

Stor variation i äldreomsorgen och dess utmaningar i Europa

RECENSION Europa har kraftigt åldrande befolkningar. Både EU och OECD har levererat ett antal rapporter om de utmaningar som väntar. De flesta rapporterna har analyserat ålderspensioner och behovet av att reformera dessa. Några analyserar åldrandets effekter på hälso- och sjukvård. Däremot har äldreomsorg fått ringa utrymme, vilket gör antologin *Long-Term Care for the Elderly in Europe*, skriven av samhällsvetare från tio europeiska länder, särskilt välkommen.

Den åldrande befolkningen beror till stor del på att förväntad livslängd ökar, vilket ger allt fler äldre (65 plus) och äldre-äldre (80 plus). Att bli gammal ökar risken för att man inte ska kunna ta hand om sig själv. Behovet av hjälp med dagliga aktiviteter såsom att klä sig och laga mat ökar. Alla samhällen tar hand om sina gamla, men det sker på olika sätt och i olika utsträckning. Det sker på i huvudsak tre olika sätt: via familjen, via marknaden och via staten/den offentliga sektorn. De är inte varandra uteslutande utan kan förekomma och förekommer parallellt. Marknaden och den offentliga sektorn kan båda betraktas som försäkringslösningar. Detta gäller inte familjen, som är för liten för att kunna utnyttja de stora talens lag (se Kruse och Ståhlberg 2013 för en analys av olika omsorgsformer).

Äldreomsorg är dyr och alltför dyr för att kunna finansieras helt och hållet med egenavgifter. I Frankrike ligger t ex kostnaden för institutionsvård på 35 000 euro per person och år och i USA uppgår motsvarande kostnad till mellan 40 000 till 75 000 dollar (Kruse och Ståhlberg 2013, s 154). I Sverige ligger kostnader-

na i genomsnitt på omkring 150 000 kr per person och år för hemtjänst och omkring 600 000 kr för äldreboende. Ingen ”normal” pension räcker till för att betala sådana avgifter. En försäkring är därför lösningen. Då räcker det med att betala premier i enlighet med den genomsnittliga risken. Utan försäkring sparar vi för mycket på grund av vår riskaversion och riskerar ändå att på slutet stå utan medel till omsorg. Vår riskaversion gör att vi har betalningsvilja för en försäkring. Informationsproblem, både på utbudssidan och efterfrågesidan, gör emellertid äldreomsorgsförsäkringen mindre lämpad för en marknadslösning. Däremot lämpar den sig väl som socialförsäkring (Barr 2010). En socialförsäkring kan vara formell som i Tyskland (se nedan) eller informell som i Sverige där den kommunala äldreomsorgen kan ses som en försäkring.

Traditionellt har familjen, oftast en dotter eller svärdotter, ansvaret för äldreomsorgen. Det har sina fördelar; närheten mellan den vårdbehövande och vårdaren gör att behovsprövningen underlättas. En nackdel är att någon riskspridning inte förekommer. En del får behålla sina gamla länge men då också till högre kostnader, andra förlorar sina gamla tidigt men undgår då de ökade kostnaderna.

I boken *Long-Term Care for the Elderly in Europe* beskriver författare från tio europeiska länder äldreomsorgen i sina respektive länder. En snabbt åldrande befolkning kommer att sätta press på offentliga utgifter. Ett syfte med antologin är att kartlägga om och i så fall hur olika typer av välfärdsstater möter dessa utmaningar.

De tio länderna är Ungern, Litauen och Polen; Portugal, Italien och Grekland; Storbritannien och Nordirland; Tyskland; Finland och slutligen Danmark, med utblickar mot Finland, Norge och Sverige. De presenteras i denna ordning och grupperingen är natur-

Bent Greve (red):
Long-Term Care for the Elderly in Europe: Development and Prospects, Routledge, 2017, 196 sidor, ISBN 978-1-472-48392-8.

ligtvis inte slumpmässig. De första tre är tidigare kommunistländer, nästa tre är sydeuropeiska länder, nästa två kallar Greve för liberala och kontinentala välfärdsstater och de två sista för universella välfärdsstater.

