

Avlönat och oavlönat omsorgsarbete – myter och verklighet

Gerdt Sundström

Kari Waerness

I den allmänna debatten framställs informell omsorg som något som fanns förr, men försvunnit. Inte minst av finansiella skäl anser man att den bör återupplivas. Den informella omsorgen är fortfarande den viktigaste, men socialpolitiken har för många inneburit ökad valfrihet och minskad bundenhet till främst släkten. Dessutom har av rent demografiska skäl familjens *möjligheter* att ge omsorg minskat, men *viljan* är ej i avtagande.

Ofta hävdas att informell omsorg är "bäst" och det som människor helst vill ha. Men, de som är mycket sjuka och skräpliga föredrar ofta en offentlig omsorg som de har *rätt* till, snarare än de förödmjukelser och den osäkerhet som informell omsorg kan innebära för den som ej kan klara sig själv. Författarna vill ha en kritisk granskning av resurserna i den offentliga vården istället för moraliserande kring den informella omsorgen.

Gerdt Sundström är universitetslektor vid Socialhögskolan i Stockholm. Han är författare till "Omsorg oss emellan" LiberFörlag. Han har just avslutat en empirisk studie av svenska hushåll där gamla bor tillsammans med vuxna barn.

Kari Waerness är universitetslektor vid sociologiska institutionen, universitetet i Bergen. Hon har publicerat flera artiklar om hemarbetets och omsorgens sociologi, senast Kvinneperspektiver på socialpolitiken, Universitetsförlaget, Oslo 1982.

hur det är ställt med omsorgen i samhället.

Två ståndpunkter har framförts mera energiskt än andra: dels att den informella omsorgen är liten i jämförelse med den formella, dels att den krymper oavbrutet. Orsakerna anses vara att människorna inte längre bryr sig om varandra, att familjen har privatiserats och tömts på sina gamla omsorgsfunktioner och att den offentligt organiserade omsorgen "tar över". Man kan peka på expansions sugna professioner, som hjälper till med detta.

" — — — " Men samhället har mer och mer utsträckt sin kontroll till att omfatta familjens privatliv. Fritiden blir en industri. Doktorer, psykiatrer, lärare och andra uppfostringsexperten börjar övervaka barnuppfostran. Familjen blir allt mer beroende av professionell hjälp i sitt privatliv, och på så sätt har förmågan till "självhjälp" och social uppfinningsförmåga försvunnit. — — — " Ulf Georg Conrah i *Sociologiska* 33/1981

Enligt en tolkning har detta att göra med att kapitalismen penetrerat familjen. Fenomenet har *också* förklarats bero på "socialisering" av privatlivet, dvs att statsapparaten ingriper i eller kontrollerar familjens funktioner. I praktiken kan skillnaderna mellan dessa tolkningar vara nog så små och många börjar bli överens om att åtminstone tillväxttakten för den offentliga sektorn och den avlönade omsorgen måste begränsas.

Bakgrund

Såväl i den allmänna debatten som i mera officiella (partiprogram, motsvarande) eller samhällsvetenskapliga sammanhang finns det föreställningar om

.....
Jakten på alternativ omsorg – billig informell omsorg – motiveras ofta med att den är så mycket "bättre".
.....

De som nu är gamla har slagits för de tre rättigheterna dvs pension, bostad och vård.

Den finansiella kris som drabbat/kommer att drabba den offentliga sektorn är huvuddrivkraften bakom dessa idéer. Men, jakten på alternativ omsorg – billig informell omsorg av olika slag – motiveras ofta med att den är så mycket "bättre". Det är oklart vad som menas utom att den är "naturligare", närmare människor etc. Den antas också – som sagt – vara så liten och borde därför kunna öka väsentligt. Risker finns att den här sortens resonemang, oavsiktligt, kan legitimera nedskärningar. De kan säkert vara motiverade i vissa fall, men de förutsätter oftast att det faktiskt finns en informell omsorg, – och detta vet vi förhållandevis lite om. Vi skall i det följande ställa dessa resonemang mot vad man faktiskt vet.

