hjemmet, madudbringning og alarmer (Leichsenring & Alaszewski 2004, 422). RIO relaterer sig til det administrative kontor for AWBZ, som i sidste ende afgør, om den ældre skal have tildelt hjemmepleje.

Konklusionen på ovenstående gennemgang er, at Finland er det eneste land, hvor der ikke er tegn på en opdeling i en bestiller-udfører-model. I Norge og Sverige er modellen udbredt i et vist omfang, men er ikke lovpligtig. I Danmark har enkelte kommuner anvendt den i en årrække, og den er blevet lovpligtig siden 2003. I England og Holland har en sådan opdeling været reel i en årrække.

*Ad 2-3) Hvilke kriterier anvendes ved fastsættelse af brugerbetaling<sup>31</sup> og tildeling af hjemmepleje?* I Danmark er det primært den ældres behov for hjælp, således som dette vurderes af visitatoren i funktionsvurderingen.<sup>32</sup> Der tages endvidere hensyn til, hvilken hjælp andre personer i husholdningen kan bidrage med. Familien, ud over personer der lever i samme husholdning, indgår ikke i kriterierne for visitationsafgørelsen. Fordi den varige hjemmepleje i Danmark er gratis, spiller den ældres indkomst og formue ingen rolle og ej heller de pårørendes indkomst og formue. Bortset fra Danmark forekommer der i de øvrige fem lande en grad af brugerbetaling.

Sverige ser ud til at ligne Danmark meget, hvad angår indholdet af, hvad der indgår i bedømmelsen af, om den ældre er berettiget til hjemmepleje. Dog taler man om, at kravene de senere år er strammet væsentligt (Rostgaard & Fridberg 1998, 203). Hjemmepleje tildeles på en universel basis, hvor det afgørende er behov, og ikke hvad familien f.eks. kan levere (Rostgaard & Fridberg 1998, 199). Samleverens mulighed for at hjælpe bliver dog taget i betragtning i vurderingen, ligesom den nære familie kan spille en vis rolle (Rostgaard & Fridberg 1998, 177, 206). Brugerbetaling i Sverige afhænger

---

<sup>31</sup> De største udgifter betales af det offentlige i alle landene. Brugerbetalingen dækker 10-20 % af omkostningerne.

<sup>32</sup> Ved tolkningen af dette afsnit bedes læseren være opmærksom på, at omfang og kvalitet af den pleje, man får tildelt, når man lever op til kriterierne, kan variere ganske meget fra land til land, men også inden for det samme land. Det varierer endvidere, hvilke behov der udløser en plejehjemsplads, hvilket har betydning for kompleksiteten i hjemmeplejens opgaver.

af antal timer, man modtager hjælp, og skattepligtig indkomst. De fleste kommuner har en brugerbetaling, der stiger med højere indkomst (Rostgaard & Fridberg 1998, 205-206).

I Finland er det, som normalt tages med i betragtning, funktionsniveau, boligsituation, og hvilken hjælp familien kan give. Det inkluderes ikke kun, om den ældre modtager noget hjælp fra familien, men også om vedkommende kunne modtage noget. Brugerbetaling i den finske hjemmepleje afgøres ud fra husholdningens størrelse og indkomst samt kvantiteten og kvaliteten af service (Rostgaard & Fridberg 1998, 267-268). I hvilken grad, den ældres indkomst spiller ind, er ikke helt klart ud fra de foreliggende informationer. Rostgaard & Fridberg peger på, at indkomst og formue ikke normalt indgår i vurderingen (Rostgaard & Fridberg 1998, 261, 265). I et casestudie fra Tampere kommune beskrives tildelingen af hjemmepleje imidlertid primært som et tilbud til ældre, som ikke kan dække behov for hjælp via egen indkomst eller hjælp fra netværket. De velhavende ældre opfordres til at købe privat hjælp, hvor de mindre velstillede anbefales at vende sig mod deres personlige netværk (Rostgaard et al. 1998, 125-126).

I England er vurderingen ligeledes behovsbaseret. Her indgår den ældres helbred og deres muligheder for at tage sig af sig selv og husholdningen (Rostgaard & Fridberg 1998, 408-409). Den ældres indkomst kan også have betydning for tildeling af hjælp. Velhavende ældre kan blive nægtet service (Rostgaard & Fridberg 1998, 409). Muligheden for uformel omsorg fra familie og venner synes at spille en større rolle i visitationen i England end i Danmark. I et casestudie fra Southampton beskrives muligheden for uformel omsorg som væsentlig for omfanget af den hjemmepleje, der tildeles (Rostgaard et al. 1998, 205). Blackman (2000) beskriver generelt tildelingen af hjemmepleje i England som værende mere afhængig af den uformelle hjælp, end tilfældet er i Danmark og Norge (Blackman 2000, 184). Brugerbetaling i England kan være enten et fast beløb eller afhænge af indkomst (Rostgaard & Fridberg 1998, 411). I forhold til brugerbetaling er det muligt, at den ældre kan få et tilskud til at dække nogle af de udgifter, der kan være forbundet med at have behov for hjælp (Rostgaard & Fridberg 1998, 421-425).

I Holland er tildelingen af hjælp baseret på universel adgang. Der tildeles efter behov, men ikke indkomst (Rostgaard & Fridberg 1998, 298). Visitationen udføres af en repræsentant fra det regionale vurderingsråd (RIO). Når RIO-repræsentanten laver vurderingen, skal vedkommende i udgangspunktet undlade at fokusere på, hvilken uformel hjælp den ældre får fra andre. Andre i samme husholdning, hvis de er i familie med en ældre, forventes dog at hjælpe til, og kriterierne for inddragelse af uformel omsorg minder således om dem i den danske visitationsproces (Leichsenring & Alaszewski 2004, 432). Vurderingen er baseret på 7 funktioner: husholdningsassistance, personlig pleje, sygepleje, støttende vejledning, aktivering/vejledning, behandling og bolig (Leichsenring & Alaszewski 2004, 430). I

Holland afhænger brugerbetaling af husholdningens indkomst og sammensætning, samt hvor mange timers service der leveres. Der er et nationalt loft over betaling per time, og hvor meget brugerbetalingen må løbe op i på en uge (Rostgaard & Fridberg 1998, 301, 336).

Ingen af de anvendte kilder giver en sammenhængende fremstilling af visiteringskriterierne, og hvad brugerbetalingen i Norge er afhængig af.

*Ad 4-5) Hvem foretager visitationen, og hvad kendetegner processens form?* I Danmark foretages visitationen af sagsbehandlere (kaldet visitatorer), der primært har en sygeplejefaglig baggrund. Disse er siden 2003 organiseret i centrale kommunale visitationsenheder i de fleste kommuner. Visitationsprocessen kan analytisk deles op i tre faser: forberedelse, gennemførelse og efterbearbejdelse. Ved gennemførelsen mødes visitator, hvis det er en førstegangsvsitation, med den ældre samt eventuelle pårørende i den ældres eget hjem. Visitationen er således en sag mellem en visitator og den enkelte ældre. Ved udskrivning fra et sygehus vil visitationens gennemførelse dog ofte foregå ved en konference på sygehuset eller ved telefonisk og skriftlig kommunikation mellem sygehus og visitator. Visitationens gennemførelse har til formål at give visitator den fornødne indsigt i den ældres behov. Efterfølgende er der et registrerings- og dokumentationsarbejde, som munder ud i en afgørelse. Afgørelsen har stor betydning for arbejdstilrettelæggelsen i leverandørenhederne.

Et tilsvarende billede af visitationsprocessen har det ikke været muligt at dokumentere for Holland og Norge. For Norges vedkommende er der dog analyser fra to komparative casestudier. Blackman beskriver således tildelingen af hjemmepleje i Danmark, England og Norge som steder, hvor hjemmehjælpen tildeles i én proces frem for flere forskellige processer. Der er her en skriftlig afgørelse, som er offentligt tilgængelig (2000, 185). Mia Vabø beskriver, i et casestudie fra hovedstæderne i Danmark, Finland, Norge og Sverige, tildelingen af hjemmepleje som noget, der foregår ved et formelt hjemmebesøg hos den ældre og en opfølgning bagefter (Szebehely 2003, 63-87). Det nævnes også, at der blev brugt skriftlige afgørelser i casestudierne fra Oslo, Helsingfors, København og Stockholm (Szebehely 2003, 69).

I England bliver en vurdering om behov for hjælp foretaget, hvis den ældre eller vedkommendes plejer beder om det. Vurderinger foretages af de lokale myndigheder af en socialrådgiver,<sup>33</sup> der arbejder som visitator, der vurderer behov og tildeler en plejepakke. I et casestudie fra Southampton beskrives processen i forbindelse med tildeling af hjemmepleje som, at den ældre retter henvendelse til en visitator, som vurderer den ældres behov og siden har ansvaret for at tildele hjemmepleje (Rostgaard et al. 1998, 205). Det er ikke klart, om en tildeling af hjemmepleje altid indebærer et hjemmebesøg. Hvis

---

<sup>33</sup> Social worker.

hjemmehjælpen initieres i forbindelse med en udskrivning fra hospitalet, vil der ved en udskrivningskonference typisk mødes repræsentanter fra forskellige professionelle grupper samt pårørende og den ældre selv (Leichsenring & Alaszewski 2004, 459-460).