Det är stora skillnader mellan länderna i hur stor andel av bruttonationalprodukten (BNP) som används till äldreomsorg, med Danmark (och de nordiska länderna) i topp med 2,4 procent av BNP och Grekland och Portugal med den lägsta andelen på 0,5 procent (siffrorna avser år 2013). Men även länder med en låg andel av BNP tar hand om sina gamla: Familjemodellen använder med stor sannolikhet lika mycket resurser som länder med offentligt finansierad och tillhandahållen omsorg. Det kan t o m vara så att familjemodellen använder mer resurser; det kan vara ineffektivt och dyrt med en dotter eller svärdotter som vårdar en förälder eller svärförälder och då avstår från eller minskar sitt deltagande på arbetsmarknaden. Men skattefinansiering ger som vi vet snedvridningar och därmed en extra samhällsekonomisk kostnad.

Tydliga mönster framträder och visar på stora likheter inom grupperna men också på likheter mellan grupperna. Enligt författarna till avsnitten om äldreomsorgen i de tre f d kommunistländerna är äldreomsorg i dessa länder i det närmaste en icke-fråga. I Ungern är systemet fortfarande märkt av kommunister med centralplanering och fokus på institutionaliserad vård. Endast sju procent av dem som är 65 år och äldre får någon form av offentlig äldreomsorg. Familjen, i den mån den finns och kan, får träda in. Det finns även en grå marknad mellan offentlig omsorg och familjen, vilken inte täcks av någon försäkring, är oregerad och undviker skatt. I Litauen finns ingen särskild myndighet för äldreomsorg utan ansvaret för äldreomsorgen är utspridd och ligger dels inom den allmänna hälso- och sjukvår-

den, dels inom socialtjänsten, vilket, enligt författaren, gör det svårt att få grepp om omfattning och kostnader. Befintlig statistik tyder på att en dryg femtedel av platserna på sjukhus utgörs av äldreomsorg. Det finns starka indikationer på att familjen är den viktigaste vårdgivaren. Inte heller Polen har satsat på äldreomsorg. Den ekonomiska transitionen efter kommunismens fall ledde till stor ekonomisk press och hög arbetslöshet. Liksom i Litauen finns inte någon klar skiljelinje mellan hälso- och sjukvård och äldreomsorg och mycket sköts inom familjen. Detta avspeglas i en relativt låg sysselsättningsgrad bland kvinnor som är 55 år och äldre, vilka utför en stor del av familjens vårdarbete

De tre f d kommunistländerna andas alla en oro för framtiden och den press som en ökande andel äldre förväntas innebära. Litauen har den snabbast åldrade befolkningen i Europa enligt EU-kommissionen. Låga födelsetal och emigration ger en pressad demografisk situation med krympande andel i förvärvsaktiv ålder och en ökande andel mycket gamla. I Polen förväntas förvärvsfrekvensen bland kvinnor 60 år och äldre öka, vilket då också förväntas minska utrymmet för familjebaserad äldreomsorg.

Även mellan de tre sydeuropeiska länderna finns stora likheter. De bygger historiskt på familjemodellen och den är fortfarande tongivande. Men det framträder även stora skillnader. Författaren till avsnittet om Portugal påpekar att där har staten haft ansvaret för inkomstförsäkringar men inte för tjänster. Icke-vinstdrivande organisationer – särskilt religiösa, katolska organisationer – har kompletterat familjen. Med ett ökat tryck från en åldrande befolkning har icke-vinstdrivande organisationer fått ökad betydelse genom avtal mellan staten och dessa organisationer. De har ökat starkt i antal, från ca 1 500 tidigt 1980-tal till mer än 5 000 år 2015. Vi-

dare finns ett statligt kontantbidrag som går till den vårdbehövande. Vårdbehovet prövas av socialtjänsten och baseras på medicinsk bedömning, men det finns inga krav på användning.