Förr, tänker man sig, var den informella omsorgen (den oavlönade) så mycket större och därför kunde man också hålla nere de sociala kostnaderna, dvs skatterna. En återgång på den här punkten borde också medföra sänkta kostnader. En insändare i långvårdsdebatt i Dagens Nyheter illustrerar detta:

" – – – Eller har det blivit så att barn inte längre vill ta hand om sina föräldrar och överlämnar dem till "samhället" som sedan kritiserar. Tyvärr kan samhället inte erbjuda bättre vård om inte barnen vill betala ännu mera i avgifter (eller skatter). – – – " Karl Zellner Avesta lasarett Dagens Nyheter 9/12 1981

Tanken är nog till en del riktig: länder där socialförsäkringar tar en liten andel av BNP är också länder där pensioner m m är små (eller obefintliga) och där gamla och sjuka tas om hand av barn och släkt¹. I huvudsak är det naturligtvis döttrar eller andra kvinnor som får ta på sig dessa omsorgsuppgifter.

I det här sammanhanget bör man vara klar över att en del av arbetarklassens kamp för pension och tryggad ålderdom syftade just till frigörelse från beroende av familj, grannar m fl (för den som hade det). Mycket tyder på att det ofta var förödmjukande att ta emot hjälp genom dessa kanaler när

man var tvungen. De som nu är gamla har slagits för det som Nancy Eriksson kallat de tre rättigheterna, dvs pension, bostad och vård (när den behövs).

Om vi riktar uppmärksamheten mot olika slag av informell omsorg avleds vi också lätt från att kritiskt granska resursanvändningen i den offentliga sektorn inklusive vård- och omsorgsapparaten. Man kan ifrågasätta om sk egenvård avlastar den professionella vårdapparaten. Ibland kan det omvända vara sant t ex att motionärer kan få led- och muskelskador.

Den ökade medvetenhet och kunskap om kroppens funktioner, som torde vara en konsekvens av egenvård kan bidra till ökade krav på åtgärder från hälso- och sjukvården. T ex kvinnors krav på mammografi. Hälsoundersökningar av olika slag, kan i sin tur om de visar positiva fynd i ett tidigt skede ställa ökade krav på vårdapparaten.

Informell omsorg

Vi använder här begreppet informell omsorg i betydelsen oavlönat omsorgsarbete. Att gränsen till det avlönade arbetet kan vara suddig har bl a Rita Liljeström klargjort, något som vi också skall peka på.

Med tanke på debattläget är det mest överraskande med den informella omsorgen att den är så stor: huvuddelen av all omsorg sker inom privatsfären och är oavlönad. Det gäller barn såväl som gamla. På dagis vistas en minoritet av barnen och det är en låg och knappast ökande andel av de gamla som bor på institutioner av olika slag. Eftersom det är framför allt gamla som man föreslår att närmiljön ska ta bättre hand om skall vi se närmare på den informella omsorgen om de äldre.

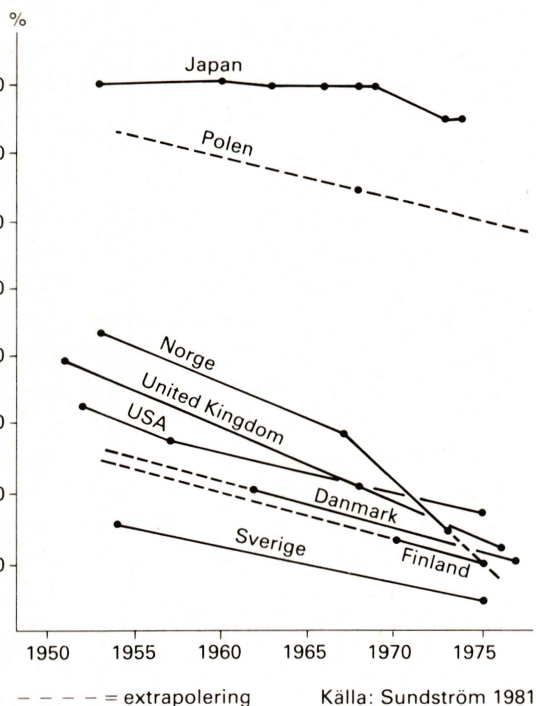
Ingenting är fn känt om eventuella förändringar över tid av den informella omsorgen om gamla. Vi vet att social hemtjänst har expanderat mycket kraftigt (fn får 20–25 procent av alla gamla någon form av hjälp via hemtjänst), men det finns liten anledning att tro att detta fått barn m fl att försumma sina

Det mest överraskande med den informella omsorgen är att den är så stor med tanke på debattläget.

anhöriga. Snarare kan den ses som ett komplement till den informella omsorgen. Delvis är det också så att den ger hjälp till gamla som annars skulle stå helt utan. Omsorgens kvalitet har också stigit i många fall.