I Finland foretages en vurderingen af behov for hjælp af en ledende hjemmehjælper, som har dette som sin opgave. I Rostgaard et al. (1998) beskrives tildelingen af hjemmepleje som, hvis det er noget ret simpelt, der rettes henvendelse omkring, kan der aftales noget mellem den ældre og hjemmehjælpslederen over telefonen. Er det en mere kompleks problemstilling og et længerevarende behov, kommer hjemmehjælpslederen på besøg i den ældres hjem (Rostgaard et al. 1998, 125-127). I forbindelse med tildelingen af hjemmepleje laves en pleje- og serviceplan, der specificerer, hvad den formelle hjemmepleje har for opgaver, og hvilke opgaver den uformelle plejer har (Rostgaard & Fridberg 1998, 265). Leichsenring & Alaszewski (2004) beskriver proceduren i forbindelse med, at en ældre bliver udskrevet fra hospitalet. Her bliver patientens papirer overført til en hjemmesygepleje- eller hjemmehjælpsenhed. Der træffes beslutning om plejen sammen med den ældre og dennes pårørende. Her ud fra bliver der lavet en plejeplan. Den individuelle pleje- og serviceplan indeholder en vurdering af den ældres situation, planens særlige mål, implementering af planen og evaluering af planen. Også arbejdsdeling mellem forskellige leverandører af omsorg indgår, både den formelle hjemmepleje og den uformelle ældreomsorg. Ansvaret for planen ligger hos den person, som har særligt ansvar for denne ældre (Leichsenring & Alaszewski 2004, 195-196).

Der er ikke en generel beskrivelse af visitationsprocessen i Sverige til rådighed. Rostgaard et al. (1998) har imidlertid en beskrivelse af visitationsproceduren i Malmö kommune, som vil danne grundlag for denne beskrivelse. Her beskrives processen som, at når der er rettet henvendelse, får den ældre besøg af en lokal hjemmehjælpsleder fra den lokale bestillerenhed og en arbejdsleder fra en leverandørenhed. Der udarbejdes en omsorgsplan, som inkluderer bl.a. den ældres fysiske tilstand, sociale forhold, og om den ældre føler sig usikker og ensom. Den samlede vurdering munder ud i, at den ældre bliver placeret på et af 6 omsorgsniveauer (Rostgaard et al. 1998, 108).

### **5.3 Ligheder og forskelle i ældreplejens organisering i de seks lande – en sammenfatning**

Ved den formelle organisationsstruktur på nationalt plan skiller Danmark sig ud som det eneste af de seks lande, hvor social- og sundhedsvæsenet er adskilt i to ministerier. På lokalt plan skiller Finland sig ud som det eneste land, hvor social- og sundhedsopgaver administreres inden for samme organisatoriske enhed. Danmark er således det eneste af de seks lande med en gennemført adskillelse af social- og sundhedsopgaver på såvel centralt som decentralt niveau, mens Finland omvendt er det eneste land, hvor social- og sundhedsopgaver administreres inden for samme organisatoriske enhed på såvel

nationalt som lokalt niveau. På decentralt niveau har Danmark og Sverige strukturer, der ligner hinanden. Norge har fra 2002 indført et statsstyret sygehusvæsen, der minder om Storbritanniens. I Storbritannien har man imidlertid et omfattende privat sygehusvæsen ved siden af det offentlige, hvilket ikke er tilfældet i Norge. I Holland er leverandører inden for såvel sygehusvæsen som ældrepleje for hovedpartens vedkommende kendetegnet ved at være en form for nonprofitorganisationer eller selvejende institutioner.

Der er, i fem af de seks lande, en form for adskillelse i en bestiller eller myndighedsenhed og en udfører- eller leverandørenhed inden for ældreplejen. I Holland er dette en følge af en klar økonomisk adskillelse af de to funktioner. I de nordiske lande er denne adskillelse indført ved lov i Danmark fra 2003. Der er dog næppe endnu tale om klar økonomisk adskillelse af de to funktioner i Danmark, selvom der arbejdes i den retning. Bestiller-Udfører-Modeller har en vis udbredelse i Sverige og Norge, men det er op til den enkelte kommune, om man ønsker at anvende en sådan model. I Finland har denne undersøgelse ikke afdækket tegn på en klar organisatorisk adskillelse af bestiller- og udføreropgaven.

I alle seks lande dækker den offentlige sektor hovedparten af udgifterne til hjemmepleje, men Danmark er det eneste af de seks lande, som ikke har en form for brugerbetaling af den varige hjælp. I de øvrige lande dækker brugerbetalingen 10-20 % af udgifterne til hjemmeplejen. De nærmere kriterier for, hvem der skal betale hvor meget, varierer en del.

I alle seks lande indgår en vurdering af den ældre brugers funktionsevne og samleverens mulighed for at kompensere herfor i kriterierne for tildelingen af hjemmepleje. I Finland og England kan andre pårørende endvidere indgå i vurderingen, mens dette ikke er tilfældet i Danmark, Sverige og Holland.

I Danmark, Norge og Sverige er visitationen kendetegnet ved, at der gennemføres hjemmebesøg og ved skriftlig dokumentation af visitationsafgørelsen. Det er også tilfældet i England og Finland, hvor hjemmebesøg dog tilsyneladende udelades oftere. I Norge har vi ikke kunnet afdække en dokumentation af praksis. I Danmark og England har man krav på en visitation, hvilket sandsynligvis også er tilfældet i de øvrige lande.

Endelig er der forskel på den uddannelsesmæssige baggrund, som visitatorerne har. I Danmark er de fleste visitatorer uddannet som sygeplejersker. I England har de fleste en slags socialrådgiver (social worker) uddannelse. I Finland er visitatorerne ofte ledere inden for hjemmeplejen.

## 6. Kategorisystemer i ældreplejen i Danmark, England og Norge

Vi har i denne tekst gradvist indsnævret fokus fra hele verden til alle OECD-lande, til 16 europæiske OECD-lande, til seks nordeuropæiske OECD-lande. Vi har endvidere gradvist indsnævret fokus fra ældreomsorg generelt til ældrepleje og hjemmepleje.

I dette afsnit indsnævres fokus yderligere til en sammenligning af kategorisystemer, der anvendes til visitation inden for ældreplejen i de seks lande. Kriteriet for inddragelse har været, at der for det første skulle være en form for styring af kategorisystemerne på landsplan, og at det for det andet skulle være kategorisystemer til visitation inden for ældreplejen. På grundlag af en litteraturgennemgang er sammenligningen afgrænset til anvendelsen af kategorisystemer inden for ældreplejen i Norge, England og Danmark. I disse tre lande foregår der en form for landsdækkende styring af kategorisystemerne, som er ganske forskellig, men som ikke desto mindre er landsdækkende.

Dette synes ikke at være tilfældet i Sverige og Finland. I Sverige har man haft et projekt i gang siden 2001 (Samspråk) (Socialstyrelsen 2004; Socialstyrelsen 2001). Dette projekt er imidlertid først afsluttet med udgangen af 2004, og man er således endnu ikke gået i gang med at etablere et landsdækkende system. Samspråk er således som katalog stadig under udvikling, hvorfor det ikke inddrages i denne sammenligning.

I Finland foregår der, så vidt vi har kunnet afdække, ikke nogen form for landsdækkende styring af kategorisystemer til visitation inden for ældreplejen, selvom det internationale system RAI er i brug på nogle plejehjem (Social- og Helsedepartementet 2000, 94).

I Holland anvendes et nationalt kategorisystem til dokumentation af behov og leveret service og omkostninger inden for ældreplejen (Rostgaard & Fridberg 1998, 298; Social- og Helsedepartementet 2000, 95-96). En nærmere beskrivelse af dette system på andet end hollandsk har imidlertid ikke kunnet fremskaffes, hvorfor en analyse er blevet fravalgt af ressourcemæssige årsager.

Fælles sprog vil derfor i det følgende blive sammenlignet med det norske kategoriseringssystem IPLOS (Individbaseret PLeie og OmsorgsSystem) og det engelske system.

Det norske IPLOS er udviklet i statsligt regi af Sosial- og helsedirektoratet. Det er vedtaget, at IPLOS skal være obligatorisk for samtlige norske kommuner. Kataloget er nu på plads, og systemet er ved at blive implementeret.

I England er der tale om et todelt system af, dels nogle overordnede statslige retningslinier, og dels en række lokale systemer. De overordnede statslige retningslinier indeholder nogle krav til en minimumsregistrering om den enkelte bruger i et "Current Summary Record" (CRS), som de lokale myndigheder skal leve op til. Dertil kommer, at der foretages en akkreditering af nogle lokale systemer,



der lever op til at kunne bruges i registreringen af CRS samt opfylder nogle andre kriterier. Den anden del af det engelske system består af en række lokale systemer. Sammenligningen vil primært forholde sig til de overordnede retningslinier fra statslig side.

### 6.1 Overordnede kendetegn ved kategorisystemerne i Danmark, England og Norge

I dette afsnit sammenlignes ligheder og forskelle imellem systemerne i de tre lande på en række overordnede dimensioner. Eftersom kriteriet for inddragelse af systemerne i analysen har været, at der skulle være en form for styring af kategorisystemerne på landsplan, og at det skulle være kategorisystemer til visitation inden for ældreplejen, udgør disse dimensioner nogle grundlæggende ligheder i systemerne.