Även i Italien finns kontantbidrag, 1,3 procent av BNP används till (offentligt finansierad) äldreomsorg, ca hälften i form av tjänster och resten som kontantbidrag. Endast två procent av de äldre finns i äldreboende, vilket gör att familjen är den som får ansvaret. Enligt författaren har den mycket begränsade servicen i form av äldreboende och dylikt lett till krav på kontantbidrag. Till skillnad från i Portugal är bidraget inte differentierat efter behov eller grad av oförmåga. Det finns inga bestämmelser om hur medlen ska användas och ingen kontroll av hur de faktiskt används. Detta har lett till att mycket äldreomsorg i Italien sköts av kvinnliga immigranter som får uppehållstillstånd så länge de bor hos den gamla.

Grekland har nästan uteslutande familjemodellen: Statistik baserad på SHARE-data visar att av dem som är 75 år och äldre med allvarliga behov får 66 procent informell hjälp i Grekland, att jämföra med 25 procent i de nordiska länderna, 35 procent i kontinentala Europa och 51 procent i södra Europa (s 99). Till den offentliga äldreomsorgen har Grekland använt EU:s strukturfonder för finansiering. Dessa fonder kan endast användas för att starta projekt, inte för långsiktig finansiering, vilket naturligtvis har gett en ryckighet. Under 2010-talet fattades beslut om att använda pensionspengar, inte för att det finns för mycket pengar där, utan för att där finns en stadig ström av medel som flyter in.

I Storbritannien och Nordirland har äldreomsorgen inte hållit jämna steg med den demografiska utvecklingen. Den har också utsatts för upprepade nedskärningar. Anhörigvård har därför ökat kraftigt i betydelse. Som andel av

BNP utgör äldreomsorg i Storbritannien 1,2 procent, vilket gör att de ligger i den nedre halvan av de tio länderna. Även här finns kontantbidrag, dels ett icke-inkomstprövat vårdbidrag och dels ett vårdnadsbidrag som kan betalas till anhörigvårdare med låga inkomster.

Tyskland är det enda landet i Europa som har en formell offentlig äldreomsorgsförsäkring. Övriga socialförsäkringar har stark anknytning till arbetsmarknaden. Behov av äldreomsorg är emellertid en risk som inte har med yrkeslivet att göra. Försäkringen infördes i mitten av 1990-talet. Man ville avlasta socialtjänsten, men framför allt dämpa upp kostnadsökningar. Systemet är avgiftsbestämt med ett förmånstak. Det har lett till att egenavgifterna har ökat och till att Tysklands (offentliga) utgifter för äldreomsorg ligger under det europeiska genomsnittet och ligger på 1,4 procent av BNP år 2013. Fram till 2008 låg avgiften fast på 1,7 procent av inkomsten före skatt, men därefter – trots att systemet är avgiftsbestämt – har avgiften höjts ett antal gånger och låg på 2,35 procent 2015. Intressant att notera är att den som är över 23 år och inte har barn får betala en extra avgift på 0,25 procent. Taket på förmånssidan ifrågasätts inte och har lett till att försäkringen endast ersätter 58 procent av kostnaderna. Systemet har därför kallats för ”en svag social rättighet”.

Förmåner från försäkringen är strikt behovsprövade och indelade i tre grupper efter vårdbehov. Ersättningen beror även på om vårdtagaren vårdas i hemmet eller på ett äldreboende. Lejonparten utgörs av vård i hemmet och utförs av anhöriga, drygt 50 procent. Sedan försäkringen infördes har den privata vinstdrivande omsorgen ökat markant medan den privata icke-vinstdrivande omsorgen har minskat. Offentligt tillhandahållen omsorg är negligerbar.

I kapitlet om äldreomsorgen i Danmark, med ett öga på övriga nordiska

länder, framgår stora likheter dem emellan. Enligt författaren står de nordiska staterna för ”defamiliarism”, dvs en individualisering av såväl skatter, transfereringar som tjänster. Jämfört med övriga länder i antologin får fler äldre och äldre-äldre offentlig omsorg och de nordiska länderna använder en större andel av BNP till äldreomsorg.