Informell omsorg är svår att kvantifiera; en sorts mått på omsorgen om gamla ger uppgifter om den andel av de gamla som bor tillsammans med barn. I alla de nordiska länderna har generationsvis samboende minskat under de senaste decennierna (figur 1).

Figur 1 Andel gamla som bor med sina barn i valda länder, 1955–1975



Det förefaller däremot inte som om gamla därigenom blivit utan informell omsorg när den väl behövs. Det sjunkande samboendet har många förklaringar; mycket tyder på att både den äldre och den yngre generationen föredrar skilda bostäder om man kan välja. Socialpolitiska reformer och satsningar på bostadssidan har möjliggjort en sådan valfrihet. Den informella omsorgen söker sig nu nya vägar, den sociala fantasin och uppfinningsförmågan är stor när det gäller mellanmännisklig omsorg!

De gamla får snarast mera besök av sina barn idag än för ett kvartssekel sedan.

Tvärtemot många föreställningar har det geografiska avståndet mellan generationerna ökat obetydligt och de gamla får snarast mera besök av sina barn idag än för ett kvartssekel sedan. Utan tvekan har de äldres hälsa förbättrats, möjligheterna att leva ett eget liv likaså.

Demografiska förändringar har stor betydelse för möjligheterna att utväxla informell omsorg. En av flera viktiga förskjutningar är att allt fler människor numera bildar egen familj. Detta innebär att flera gamla har egna barn. Den välfärdsökning som möjliggjort detta har å andra sidan minskat rekryteringsunderlaget för hemmadöttrar och hembiträden/pigor. Husligt arbete var fram till 20-talet det största yrket för kvinnor, dvs betald omsorg är inget nytt, men förr ägde den rum i hemmen!

Ålderspyramiden har som bekant också ändrat utseende. Detta påverkar den informella omsorgen: om vi antar att omsorg ges av kvinnor 45–59 år finner vi att omsorgsbördan vuxit (omsorgsreserven minskat) drastiskt under de senaste decennierna. Det är inte längre "samma sak" att ge omsorg till gamla! (se tabell 1).

Förutom att de potentiella omsorgsgivarnas (45–59 åringarna) numerär minskar är också människor i denna ålder allt oftare gifta. Kvinnor förvärvsarbetar i allt större utsträckning. Skillnaderna i förvärvsintensitet mellan gifta och ogifta kvinnor har minskat kraftigt. Sammantaget innebär detta att förutsättningarna för informell omsorg är helt annorlunda idag än förr. Alldeles oavsett omsorgsmoralen skulle en eventuell återgång till omsorg i "närmiljö" innebära våldsamt tunga omsorgsbördor.

Gerontologisk forskning har de senaste trettio åren i en rad omfattande undersökningar i många

Betald omsorg är inget nytt, men förr ägde den rum i hemmen!

Tabell 1 Omsorgsreserven: kvinnor i skilda åldersgrupper per 1 000 gamla (personer 65 år och äldre) samt andelen ogifta och förvärvsarbetande, valda år 1750–1975 (2025).

År	Kvinnor per 1 000 gamla		Ogifta kvinnor (%)		Kvinnlig förvärvsintensitet (%)		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)		
	30–49 år	45–59 år	30–49	Alla	Gifta	Ogifta	
1750	2 002		12.5				
1850	2 534		19.8				
1900	1 415	858	26.1	18.2	19.1		
1950	1 460	923	16.2	19.5	29.5	14.1	61.7
1960	1 130	848	10.7	13.8	32.0	23.3	53.8
1975	834	591	9.7	7.5	42.2	42.8	51.3
2025	623	480					

Källor: se appendix

länder dokumenterat att familjeomsorg på ålderdomen är mycket omfattande. Denna forskning visar att framväxten av en offentlig hjälpapparat inte har medfört att de yngre låter bli att påta sig omsorg för sina gamla familjemedlemmar. Brody har summerat dessa forskningsresultat på följande sätt:²

”— — — Studies of the paths leading to institutional care have shown that placing an elderly relative is the last, rather than the first, resort of families. In general, they have exhausted all other alternatives, endured severe personal, social and economic stress in the process, and made the final decision with the utmost reluctance.”