Når man analyserer ligheder og forskelle mellem forskellige landes systemer, er der naturligvis utallige dimensioner, man kan tage udgangspunkt i. Vi har i denne analyse især bidt mærke i nogle forskelle, der forekommer væsentlige for en evaluering af kategoriseringssystemet Fælles sprog i Danmark. Udgangspunktet har været at spørge, hvilke forskelle der rejser nogle perspektiver og peger på nogle mulige udviklingsretninger for det danske system. I sammenligningen er der særligt fire forhold, som vi vil fremhæve som væsentlige for perspektivering og generering af ideer til fremtidige udviklingsmuligheder for det danske system. De fire forhold kan sammenfattes i fire spørgsmål:

1. Hvilken rolle spiller staten i udviklingen og organiseringen af kategorisystemerne?
2. Hvilke ydelser kategoriseres, og med hvilken detaljeringsgrad, i de tre landes kategorisystemer?
3. Hvilke forskelle og ligheder er der i funktionsvurderingen i de tre lande?
4. I hvor høj grad inkluderer funktionsvurderingen viden fra forskellige professioner inden for social- og sundhedsvæsenet?

*Ad 1)* For det første spiller staten en langt mere aktiv rolle for kategorisystemernes udvikling og vedligeholdelse i Norge og England end i Danmark, om end den gør det på forskellig vis.

I Norge er det Social- og Helsedirektoratet, der sammen med Norges statistik har stået for udviklingen af IPLOS (Individbaseret PLeie- og OmsorgsSystem), den norske pendant til Fælles sprog. Her er der lagt stor vægt på produktion af valid national statistik til planlægning og kontrol. Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at IPLOS er obligatorisk for alle kommuner, og at data indtastet af visitatorer i kommunerne indgår direkte til Norges statistik. Der lægges således langt større vægt på, at systemet skal bidrage til at generere data til ledelsesinformation på såvel nationalt som lokalt niveau, end tilfældet, som vi skal se i kapitel 6, har været i Danmark.

I England har staten også spillet en mere aktiv rolle, om end på en noget anden måde. Hovedintensionen med det engelske system er anderledes end i Norge og Danmark. Mens det i Norge og Danmark primært handler om at forbedre dokumentationen og styringen af den kommunale ældrepleje,<sup>34</sup> så er hovedintensionerne i det engelske system at skabe én indgang for brugerne til hele social- og sundhedssystemet (en såkaldt “Single Assessment Process”). Man har således langt større ambitioner med hensyn til, hvilke ydelser visitationsenhederne skal visitere til. Det, som vi vil fremhæve i denne forbindelse, er imidlertid statens rolle i forbindelse med udviklingen af kategorisystemer. Staten udvikler ikke kategorisystemer a la Fælles sprog, den akkrediterer lokalt udviklede kategorisystemer. Det vil sige, at den fastsætter nogle kriterier for, hvad der skal kendetegne sådanne systemer, for at de kan godkendes. Hvor statens rolle i Norge har været at udvikle og implementere et nationalt system, så har statens rolle i England været at akkreditere samt naturligvis at udvikle kriterier for denne akkreditering. Selve udviklingen af systemerne er foregået i et samspil mellem lokale myndigheder, private firmaer og i nogle tilfælde universitetsforskere. Der er den principielle fordel ved denne organiseringsform, at fordele og ulemper ved forskellige akkrediterede kategorisystemer kan blive afprøvet i praksis. Man får så at sige nogle *exit*-muligheder (Hirschman 1970), som man ikke har med et enkelt system. Et generelt problem vedrørende kategorisystemer til visitation synes således at være, at der ikke er enighed blandt professionelle og eksperter om, hvilke systemer der fungerer bedst. I en sådan situation er der en vis risiko ved at investere alle ressourcer i et system, således som man har gjort i Norge og til dels også i Danmark. Man har ikke de *exit*-muligheder, som flere konkurrerende systemer giver.<sup>35</sup>

*Ad 2)* For det andet er der et bredere fokus på, hvilke ydelser der inkluderes i kategorisystemerne i Norge og særligt i England, som vi har set ovenfor. Dette medfører, at den detaljerede beskrivelse af, hvilke ydelser der leveres i hjemmeplejen, er vanskelig at praktisere, da systemet i så fald bliver for komplekst. I Norge og England indebærer visitationen således en mindre detaljeret beslutning om, hvad der skal leveres. Til gengæld inkluderes en bredere vifte af serviceydelser i visitationsprocessen. I Danmark er Fælles sprog primært udviklet med henblik på visitation til hjemmeplejen.

I Norge er intensionen med IPLOS (Individbaseret Pleie- og OmsorgSystem) ikke kun at visitere til hjemmehjælp, men til en bredere vifte af kommunal service over for alle voksne borgere både i eget

---

<sup>34</sup> Dette er en kraftig forenkling. Se kapitel 5 for en analyse af intensionerne med Fælles sprog i Danmark.

<sup>35</sup> I Sundhedsstyrelsens introduktion af ICF-systemet (Sundhedsstyrelsen 2003, se kapitel 4) opfordrer man til at afprøve forskellige måder at operationalisere systemet og lægger sig ikke fast på bestemte anbefalinger. Dette skyldes en generel usikkerhed om, hvorledes sådanne funktionsbeskrivelser bedst operationaliseres. ICF står for “International Classification of Functioning, Disability and Health” og anbefales af WHO - se <http://www3.who.int/icf/>

hjem og på kommunale institutioner.<sup>36</sup> Samtidig med det bredere fokus med inkluderingen af ydelser, der ikke beskrives i Fælles sprog, er ydelsedelen mindre detaljeret med færre kategorier. Af de 23 variable på ydelsessiden i IPLOS bruges halvdelen til registreringer af ydelser, der ikke i Danmark henregnes til hjemmehjælp<sup>37</sup> (Social- og Helsedirektoratet 2003c; Social- og Helsedirektoratet 2003d). I det norske IPLOS har man derfor en langt mindre detaljeret beskrivelse af de enkelte ydelser, og dermed en mindre detaljeret styring af leverandørerne via visitationsafgørelsen.

Dette gælder i endnu højere grad i England. I det nationale "Current Summary Record" er der 30 forskellige mulige registreringer, hvor det kan registreres, at støtte/service bliver leveret, at støtte/service er ikke afgjort, støtte/service ikke bliver leveret, eller at det ikke vides, om støtte/service leveres. Her registreres der ikke detaljer om hjemmehjælp. Registreringen omfatter en bredere vifte af service, end den gør i Fælles sprog og IPLOS. Det registreres, om der leveres hjælp fra uformelle plejere, alle former for hjemmehjælp, hjemmesygepleje, hjælpemidler, fysioterapi, service fra en talepædagog, ergoterapi, diætist, tandlæge, psykoterapi, rådgivning, forskellige former for dagsophold, transport og pleje på plejehjem eller hospital. Det er tydeligt, at det er målet at registrere alle former for personlig service, en ældre person kan modtage i det engelske velfærdssystem.

Der synes i nogen grad at være tale om et trade-off her mellem på den ene side en visitationsproces, som fastlægger detaljer for, hvad der skal leveres på nogle få områder, som hjemmeplejen i Danmark, og på den anden side en visitationsproces, som fastlægger de fleste kommunale ydelser, som i Norge, eller i princippet alle offentlige velfærdsydelser, som i England, men som derfor også må være mindre detaljeret i fastlæggelsen af leverandørernes opgaver. Eftersom udviklingen i Danmark i øjeblikket går imod at inkludere flere offentlige ydelser i de kommunale visitationsenheder, vil man sandsynligvis skulle overveje en mindre detaljeret opgavebeskrivelse på de enkelte delområder.

*Ad 3)* For det tredje har man i Norge og England nogle mere detaljerede funktionsvurderingskategorier end i det danske Fælles sprog.

I IPLOS i Norge er der 52 variable til såvel funktionsevne som ydelser, og oplysningerne om funktionsevne angives på 17 variable, hvor det i Fælles sprog i Danmark angives på 8 variable. Her er der, som i Fælles sprog, mulighed for at angive forskellige niveauer af funktionsevne i forhold til hver variabel. I IPLOS er der imidlertid 5 niveauer frem for de nuværende 4 i Fælles sprog I.<sup>38</sup> Niveau 1 er

---

<sup>36</sup> Dog er læger, børneværn, skolesundhedstjeneste og økonomisk vejledning/bistand ikke medtaget (Social- og Helsedirektoratet 2003c; Social- og Helsedirektoratet 2003d).

<sup>37</sup> Til sammenligning har Fælles sprog på ydelsessiden 14 overkategorier, 48 underkategorier på første niveau og 148 kategorier på andet niveau. I 1998 anbefalede man at bruge de 48 kategorier som fælles standard. Disse kategorier handler hovedsageligt om hjemmehjælp.

<sup>38</sup> I det nye Fælles sprog II er der dog ligeledes 5 niveauer (Kommunernes Landsforening 2004).

forklaret som, at borgeren ikke har problemer med pågældende funktion, niveau 2 som, at borgeren har nogen problemer og på sigt kan få behov for hjælp, niveau 3 er den borger, der har middel problemer, niveau 4 betegner den borger, som har store problemer, og endelig niveau 5 betegner den borger, som ikke klarer funktionen. Niveau 1 og 2 er eksplicit beskrevet som de borgere, der ikke har behov for service. Niveau 3, 4 og 5 beskriver den situation, hvor der i forhold til en variabel er behov for personbistand. Hvor der i Fælles sprog er en tydelig bestræbelse på ikke at etablere en systematisk sammenhæng mellem funktionsniveauer og tildeling af hjælp, tyder det på, at der er en sådan sammenhæng indlagt i IPLOS (Social- og Helsedirektoratet 2003c; Social- og Helsedirektoratet 2003d).