Här lyfts några aspekter, som inte finns i de övriga länderöversikterna. Kapitlet innehåller en diskussion om kvaliteten i äldreomsorgen och problemen med att mäta denna. Likaså finns en viss, om än begränsad, information hur anhöriga uppfattar äldreomsorgen. En EU-undersökning om hur ofta oro för anhöriga gjorde det svårt att koncentrera sig på arbetet visar att i Sverige gällde detta för nästan tre procent, medan det endast gällde omkring en procent i Danmark och Finland. I Danmark oroade sig 62 procent aldrig, medan detta gällde för 53 procent i Sverige. Så nog finns skillnader mellan de nordiska länderna även om de satsar ungefär lika mycket som andel av BNP och samtliga betonar vikten av hemmaboende i stället för institutionsvård.

En tydlig slutsats av boken är att äldreomsorg i stor utsträckning bestäms av traditioner. I de nordiska länderna gäller i långa stycken individualisering avseende såväl finansiering, transfereringar som tjänster, medan de sydeuropeiska länderna fortsatt huvudsakligen har en familjemodell. Författarna till länderöversikterna av de tre f d kommunistländerna är bekymrade över att äldreomsorg är en icke-fråga. Det lägger en stor börda på anhöriga och leder till höga kostnader på andra områden: Sjukhusplatser tas upp av gamla som behöver omsorg men inte sjukvård – en dyr ineffektivitet.

Data över hur mycket av äldreomsorgen som utförs av anhöriga finns inte, men det är uppenbart att anhörigvården utgör en stor andel – mindre i de nordis-

ka länderna och självklart mycket större i de sydeuropeiska länderna där familjemodellen är institutionaliserad. Författaren till avsnittet om Grekland ger en ljus bild av familjemodellen; familjen är den som bäst kan bedöma den äldres behov (s 94). Det finns mycket litteratur som visar på fördelar som närhet och dylikt men som även visar på nackdelar: att den påtvingade altruismen också kan leda till utpressning av olika slag, liksom till lågt kvinnligt förvärvsdeltagande med låga inkomster och pensioner för kvinnor (se t ex Carmichael och Ercolani 2016). Det är förvånande att den här typen av aspekter inte lyfts fram.

I samtliga länder finns en uttalad oro för äldreomsorgen i framtiden. Oron handlar till största delen om den demografiska utvecklingen och en ökande andel äldre och äldre-äldre samtidigt som andelen i yrkesverksam ålder sjunker. Men oron handlar också om den ekonomiska utvecklingen som ger en geografisk rörlighet, där barn och barnbarn bor långt ifrån sina gamla.

Boken är en guldgruva för den som är intresserad av ett av de riktigt stora och tunga områdena inom välfärdspolitik. Här ges möjligheter till jämförelser mellan olika sätt att organisera dessa tjänster, här finns goda exempel att inspireras av och även några att avskräckas av. Det är svårt att göra rättvisande jämförelser eftersom informationen om storleken på den informella sektorn är begränsad. Likaså är kvalitetsmätningar en bristvara. Trots att boken täcker ett brett spektrum av aspekter på äldreomsorg finns fortfarande uppgifter för fortsatt analys och utvärdering.

Agneta Kruse

Fil dr i nationalekonomi,
Lunds universitet

REFERENSER

Barr, N (2010), ”Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance”, *Social Policy & Administration*, vol 44, s 359–374.

Carmichael, F och M Ercolani (2016), "Unpaid Caregiving and Paid Work over Life-Courses: Different Pathways, Diverging Outcomes", *Social Science & Medicine*, vol 15, s 1–11.

Kruse, A och A-C Ståhlberg (2013), *Welfare Economics: Theory, Empirical Results and the Swedish Experience*, Studentlitteratur, Lund.