Trots all denna forskning som visar något annat, lever myten om bristande och snabbt avtagande familjeomsorg i välfärdsstaten vidare. Myten uppfattas som fakta, inte bara av vårdpersonal, massmedia och i någon mån forskare, utan också bland äldre som själva erfarit något annat. Varför denna myt är så seglivad har vi inget svar på, men det finns skäl att tro att den hindrar en förnuftig socialpolitik. Med de omsorgsproblem vi står inför idag måste det vara bättre att ta utgångspunkten i vad vi faktiskt vet. Bara på det sättet kan vi finna fram till ändamålsenliga alternativ till arbetsdelningen mellan offentlig och informell omsorg i framtiden. I detta

.....

Framväxten av en offentlig hjälpapparat har inte medfört att de yngre låter bli att påta sig omsorg för sina gamla familjemedlemmar.

.....

sammanhang kan det vara nyttigt att få närmare klarhet i vad vi *vet* om de omsorgsbehövandes egna preferenser.

Är informell omsorg alltid ”bäst”?

Det framkommer inte klart i den allmänna debatten vilka omsorgsuppgifter man konkret tänker sig vore bättre att överlåta på det informella nätverket. För att klargöra detta närmare kan vi granska den offentliga omsorgens organisation och förändringar i den. Något förenklat kan vi dela in den i tre kategorier:

1) *Omsorgsarbete knuten till tillväxt.* Här förväntas klienterna bli självhjälpna och oberoende på kortare eller längre sikt. Akutsjukhuset och daghemmet är exempel på institutioner inom tillväxtomsorgen. Som sådan omsorg kan vi också räkna förebyggande hälsoarbete där målsättningen är att förhindra eller försena att människor blir omsorgskrävande.

2) *Omsorgsarbete knutet till stillastående.* Här förväntar man inte att klienterna blir självhjälpna, men omsorgen har som målsättning att upprätthålla en viss funktionsnivå och/eller undvika försämring. Till stilleståndsomsgen kan man räkna många institutioner för olika grupper av funktionshämmade.

3) *Omsorgsarbete knutet till tillbakagång.* Här blir de omsorgsbehövande i allt större behov av hjälp med tiden. Långvården, hemsjukvård och hemhjälpstjänster kommer i hög grad att präglas av detta slag av omsorg.

Tillväxtomsorgen är den mest attraktiva för professionella yrkesgrupper och samtidigt är det den omsorg som det kan "löna" sig för det offentliga att investera resurser i. Den "resultatlösa" omsorgen – stillestånds- och tillbakagångsomsorgen – kan aldrig bli ekonomiskt lönsam, och man kan inte argumentera för ökade resurser till denna utifrån enkla effektivitetskriterier. Det visar sig också att resurstilldelningen till den resultatlösa omsorgen i liten grad varit föremål för politiska konflikter. Under ekonomiska expansionsperioder har en allmänt human inställning medfört stor politisk enighet om ökad offentlig insats för de varaktigt omsorgsbehövande.³ I en tid då den offentliga omsorgen blivit dyrare än vad vi har råd med är det därför sannolikt att det är den resultatlösa omsorgen som det först blir fråga om att reducera genom att överföra den till informell och oavlönad omsorg. Att bristen på yrkesutbildad personal är störst inom kronikeromsorgen medför också att inga starka professioner utifrån egna arbetstagarintressen idag försvarar att de varaktigt omsorgsbehövande borde få en relativt större del av de offentliga omsorgstjänsterna.

Det hävdas också gärna att det är bättre för de varaktigt omsorgsbehövande att få informell omsorg än att vara beroende av offentlig omsorg som lätt blir opersonlig, byråkratisk och specialiserad. Utifrån ett sådant resonemang är det inte bara samhällsekonomiska överväganden utan också hänsyn till den omsorgsbehövandes välfärd som blir argument för att stärka omsorgen i närmiljön.

Vad vet vi om vilket slags omsorg som föredras? Den – lilla – forskning som finns ger *ej* det entydiga svaret att informell och personlig omsorg föredras om den omsorgsbehövande kan välja. I den forskning som värderar offentligt omsorgsberoende som negativ eller stigmatiserande, finner man sällan att denna värdering baserar sig på grundliga jämförelser med vad beroende av informell omsorg i motsvarande situationer av hjälplöshet skulle innebära.

De äldre som faktiskt blivit omsorgsberoende uppger mycket oftare att de föredrar offentlig omsorg.

Önskan om en "intimitet på avstånd" och om balanserad ömsesidighet i sociala relationer medförde att familjeomsorg i omfattande omsorgsberoende syntes oacceptabel.