I det nationale "Current Summary Record" i England sker der en indsamling af oplysninger om behov, der minder en del om funktionsvurderingen i Fælles sprog. Denne del af Current Summary Record er delt op på 6 hovedområder (personlig pleje og fysisk velvære, sanser, mentalt helbred, relationer til andre, sikkerhed og umiddelbare omgivelser og ressourcer). Disse 6 områder har tilsammen 88 kategorier, hvor borgerens behov kan registreres. Disse områder bliver ikke, som i Fælles sprog og IPLOS, registreret med forskellige niveauer.<sup>39</sup> Det, som kommer tættest på en vurdering af behov i niveauer, er opsamlingen på de ældres behov i evalueringen af behov og risiko. Her kan der registreres, om der er en kritisk risiko, en substantiel risiko, en moderat risiko eller en lav risiko (NHS Information Authority 2004b).

*Ad 4)* For det fjerde, og direkte relateret til det foregående punkt, vil vi fremhæve, at man generelt har et bredere sigte med funktionsvurderingen i Norge, og særligt i England, end tilfældet er i Danmark. I såvel Norge som England forsøger man at inkludere kliniske diagnoser og andre oplysninger om borgerens helbred i en brugerdatabase, og det, der svarer til Fælles sprogs funktionsvurdering, har således et bredere sigte, end tilfældet er med funktionsvurderingen i Danmark. Generelt er funktionsvurderingerne i Norge og England i højere grad tænkt tværfagligt med inddragelse af oplysninger fra sygehusvæsenet. Det er hensigten, at oplysninger fra forskellige professionsgrupper i social- og sundhedsvæsenet skal registreres ved hjælp af funktionsvurderingen. Der er således klare panderter til udviklingen af elektroniske patientjournaler i det danske sygehusvæsen, men generelt er Danmark her handicappet af den manglende koordinering på centralt plan mellem sundhedsvæsen og socialpolitik. Det er meget tydeligt, at England er længst i sammentænkningen af de to væsener. Hvor

---

<sup>39</sup> I forbindelse med Current Summary Record er der lavet et Assessment Process Dataset, som giver en skabelon til registreringen af de ovenstående informationer. Her er der taget udgangspunkt i No. 7 fra 28.01.2004, som er den seneste version, som er tilgængelig på Internettet.

godt det fungerer i praksis, kan vi naturligvis ikke vurdere på grundlag af vore studier af hjemmesidetekster.

I Norge registreres der således elementer, som ikke umiddelbart findes i Fælles sprog. Det drejer sig om en registrering af, hvornår brugeren sidst er blevet vurderet af læge og tandlæge, hvis det er sket inden for de sidste 12 måneder. Desuden er der plads til at registrere koder for eventuelle medicinske diagnoser (Social- og Helsedirektoratet 2003c; Social- og Helsedirektoratet 2003d).

I England er "Current Summary Record" tænkt som et sæt data om hver bruger, som opsummerer de vigtigste informationer om vedkommende.<sup>40</sup> Ideen er, at informationerne i "Current Summary Record" løbende bliver opdateret af de professionelle, som er i kontakt med brugeren. Kerneinformationerne indsamles imidlertid i forbindelse med en "Overview Assessment" (Department of Health 2004g; Department of Health 2004h; Department of Health 2004i; Department of Health 2004j).

Vi har i ovenstående gennemgang af de fire spørgsmål sammenlignet systemerne i Danmark, Sverige og Norge på en række forskellige dimensioner. Ligheder og forskelle på disse sammenligningsdimensioner er søgt sammenfattet i punktform i tabel 8.

---

<sup>40</sup> Tidligere blev "Current Summary Record" benævnt: "Current Assessment Summary".

*Tabel 8: Sammenligning af kategorisystemerne i Danmark, England og Norge*

Dimensioner	Danmark (Fælles sprog)*	England nationalt (Current Summary Record)** samt lokale systemer	Norge (IPLOS)***
1. Hvilken rolle spiller staten i udviklingen og organiseringen af kategorisystemerne?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staten (Socialministeriet) har finansieret mens</li> <li>• Kommunernes Landsforening har stået for udviklingen og spredningen af systemet, samt for rådgivning om systemets anvendelse</li> <li>• Fælles sprog er frivilligt for den enkelte kommune, men der er få alternativer, hvis man ønsker at indføre it</li> <li>• Høj prioritering af dokumentation og sammenhæng mellem visitation og hjemmepleje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staten (NHS) har udviklet det overordnede system CSR og akkrediterer lokalt udviklede systemer</li> <li>• Lokale myndigheder, private firmaer og universitetsforskere har udviklet forskellige systemer, hvoraf nogle er akkrediteret af staten (NHS)</li> <li>• Lokale myndigheder har flere akkrediterede systemer at vælge imellem (exit-mulighed)</li> <li>• Høj prioritering af én indgang til social- og sundhedsvæsenet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staten (Social- og Helsedirektoratet) har udviklet og implementeret IPLOS</li> <li>• Systemet er obligatorisk for kommunerne</li> <li>• 30 kommuner har været inddraget i udviklingen af systemet</li> <li>• Høj prioritering af generering af valide nationale data til ledelsesinformation nationalt og kommunalt</li> </ul>
2. Hvilke ydelser registreres, og med hvilken detaljeringsgrad, i kategorisystemerne?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primært hjemmepleje, i begrænset omfang træning, hjemmesygepleje og anden ældrepleje</li> <li>• 48 kategorier med primær fokus på hjemmepleje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I princippet alle offentlige velfærdsydelser til ældre mennesker</li> <li>• 30 kategorier med bred vifte af velfærdsydelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle former for kommunal ældrepleje</li> <li>• 23 kategorier til alle former for kommunal ældrepleje</li> </ul>
3. Hvilke forskelle og ligheder er der i funktionsvurderingen i de tre lande?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindst detaljeringsgrad</li> <li>• 8 funktionskategorier, hvor funktionsevne vurderes på fire niveauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Størst detaljeringsgrad</li> <li>• 88 kategorier, hvor borgerens behov kan registreres. Ingen niveauvurdering, men en risikovurdering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Middel detaljeringsgrad</li> <li>• 17 funktionskategorier, hvor funktionsevne vurderes på fem niveauer</li> </ul>
4. I hvor høj grad inkluderer funktionsvurderingen viden fra forskellige professioner inden for social- og sundhedsvæsenet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kun oplysninger fra visitationsprocessen indgår</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Basisoplysninger fremskaffes ved en "Overview Assessment"</li> <li>• Vurderinger fra andre professioner i social- og sundhedsvæsenet, herunder klinisk baggrund indgår i behovsbeskrivelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplysninger fra visitationsproces suppleres med oplysninger om klinisk baggrund (diagnoser) og andre vurderinger</li> </ul>

Kilder: \*Lützhøft 1998; Poulsen 2002. \*\*Department of Health 2004g; Department of Health 2004h. \*\*\*Social- og Helsedirektoratet 2003c; Social- og Helsedirektoratet 2003d.

Det understreges, at dataene for England og Norges vedkommende primært er baseret på de hensigter, der beskrives i dokumenter, vi har kunnet fremskaffe. For Danmarks vedkommende har vi et anderledes detaljeret kendskab til praksis.

## 7. Perspektivering af de sammenlignende analyser

I denne rapport har analyserne, efter en introduktion, et teoriafsnit og et metodeafsnit, været organiseret som en tragt, hvor vi gradvist har bevæget os fra nogle globale tendenser vedrørende behov og betalingsevne for ældreomsorg via en række forskellige mellemstationer til en sammenligning af ældreplejens kategorisystemer i Danmark, England og Norge.

Vi har undervejs i analyserne været inde på mange, efter vor opfattelse, spændende og interessante kontraster mellem de forskellige måder at organisere og tilvejebringe samfundets ældreomsorg på. Vi vil her i en afsluttende perspektivering særligt fremhæve tre forhold, som særligt vigtige:

1. Ældreomsorgens organisering og levering som en udfordring for den danske velfærdsstat
2. Arbejdsdelingen mellem uformel og formel ældreomsorg (ældrepleje)
3. Prioriteringen mellem forskellige formål med kategorisystemerne i ældreplejen

*Ad 1)* Vi har i indledningen til dette kapitel redegjort for, hvorledes den voksende andel af ældre i befolkningen er en problemstilling, der er på dagsordenen i mange lande. Ud fra en demografisk betragtning så vi i afsnit 4.1, at der synes at være tale om et globalt fænomen, som dog er mest fremtrædende i OECD-landene i de kommende årtier. Vi så, at Danmark, ud fra en sammenligning af demografi og betalingsevne, ikke er blandt de lande, hvor problemet er størst. Vi så imidlertid også, i afsnit 4.2 og 4.3, at der eksisterer en særlig nordisk model, hvor staten har det juridiske ansvar for de ældre, og hvor en relativt stor del af udgifterne til ældrepleje finansieres via skattebetaling. De nordiske lande er således klart topscorere blandt OECD-landene, hvad angår den andel af BNP, der går til offentlige udgifter til service rettet mod ældre og handicappede (se tabel 2, indikator 1).

I forbindelse med den danske velfærdskommissions arbejde foregår der i disse år en debat om, hvor vidt den stigende andel af ældre i befolkningen udgør et problem for fremtidens velfærdsstat og om dette problems omfang. En del af denne debat har fokuseret på finansieringen af fremtidens pensioner. Jørgen Goul Andersen og Bent Greve argumenterer eksempelvis for, at den omlægning, der er sket af finansieringen af pensionsordningerne i Danmark over de seneste 20 år, medfører, at der ikke er noget nævneværdigt problem – at størsteparten af fremtidens pensionister vil være nettobidragssydere til finansieringen af fremtidens velfærdsstat (Goul Andersen & Greve 2004; Goul Andersen 2004).<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Jørgen Goul Andersen & Bent Greve, Kronik i Jyllands-Posten, 30. juni 2004, "Afmontering af pensionsbomben". Jørgen Goul Andersen, Politiken, 27. maj 2004, "Ældrebyrden er et overkommeligt problem". Jørn Henrik Petersen & Jesper Jespersen (2004). "Velfærdsstat og fordeling mellem generationer", pp. 183-199, i Jørn Henrik Petersen & Klaus Petersen (red.): *13 Udfordringer til den danske velfærdsstat*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

I bogen “13 udfordringer til den danske velfærdsstat” drøfter Jørn Henrik Petersen & Jesper Jespersen ligeledes problemstillingen (Petersen & Jespersen 2004, 183-199) om end ud fra en lidt anden vinkel. De er enige om, at Danmark, ud fra en realistisk vurdering af fremtidige scenarier for økonomisk vækst, næppe vil have problemer med at finansiere fremtidens udgifter til ældreomsorg. Problemstillingen er primært knyttet til fordelings- og skattepolitik. Her er de uenige. Hvis man, som Jørn Henrik Petersen, ser det som et problem med det høje danske skattetryk, vil ældreomsorgen i fremtiden skulle finansieres på en anden måde. Jesper Jespersen lægger vægt på, at alle befolkningsgrupper også i fremtiden vil opleve en velstandsfremgang og ser ikke det høje skattetryk som noget stort problem.

Resultaterne fra dette kapitels analyser kan bidrage til at perspektivere denne debat. For det første er meget af debatten fokuseret på finansieringsspørgsmålet. Her tyder denne undersøgelse på, at selvom finansieringen af pensioner ikke vil være noget stort problem, sådan som Jørgen Goul Andersen & Bent Greve argumenterer for, så udgør finansieringen af social- og sundhedsudgifter til ældre en voksende andel af samfundets samlede udgifter. Hvis man accepterer præmissen om, at det nuværende skattetryk er et problem, så udgør fremtidens finansiering af disse udgifter en udfordring.

For det andet rejser undersøgelsens perspektiv et mere omfattende spørgsmål om, hvordan arbejdsdelingen mellem samfundets sektorer skal være, hvad angår såvel ældreomsorgens finansiering, som dens organisering og levering.

*Ad 2)* Et vigtigt resultat fra dette kapitels litteraturgennemgang har været den gentagne fremhævelse af den uformelle ældreomsorgs betydning. Den ældreomsorg, som ydes af ægtefæller og samlever, børn, familie og socialt netværk, vurderes af komparative ældreforskere at udgøre den væsentligste andel af ældreomsorgen i de fleste samfund – måske med undtagelse af Danmark. I denne undersøgelse, hvor vi fokuserer på ældreplejen, og her særligt på hjemmeplejen, er det et vigtigt forhold at være opmærksom på. I forhold til fremtidens organisering af ældreplejen i Danmark er det vigtigt at holde sig for øje, om der er et fornuftigt samspil mellem den uformelle ældreomsorg og den professionelle ældrepleje. Dette har også betydning for visitationsprocessen, hvor der er stor forskel på, i hvor høj grad ressourcer fra de ældres netværk inddrages i kriterierne for, hvilken afgørelse om hjemmepleje der træffes i de forskellige lande. I Danmark og en del andre lande er traditionen, at det kun er samleverens ressourcer, der i et vist omfang inddrages i en vurdering af, hvilke ydelser der er behov for.

*Ad 3)* For det tredje, og måske vigtigst i relation til en evaluering af Fælles sprog, er kontrasteringen af det danske Fælles sprog med kategorisystemerne i Norge og England. Fælles sprog er, i langt højere grad



end kategorisystemerne i de øvrige lande, præget af et ønske om en bedre dokumentation og styring af hjemmeplejen. Det hænger sandsynligvis sammen med hjemmeplejens, i et komparativt perspektiv, usædvanligt fremtrædende rolle i den samlede ældrepleje. Denne undersøgelse peger på, at den høje prioritering af hjemmeplejen, som også kategoriseringssystemet Fælles sprog er præget af, er relativt unik for Danmark (se afsnit 4.2).

Generelt går bestræbelserne i mange lande på at fremme en bedre sammenhæng i indsatsen over for de ældre imellem de forskellige enheder i social- og sundhedsvæsenet. Særligt i England forsøger man at organisere visitationsprocessen som en proces, der er rettet mod samtlige ydelser inden for social- og sundhedsvæsenet. I Norge forsøger man at organisere en visitationsproces, der er rettet mod hele den kommunale ældrepleje. Her er Danmark måske præget af den formelle arbejdsdeling mellem på den ene side sundhedsministerium, sundhedsstyrelse, amtsrådsforening og amter og på den anden side socialministerium, servicestyrelse, kommunernes landsforening og kommuner (se afsnit 5.1). Vanskeligheden ved at fremme en bedre sammenhæng skærpes naturligvis af forskellige faglige traditioner i henholdsvis sundhedsvæsenet og socialvæsenet, men det gælder i alle lande.

Hvor om alting er, så er det meget tydeligt, når man sammenligner kategorisystemerne i Danmark, Norge og England, at de er præget af forskellige prioriteringer (se afsnit 6.1). I Danmark har man tænkt snævert kommunalpolitisk. Den primære prioritering har været at skabe et visiteringsværktøj til hjemmepleje, der kunne fremme dokumentation af og sammenhæng mellem kommunalpolitiske beslutninger, individuel visitation og faktisk leveret hjemmepleje.

I Norge har man i højere grad tænkt systemet som et nationalt styringssystem af den samlede kommunale ældrepleje, hvori hjemmeplejen naturligvis indgår. Man har lagt mere vægt på produktion af valid national statistik på ældreområdet, og man har lagt vægt på at alle, eller i hvert fald de fleste, kommunale ældreplejeopgaver skulle visiteres igennem den samme proces. Derimod synes systemet mindre velegnet til en detaljeret styring af leveringen af hjemmepleje.

I England har man ikke lagt den vægt på national statistikproduktion, som man har gjort i Norge. Her har den primære prioritering været at skabe en sammenhængende vurderingsproces, og systemet er således det af de tre systemer, der mest konsekvent forsøger at skabe en sammenhæng mellem de forskellige indsatser over for de ældre i social- og sundhedsvæsenet.

Sammenligningen af systemerne tyder imidlertid på, at der er et trade-off mellem de forskellige prioriteringer for, hvad angår kategorierne til beskrivelse af ydelserne. Det er vanskeligt at lave et ydelseskatalog, der både kan bruges til den daglige arbejdsplanlægning i hjemmeplejen og samtidig kan beskrive alle de forskellige serviceydelser i ældreplejen eller for den sags skyld på hele social- og sundhedsområdet.

For hvad angår funktionsvurderingen er det norske og engelske kategoriseringssystem betydeligt mere detaljeret og, særligt for det engelske systems vedkommende, beregnet til registrering af oplysninger fra forskellige professioner inden for social- og sundhedsområdet. Også her kunne der være inspiration at hente for en videreudvikling af det danske Fælles sprog.

Afslutningsvis er der grund til at fremhæve statens meget forskellige rolle i forbindelse med udviklingen og implementeringen af kategorisystemer inden for ældreplejen. I Danmark har staten finansieret projektet, men overladt udvikling og implementering til Kommunernes Landsforening. I Norge har staten stået for hele processen. I England har staten stået for udviklingen af det overordnede system. Derimod overlades udvikling og implementering af lokale styringssystemer til andre aktører. Her akkrediterer staten, at disse systemer lever op til visse minimumskrav. Herved eksisterer der en valgmulighed mellem forskellige systemer, der reelt er fraværende i Danmark og Norge. På et område, hvor der ikke er generel professionel enighed om, hvordan et kategoriseringssystem bedst konstrueres, har det den fordel, at de forskellige systemer kan blive prøvet af i praksis.