I en några år gammal norsk survey-undersökning⁴ uppgav ett flertal av de äldre att de föredrog familjeomsorg samtidigt som de ställde sig mycket positiva till offentlig omsorg. Grannar och vänner var föga aktuella som potentiella omsorgsgivare i situationer där omsorgsbehovet var omfattande och varaktigt. Nu har vi annan forskning som tyder på en viss ambivalens också i preferenserna för familjeomsorg kontra offentlig omsorg på äldre dagar. Mycket tyder på att de äldre som *faktiskt* blivit omsorgsberoende mycket oftare uppger att de föredrar offentlig omsorg än de äldre som värderar omsorgsalternativen utifrån en *tänkt* framtida beroendesituation.

En mera djupgående analys av ett mindre urval äldre kvinnors syn på omsorgsberoende klargör detta problem närmare. De intervjuade kvinnorna bestod av två grupper som var mycket olika med hänsyn till fysisk rörlighet och förmåga att klara sig själv. Åldersmässigt och socialt var grupperna lika. Den grupp som var rörlig och självhjälpt hade mest negativa reaktioner på rollen som omsorgsmottagare och uttryckte samtidigt oftast att de skulle föredra familjen som omsorgsgivare i tänkta omsorgssituationer.

Den grupp som hade betydligt nedsatt fysisk rörlighet och som därför var beroende av omfattande hjälp, godtog rollen som omsorgsmottagare och gav klart uttryck för att de föredrog offentlig omsorg i de flesta situationer. När dessa kvinnor inte ville ligga familjen till last var det inte därför att de värderade sina familjerelationer som negativa eller därför att de hade liten kontakt med familjemedlemmar. De värderade det hela så att goda familjerelationer betingas av en viss ömsesidighet och av frivillighet både i att kunna ge och ta emot hjälp. Dessutom ansåg man att kontakten med familjen inte borde bli *alltför* intim. Önskan om en "intimitet på avstånd" och om balanserad ömsesidighet i sociala relationer medförde att familjeomsorg i situationer

av varaktigt och omfattande omsorgsberoende syns oacceptabel.

När denna grupp kunde ta emot omfattande offentlig omsorg, utan att uppleva detta som förödmjukande eller stigmatiserande, var det därför att de uppfattade offentlig omsorg som en *rättighet* de hade som medborgare i välfärdsstaten. Att dessa kvinnor tog emot åtskillig offentlig omsorg i form av hemhjälp, hemsjukvård och färdtjänst och var nöjda med detta innebar inte att de var okritiska till *alla* offentliga omsorgstjänster. De ansåg bla att det borde vara möjligt att organisera den offentliga omsorgen för institutionsbundna på ett sätt som gav större möjligheter till privatliv än vad som är fallet idag.

Även om detta urval är litet och vi därför inte utan vidare kan generalisera utifrån dessa data, bör man ändå lägga märke till att det finns omsorgsberoende gamla som ser rätten till offentlig omsorg som en av de grundläggande medborgerliga rättigheterna i välfärdsstaten.

Den engelske sociologen Marshall argumenterade redan omkring 1950 för att den moderna välfärdsstatens kännetecken skulle bli att såväl medborgerliga som politiska och sociala rättigheter skulle komma att uppfattas som grundläggande medborgarrättigheter. När äldre omsorgsberoende människor värderar offentlig omsorg som en medborgerlig rättighet tyder detta på att de upplever sig ha en medborgarroll i välfärdsstaten, så som Marshall definierade den. Om den nuvarande resurskrisen i den offentliga sektorn skulle medföra att den offentliga omsorgen för de varaktigt omsorgsbehövande skulle reduceras så att de blev beroende av en informell omsorg de inte har möjligheter att säga nej till, sätter vi själva medborgarrollen för hjälpbehövande människor i dagens samhälle i gungning.

Vi tror att det skulle vara möjligt att ändra resursfördelningen inom den offentliga sektorn – och sänka dess tillväxttakt – på ett sätt som inte medförde att de varaktigt omsorgsbehövande drabbades mest. Men, om det skall kunna ske krävs det nytänkande och forskning både omkring den offentliga sektorns organisation med utvärdering av dess arbete och en bättre förståelse av förhållandet mellan offentlig och informell omsorg.

Kan resurserna i den offentliga omsorgen omfördelas?

Insikten att den stigande efterfrågan på offentlig omsorg *inte* i huvudsak beror på att omsorgsviljan i familjerelationer är på väg att försvinna, måste vara en viktig grund för nytänkande inom socialpolitiken.