## Litteratur

- Achterberg, Wilco P, Crétien van Campen, Anne Margriet, Ada Kerkstra & Miel W. Ribbe (1999). "Effects of the Resident Assessment Instrument on the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A Review of the Literature" *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 32, pp. 131-137
- Andersen, Jørgen Goul & Bent Greve (2004). "Afmøntering af pensionistbomben", *Jyllands-Posten* 30. juni 2004.
- Andersen, Jørgen Goul (2004). "Samfundsøkonomi: Velfærdskommissionen. Ældrebyrden er et overkommeligt problem", *Politiken* 27. maj 2004.
- Bettio, F. & J. Plantenga (2004). "Comparing Care Regimes in Europe", *Feminist Economics*, Vol. 10, No. 1, pp. 85-113.
- Bettio, Francesca & Sacha Prechal (1998). *Care in Europe. Joint report of the "Gender and Employment" and the "Gender and Law" Groups of Experts*, Bruxelles: European Commission.
- Blackman, T. (2000). "Defining Responsibility for Care: Approaches to the Care of Older People in Six European Countries", *International Journal of Social Welfare*, Vol. 9 No. 3, pp. 181-190.
- Child, John (1984). *Organizations: A guide to problems and practice*, London: Harper & Row.
- Daatland, S. O. (2001). "Ageing, Families and Welfare Systems: Comparative Perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Vol. 34 No. 1, pp. 16-20.
- Daatland, S. O. & K. Herlofson (2003). "'Lost solidarity' or 'changed solidarity': a comparative European view of normative family solidarity", *Ageing and Society*, Vol. 23, pp. 537-560.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.

Esping-Andersen, Gøsta, Duncan Gallie, Anton Hemerijck, & John Myles (2002). *Why we need a New Welfare State*, Oxford: Oxford University Press.

Fayol, Henry (1999/1916). *Administration industrielle et générale*. Paris: Dunod.

Hansen, Morten Balle og Evert Vedung (2005). *Fælles sprog og ældreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*. Odense: Syddansk Universitetsforlag (projektets afsluttende publikation).

Hirschman, Albert O. (1970). *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Hugman, R. (2000). "East-West Dialogue in Social Work for Older People and their Families", *Asia Pacific Journal of Social Work*, Vol. 10, No. 1, pp. 59-76.

Hutten, Jack B. F. & Ada Kerkstra (red.) (1996). *Home Care in Europe – A Countryspecific Guide to its Organization and Financing*, Brookfield: Ashgate Publishing Limited.

Jacobzone, Stephane (1999). *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*, Rapport No. 37, Paris, OECD.

Kommunernes Landsforening (2004). *Fælles sprog II, Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde*, København: Kommunernes Landsforening.

Kristensen, Ole P. (1984). "Privatisering: Modernisering af den offentlige sektor eller ideologisk korstog?", *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, Vol. 65, pp. 96-117.

Kröger, Teppo (2001). *Comparative Research on Social Care, the State of the Art*, Bruxelles: European Commission.

Leichsenring, Kai & Andy M. Alaszewski (red.) (2004). *Providing Integrated Health and Social Care for Older Person. A European Overview of Issues at Stake*, Wien: Ashgate.

Lützhøft, Rita. (1998). *Fælles sprog. På ældre- og handicapområdet. Endeligt revideret katalog oktober 1998*. København: Kommunernes Landsforening.

Mayntz, Renate (1979). "Public Bureaucracies and Policy Implementation", *International Social Science Journal*, Vol. 4, pp. 633-645.

Millar, Jane & Andrea Warman (1996). "Family Obligations in Europe", London: Family Policy Studies Centre.

Mirkin, Barry & Mary Beth Weinberger (2001). "The Demography of Population Ageing", *Population Bulletin of the United Nations*, Vol. 42-43-2001, pp. 37-53.

Opgavekommissionen (1998). *Fordeling af opgaver i den offentlige sektor. Betænkning II. Betænkning nr. 1366*, København, Opgavekommissionen.

Peters B. Guy (1998). "Comparative Politics: Theory and Methods", Basingstoke, Macmillan Press

Petersen, Jørn Henrik & Klaus Petersen (red.) (2004). *13 udfordringer til den danske velfærdsstat*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Petersen, Jørn Henrik & Jesper Jespersen (2004). "Velfærdsstat og fordeling mellem generationer", i Jørn Henrik Petersen & Klaus Petersen (2004). *13 udfordringer til den danske velfærdsstat*, Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Poulsen, Mette Vinther (2002). *Værd at vide om Fælles sprog*, København: Kommuneinformation.

Przeworski, Adam & Henry Teune (1970). "The Logic of Comparative Social Inquiry", New York, Wiley

Robey, D. (1982). *Designing Organizations*, Homewood, Ill: Richard D. Irwin.

Rostgaard, Tine & Torben Fridberg (1998). *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices*, København: The Danish National Institute of Social Research.

Rostgaard, Tine, Tine Holm, Dorte Toftegaard Jensen & Christian Graff Byrgesen (1998). "Omsorg for børn og ældre : Kommunal praksis i Europa" København, Socialforskningsinstituttet

Rostgaard, Tine (2004). *With Due Care: Social Care for the Young and the Old across Europe*, København: Socialforskningsinstituttet.

Rothstein, Bo (1998). *Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*, Cambridge: Cambridge University Press.

Savas, Emanuel S. (1987). *Privatization. The Key to Better Government*. Chatham: Chatham House Publishers.

Strukturkommissionen (2004). *Strukturkommissionens betænkning bd. III*, København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (2003/2001). *ICF. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. Århus: Munksgaard Danmark.

Szebehely, Marta (red.) (2003). *Hemhjälp i Norden – Illustrationer och reflektioner*, Lund: Studentlitteratur.

Weiner, K., K. Stewart, J. Hughes, D. Challis & R. Darton (2002). "Care Management Arrangements for Older People in England: Key Areas of Variation in a National Study", *Ageing and Society*, Vol. 22, pp. 419-39.

Winter, Søren (1994). *Implementering og effektivitet. Offentlig forvaltning i Danmark*, Herning: Systime.

Yin, Robert K. Yin (1994). "Case Study Research, Design and Methods", Thousand Oaks, Sage Publications

## Refererede hjemmesider

### Statistik

SourceOECD (2001). "Social Expenditures Data Base",  
<http://ariel.sourceoecd.org/vl=711412/cl=44/nw=1/rpsv/ij/oecdstats/1608117x/v135n1/s1/p1>

Verdensbanken (2004). [http://www.worldbank.org/data/wdi2004/index.htm47677\\_faelles\\_sprog\\_2k.indd](http://www.worldbank.org/data/wdi2004/index.htm47677_faelles_sprog_2k.indd) 302 09-05-2005 10:27:08

### Danmark

Finansministeriet (2002). "Udfordringer og muligheder – den kommunale økonomi frem mod år 2010", <http://www.fm.dk/1024/visPublikation.asp?artikelID=4472>.

Finansministeriet (2003a). "En mere fleksibel hjemmehjælp", <http://www.moderniseringsprogram.dk/textversionII/default.asp?artikelID=5306>.

Finansministeriet (2003b). "Frit valg af plejehjem, plejebolig og ældrebolig",  
<http://www.moderniseringsprogram.dk/textversionII/default.asp?artikelID=5313>.

Finansministeriet (2003c). "Frit valg af hjemmehjælper og madordning",  
<http://www.moderniseringsprogram.dk/textversionII/default.asp?artikelID=5308>.

Kommunernes Landsforening (2002). "KL mener om genoptræning og vedligeholdelsestræning",  
[www.kl.dk/260560/](http://www.kl.dk/260560/).

Kommunernes Landsforening (2003). "Undersøgelse af ufinansieret opgaveglidning fra amter til kommuner på det sociale område", <http://www.kl.dk/288840/>.

### England

*Single Assessment Process og Current Summary Record.*

Department of Health 2004a: "Introduction to the Single Assessment Process"

[http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessmentProcess/SingleAssessmentProcessArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4015630&chk=MBIL%2B1](http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessmentProcess/SingleAssessmentProcessArticle/fs/en?CONTENT_ID=4015630&chk=MBIL%2B1) (fundet 25-11-2004)

Department of Health 2004b: “HSC 2002/001: Guidance on the Single Assessment Process for older people”

[http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/HealthServiceCirculars/HealthServiceCircularsArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4003995&chk=JHcEP%2B](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/HealthServiceCirculars/HealthServiceCircularsArticle/fs/en?CONTENT_ID=4003995&chk=JHcEP%2B) (fundet 25-11-2004)

Department of Health 2004c: “Older People’s Services”

<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/OlserPeoples Services/fs/en> (fundet 19-12-2004)

Department of Health 2004d: “Single Assessment Process”

<http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/SocialCare/SingleAssessment Process/fs/en> (fundet 24-11-2004)

Department of Health 2004e: “Single Assessment Process for Older People. Assessment Scales”

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/32/78/04073278.pdf>

Department of Health 2004f: “Single Assessment Process for Older People. Assessment Tools and Accreditation” <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/06/36/04080636.PDF>

Department of Health 2004g: “Single Assessment Process for Older People. Current Summary Record”

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/06/33/04080633.pdf>

Department of Health 2004h: “Single Assessment Process for Older People. Current Summary Record. Introductory Note” <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/06/35/04080635.pdf>

Department of Health 2004i: “Single Assessment Process Guidance for Local Implementation”

<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/93/12/04079312.PDF>

Department of Health 2004j: “Single Assessment Process Guidance for Local Implementation. Annexes” <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/08/63/62/04086362.pdf>



Department of Health 2004k: "Single Assessment Process for Older People. Requirements for April 2004" <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/93/14/04079314.PDF>

NHS Information Authority 2004a: "Datasets Development. Datasets for Older People Project" [http://www.nhsia.nhs.uk/datasets/pages/ds\\_older.asp](http://www.nhsia.nhs.uk/datasets/pages/ds_older.asp) (fundet 26-11-2004)

NHS Information Authority 2004b: "Single Assessment Process (SAP) Dataset, Version no: 0.7, Date Updated: 28/01/2004" [http://www.nhsia.nhs.uk/datasets/pages/dataset\\_07.doc](http://www.nhsia.nhs.uk/datasets/pages/dataset_07.doc)

### *EASY-Care*

The University of Sheffield 2004a: "EASY-Care, English Version 2004" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what\\_is\\_easycare/easy\\_pdf.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_pdf.html)

The University of Sheffield 2004b: "EASY-Care. Assessor's Guide to Exploring Needs, English Version 2004" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what\\_is\\_easycare/easy\\_pdf.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_pdf.html)

The University of Sheffield 2004c: "EASY-Care. Assessor's Manual, English Version 2004" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what\\_is\\_easycare/easy\\_pdf.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_pdf.html)

The University of Sheffield 2004d: "EASY-Care. Cope Questionnaire & Cope Index, English Version 2004" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what\\_is\\_easycare/easy\\_pdf.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_pdf.html)

The University of Sheffield 2004e: "References" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/reference/ref\\_text.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/reference/ref_text.html) (fundet 24-11-2004)

The University of Sheffield 2004f: "Single assessment news" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/news/news\\_text.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/news/news_text.html) (fundet 24-11-2004)

The University of Sheffield 2004g: "What is the EASY-Care Assessment System?" [http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what\\_is\\_easycare/easy\\_text.html](http://www.sheffield.ac.uk/sisa/easycare/html/what_is_easycare/easy_text.html) (fundet 24-11-2004)

## Norge

Helse- og Omsorgsdepartementet 2005: <http://odin.dep.no/hod/norsk/dep/org/bn.html> (at det er her ansvaret er for den kommunale eldrepleje fra 01.10.04) (fundet 22.02.05)

Social- og Helsedirektoratet er en del af dette <http://odin.dep.no/hod/norsk/dep/org/etater/bn.html>

Social- og Helsedirektoratets hjemmeside er <http://www.shdir.no/>

### *IPLOS*

Edvardsen, Dag Fjeld, Finn R. R. Førund & Eline Aas 2000: "Effektivitet i pleie- og omsorgssektoren" [http://www.frisch.uio.no/pdf/rapp00\\_02.pdf](http://www.frisch.uio.no/pdf/rapp00_02.pdf)

Holmøy, Jon 2002: "Gerix 1995-1999 Dokumentasjon, system, data, program" [http://www.ssb.no/emner/03/90/notat\\_200210/notat\\_200210.pdf](http://www.ssb.no/emner/03/90/notat_200210/notat_200210.pdf)

Social- og Helsedirektoratet 2003a: "IPLOS, Prosjekt rapport IPLOS-prøveprosjektet 27. august 2003" <http://www.shdir.no/assets/1787/Prosjektrapport.19.08.03.doc>

Social- og Helsedirektoratet 2003b: "Utkast til forskrift om register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS)" [http://www.shdir.no/assets/4884/utkast\\_IPLOSforskrift%20.pdf](http://www.shdir.no/assets/4884/utkast_IPLOSforskrift%20.pdf)

Social- og Helsedirektoratet 2003c: "Registerkort, IPLOS" <http://www.shdir.no/assets/8793/iplos-registerkort.pdf>

Social- og Helsedirektoratet 2003d: "Felles forståelse – individuell registrering. Veileder Registrering av IPLOS-opplysninger, Versjon 1.0 november 2003" [http://www.shdir.no/assets/8793/veileder\\_for\\_registrering.pdf](http://www.shdir.no/assets/8793/veileder_for_registrering.pdf)

Social- og Helsedirektoratet 2003e: "Fra Tro til Kunnskap. Veileder i bruk av IPLOS sumrapporter Versjon 1.0 november 2003" [http://www.shdir.no/assets/8793/veileder\\_i\\_bruk\\_av\\_rapporter.pdf](http://www.shdir.no/assets/8793/veileder_i_bruk_av_rapporter.pdf)

Social- og Helsedepartementet 2000: "Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA (kommune stat rapporteringen)" [http://www.shdir.no/assets/1787/iplos\\_rapporten.doc](http://www.shdir.no/assets/1787/iplos_rapporten.doc)

Social- og Helsedirektoratet 2002: ”Om IPLOS”

<http://www.shdir.no/index.db2?id=1787&PHPSESSID=bc982e6bf4acacb8e15d356d94fb81b6>,  
(fundet 14-02-2005)

## **Sverige**

Regeringskansliet 2005a: ”Regeringskansliet med departementen” <http://www.regeringen.se/sb/d/2485>  
(fundet 22.02.05) (De forskellige ministeriers ansvarsområde)

Regeringskansliet 2005b: ”Sakenheter och kanslier” <http://www.regeringen.se/sb/d/2485> (fundet  
22.02.05) (Om socialdepartementet og dets ansvarsområder)

Om Socialdepartementets organisering: [http://www.regeringen.se/sb/d/1885/a/12218;jsessionid=a-  
HHOGaNrjsh](http://www.regeringen.se/sb/d/1885/a/12218;jsessionid=a-HHOGaNrjsh)

## *Samspråk*

Socialstyrelsen 2001: “ Samspråk. Verksamhetsuppföljnin inom vård och omsorg till äldre och  
funktionshindrade i kommunerna. Redovisning av läget 2000-2001”  
<http://www.sos.se/FULLTEXT/125/2001-125-54/2001-125-54.pdf>

Socialstyrelsen 2004: “Samspråk inom vård och omsorg till äldre”  
[www.sos.se/Hs/aldreenh/samsprak/samsprak.htm](http://www.sos.se/Hs/aldreenh/samsprak/samsprak.htm) , fundet (08-11-2004)

Socialstyrelsen 2004b: “Verksamhetsuppföljnin inom vård och omsorg till äldre och funktionshindrade  
i kommunerna. Redovisning av läget 2000-2001” [http://www.sos.se/FULLTEXT/125/2001-125-  
54/sammanfattning.htm](http://www.sos.se/FULLTEXT/125/2001-125-54/sammanfattning.htm) fundet (08-11-2004)

## Publikationer fra projekt Evaluering af Fælles sprog

Hansen, Morten Balle og Gunvor Vincents Olsen (2005). "Et komparativt perspektiv på Fælles sprog og organiseringen af den danske ældrepleje". *Politologiske Skrifter* 12. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

Hansen, Morten Balle og Evert Vedung (2005). *Fælles sprog og ældreplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem*. Odense: Syddansk Universitetsforlag (projektets afsluttende publikation).

Ringsmose, Jens og Morten Balle Hansen (2005). "Programteorier om Fælles sprog og organiseringen af ældreplejen i Danmark. En tekstanalyse". *Politologiske Skrifter* 7. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

Jørgensen, Henrik D. og Morten Balle Hansen (2005). "Fælles sprog og hovedproblemerne i ældreplejens organisering. En undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews". *Politologiske Skrifter* 3. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

Ringsmose, Jens og Morten Balle Hansen (2005). "Fælles sprog og ældreplejens organisering i et historisk perspektiv". *Politologiske Skrifter* 1. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

Hansen, Kasper Møller, Morten Balle Hansen og Poul Skov Dahl (2004). "Spørgeskemaundersøgelse af brugen af Fælles sprog i de danske kommuner". *Politologiske Skrifter* 9. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

Olsen, Gunvor Vincents og Morten Balle Hansen (2004). "Fælles sprogs anvendelse i kvalitetsstandarder i den kommunale ældrepleje". *Politologiske Skrifter* 4. Odense: Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet.

## Bilag: Hvad er Fælles sprog I?

### Hvad er Fælles sprog I?

“Fælles sprog” er *et standardiseret kategoriseringsystem*, samt retningslinier for anvendelse heraf, der anbefales af Kommunernes Landsforening, til anvendelse inden for det kommunale ældreområde.\* Fælles sprog I består af tre dele:

1. Et skema og retningslinier for anvendelsen heraf i en funktionsvurdering, hvor potentielle brugeres behov vurderes
2. Et skema og retningslinier for anvendelsen heraf i et ydelseskatalog, der beskriver kommunernes forskellige former for indsats, samt
3. En liste med nøgletalskategorier, der bør opgøres ensartet på området

1. *Skemaet til funktionsvurderingen* er udviklet til at beskrive den potentielle brugers evne på otte funktionsområder: personlig pleje, spise og drikke, mobilitet, daglig husførelse, aktivitet, socialt samvær/ensomhed/netværk, mental og psykisk tilstand samt akut/kronisk sygdom/handicap. Et niende område, som ikke indgår i selve funktionsvurderingen, er boligens betydning for borgerens funktionsevne. Inden for hvert område anvendes fire funktionsniveauer (kan selv, klarer stort set selv, har vanskeligheder, er ude af stand til).

2. *Skemaet til ydelseskataloget* er udviklet til dels at beskrive de kommunale serviceydelser, der er rettet mod den enkelte bruger (cpr-relateret), og dels de ydelser der er rettet mod grupper af brugere (gruppe relateret). Inden for hver gruppe er der 14 ydelseskategorier: personlig pleje; psykisk pleje og omsorg; målrettede pædagogiske opgaver; undersøgelser og behandling; ernæring; medicingivning og administration; praktisk bistand – rengøring; praktisk bistand – tøjvask; praktisk bistand – indkøb; træning; aktivitet; forebyggelse og sundhedsfremme; anden hjælp til brugeren; vurderinger og administrative opgaver. Hver af de 14 kategorier er yderligere opdelt i specifikke opgaver.

3. En liste med *kommunale nøgletalskategorier* vedrørende:

- Boligforhold (plejebolig og øvrige boliger),
- Personaleforhold (personalekategorierne opgøres på lønforbrug; personaleomsætning; fuldtidsstillinger)
- Driftsøkonomiske nøgletal: (samlede nettodriftsudgifter på ældreområdet; nettodriftsudgifter for +67-årige; nettodriftsudgifter for under 67-årige).
- Øvrige nøgletal: (visitation af beboere i plejeboliger; vejtid inkl./ekskl. visiteret tid).

\*Fælles sprog anvendes også på handicapområdet, men i denne bog fokuseres på ældreområdet.

Politologiske Skrifter fra Institut for Statskundskab	Political Science Publications from Department of Political Science and Public Management
--	--

**Appeared earlier in this series:**

1/1988	Mogens N. Pedersen	The Birth, The Life, and the Death of Small Parties in Danish Politics: An Application of a Lifespan Model.
2/1988	Mogens N. Pedersen	Fluctuations in Recruitment Patterns in Connection with a Critical Election: Denmark 1973.
3/1988	Karsten Ronit	Den Eliteorienterede Traditions Syn på Organiseringen af Private Erhvervspolitiske Interesser i Danmark.
4/1988	Henrik Larsen	Business and Politics in Denmark. A policy mosaic without pattern.
5/1989	Karsten Ronit	The Danish Bankers Association Facing De- and Reregulation: Effects on Neo-Corporatist Interpretations.
6/1989	Kurt Klaudi Klausen	Organizational Development and Environmental Change.
7/1989	Kurt Klaudi Klausen	Fungerer idrættens organisationer? Om organisering, brugergrupper og behov i idrætten.
8/1990	Mogens N. Pedersen	European Topics in the Curriculum of European Political Science: Structural Peculiarities and National Idiosyncracies.
9/1990	Kurt Klaudi Klausen	Political Integration and Institutional Change. The Nordic countries and the EEC.
10/1990	Karsten Ronit	Micro-Corporatism and the Political Strategy of Large Corporations: The Case of Novo-Nordisk.
11/1990	Kurt Klaudi Klausen	Convergence or Divergence? Consequences of Strategic Choice in Small Voluntary Organizations.
12/1990	Erik Beukel	Integration og Kulturpolitik: Autonomi vs. 'Spill-over'.
13/1990	Henrik Larsen	The Second Wave of Decentralization. The New Regime of Self-governing Institutions in Denmark.
14/1990	Henrik Larsen	Evaluering af erhvervsfremmeordninger i Danmark: Muligheder og problemer.
1/1991	Kurt Klaudi Klausen & Lars Thore Jensen	EF og kommunerne.

2/1991	Kurt Klaudi Klausen	Om teoretiske problemer ved studiet af frivillige organisationer.
1/1992	Lars Thore Jensen	Decentral Internationalisering.
2/1992	Kurt Klaudi Klausen & Annie Evertsen	Alternativ Velfærdsproduktion? Rapport om rådgivnings- og krisecentre for kvinder.
3/1992	Kurt Klaudi Klausen	Management and Marketing in Sportsassociations.
4/1992	Kurt Klaudi Klausen	Paragovernmental Organizations, the Extension of the Welfare State - voluntary and nonprofit centers for women in Denmark.
5/1992	Kurt Klaudi Klausen	Danish Research on Europe. Proceedings from a conference held at Odense University.
1/1993	Kurt Klaudi Klausen Lars Thore Jensen	"Primærkommunerne og EF".
2/1993	Erik Beukel	Global miljøbeskyttelse som kollektivt gode i international politik.
1/1995	Erik Beukel	America Approaching the Soviet Successor States: Between Idealism and Realism.
1/1996	Erik Beukel	Miljø og handel. En introduktion til samspillet mellem miljøpolitik og handelspolitik.
1/1999	Erik Beukel	Greening the GATT/WTO Regime? Trade Governance, Environmentalism, and Structural Power.
2/1999	Anne Marie & Peter Dahler-Larsen	Fokusgrupper i Teori og Praksis.
1/2001	Johannes Michelsen & Villy Søgaard	Policy Instruments Promoting Conversion to Organic Farming and Their Impact in 18 European Countries - 1985-97.
2/2001	Mogens N. Pedersen	The Interplay of Nominations and Elections in Danish Politics.
1/2003	Ulrik Kjær & Steffen Petersen	Kan exit poll surveys anvendes til vælgeradfærdsforskning? erfaringer fra en undersøgelse gennemført ved valgene den 20. november 2001.
2/2003	Peter Dahler-Larsen & Hanne Foss Hansen	Organising Evaluation: A Review of Danida's Evaluation Practice Compared to Practices in Other Danish Policy Areas.

3/2003	Johannes Michelsen & Mads Meier Jæger	Danske økologiske landbrugere 1995. En beskrivelse baseret på en spørgeskemaundersøgelse.
4/2003	Johannes Michelsen & Hanna B. Rasmussen	Nyomlagte danske økologiske jordbrugere 1998. En beskrivelse baseret på en spørgeskemaundersøgelse.
1/2004	Søren Riishøj	National Identitet, Europæisering og Euroskepticisme - erfaringer fra Tjekkiet og Polen.
2/2004	Johannes Michelsen, Kurt Klaudi Klausen & Carsten Strømbæk Pedersen	Kommunernes styring af de store institutionsområder – en spørgeskemaundersøgelse af et repræsentativt udsnit af danske kommuner.
3/2004	Martin Ejnar Hansen, Robert Klemmensen and Peter Kurrild-Klitgaard	PAPPA. Parties and Policies in Parliament. Version 1.0 (August 2004) Data Description.
4/2004	Gunvor Vincents Olsen & Morten Balle Hansen	Fælles sprogs anvendelse i kvalitetsstandarder i den kommunale ældrepleje.
5/2004	Rikke Berg	Kommunale Styreformer - erfaringer fra ind- og udland.
6/2004	Anna Leander	African States and the Market for Force: The Destabilizing Consequences of Private Military Companies.
7/2004	Anna Leander	Globalisation and the State Monopoly on the Legitimate use of Force.
8/2004	Anna Leander	Private Agency and the Definition of Public Security Concerns: the Role of Private Military Companies.
9/2004	Kasper Møller Hansen, Morten Balle Hansen & Poul Skov Dahl	Spørgeskemaundersøgelse af brugen af Fælles sprog i de danske kommuner.
1/2005	Morten Balle Hansen & Jens Ringsmose	Fælles sprog og ældreplejens organisering i et historisk perspektiv.
2/2005	Peter Kurrild-Klitgaard, Robert Klemmensen og Martin Ejnar Hansen	Blokkpolitik og det ”samarbejdende folkestyres” fire gamle partier, 1953-2005.
3/2005	Henrik D. Jørgensen & Morten Balle Hansen	Fælles sprog og hovedproblemerne i ældreplejens organisering. En undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews.
4/2005	Peter Kurrild-Klitgaard	The equivocal “will of the people”.



5/2005	Anna Leander	A Minestrone of World Order Constructions: Reflections on Disciplinary Change in IPE.
6/2005	Anna Leander	Enduring Conscription: Vagueness and <i>Värnplikt</i> in Sweden.
7/2005	Jens Ringsmose & Morten Balle Hansen	Programteorier om Fælles sprog og organiseringen af ældreplejen i Danmark. En tekstanalyse.
8/2005	Michael Baggesen Klitgaard	Welfare State Regimes and Public Sector Reforms: Searching for the Connection.
9/2005	Sten Rynning	Return of the Jedi: Realism and the Study of the European Union.
10/2005	Rens van Munster	Logics of Security: The Copenhagen School, Risk Management and the War on Terror.
11/2005	Rens van Munster & Claudia Aradau	Governing terrorism and the (non-)politics of risk.
12/2005	Rens van Munster	The EU and the Management of Immigration Risk in the Area of Freedom, Security and Justice



Gunvor Vincents Olsen har sidefag i samfundsfag ved Institut for Statskundskab ved Syddansk Universitet, bachelor i Idéhistorie ved Århus Universitet, og er p.t. ved at færdiggøre speciale i Idéhistorie om Fælles sprog anskuet som en programsætning af hjemmehjælpens praksis.



Morten Balle Hansen er lektor ved Institut for Statskundskab ved Syddansk Universitet. Hans forskning koncentrerer sig om organisationsteori og offentlig forvaltning, policyanalyse og evaluering, informationssystemer og organisatorisk læring i den offentlige sektor.

## Yderligere information

Yderligere informationer om projekt evaluering af Fælles sprog findes på projektets hjemmeside: [www. Faellessprog.net](http://www.Faellessprog.net)

Institut for Statskundskab  
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet  
Syddansk Universitet  
Campusvej 55  
5230 Odense M

Telefon: 6550 1000

Fax: 6550 2280

[www.sam.sdu.dk/depts/pol](http://www.sam.sdu.dk/depts/pol)

E-mail: [politics@sam.sdu.dk](mailto:politics@sam.sdu.dk)

ISSN 1399-7319