Vi tror inte att det är någon god lösning på omsorgskrisen att man utan vidare organiserar mera av personliga och konkreta omsorgstjänster för enskilda människor som oavlönat arbete, vare sig i regi av välgörenhetsorganisationer eller i form av en slags obligatorisk samhällstjänst. Det första ser vi tendenser till i Norge i dag⁵, det senare är förslag som framkommit i den svenska debatten. Att bli beroende av välgörenhetsomsorg eller hjälp från någon som är "utkommenderad" för att ge den, tror vi att de flesta av oss skulle uppleva som mera förödmjukande och nedvärderande än något annat alternativ vi skulle kunna tänka oss.

Överhuvudtaget är vi skeptiska till det moraliserande som ofta torgförs inom omsorgssfären. Vi har försökt peka på materiella faktorer som är långt viktigare än försämrad "omsorgsmoral" för en förståelse av dagens situation!

Om vi riktar uppmärksamheten mot den offentliga omsorgen finns det också här en rad myter som accepteras som fakta när det gäller sambanden mellan omsorgens kvalitet, arbetsfördelning och resursfördelning. Att tex hälso- och sjukvården dominerar för mycket av specialister trots att vi först och främst behöver kvalificerade "generalister", som kan ge personlig, helhetlig och flexibel hjälp, har i flera år varit ett problem som många samhällsforskare sysslat med. Detta problem erkänns också av de offentliga myndigheter som har ansvaret för planläggningen av denna sektor.

Trots att det är nödvändigt att prioritera primärsjukvården och de enklare omsorgstjänsterna, visar det sig lika fullt att den institutionsbundna sjukvården har fortsatt att öka mest.

För att bryta utvecklingen mot ständigt större arbetsledning och specialisering, är det alltså inte tillräckligt att man utifrån klientintressen och allmän samhällssyn anser en sådan förändring nödvändig. Det måste också till att en sådan förändring

är förenlig med sjuk- och socialvårdspersonalens intressen. Inte minst måste de ledande professionerna inom hjälpapparaten i högre grad se sig be-
tjänade av en sådan utveckling, framför en fortsatt
utbyggnad av en specialiserad hjälpapparat.

Så länge det är specialisering och positioner skyd-
dade från direkt klientkontakt som ger de största
belöningarna både inkomstmässigt och i form av
professionell prestige och inflytande, är det klart att
arbeten som innebär direkt och nära kontakt med
klienterna inte kommer att vara attraktiva. För att
få en hälso- och sjukvård som kan ge bättre omsorg
är det antagligen nödvändigt med en hel rad av
organisatoriska förändringar som kan förhindra att
primärvården och den resultatslösa omsorgen *alltid*
förlorar i kampen om personalresurser och om
professionernas intresse och uppmärksamhet.⁶

Om sådana förändringar inte är enkla att realisera
skulle kanske ändå möjligheterna till detta öka om
den offentliga omsorgspersonalen inte längre kunde
leva på myten att dagens omsorgskris i allt väsent-
ligt beror på brister i den informella omsorgen. Om
dagens sjuk- och socialtjänstpersonal inte längre
kan uppträda som om de varaktigt omsorgsbehö-
vandes familjer är den offentliga omsorgens fiender
skulle det kanske också bli lättare att finna fram till
flexibla och välfungerande samarbetsformer mellan
den offentliga och den informella omsorgen.

APPENDIX

Källor till tabell 1

1. För tidigare år saknas uppgifter för åldersgruppen 45–59. G Sundbärg i *Statistisk Tidskrift* 1906: 3.
2. Efter E Haavio-Mannila & K Kari, *Statistisk Årsbok* 1953 för 1950 och 1978 för 1975.
3. G Sundbärg i *Statistisk Tidskrift* 1903 s 199 ff. 1950 och 1975: FoB resp år.
4. Framräknat ur Haavio-Mannila & Kari, loc cit.
5. Efter M Pettersson, *Deltidsarbetet i Sverige*, Arbetslivscentrum/Akademilitteratur, Stockholm 1981. Avser alla kvinnor 15 år och äldre. I åldersgruppen 16–64 år är 75.1 procent i arbetskraften 1980 (a a).

REFERENSER

1. *Sundström, G.*: The Elderly, Womens' Work, and Social Security Costs, *Acta Sociologica* 2/1982.
 2. *Brody, E.*: Long-term care for older people, Human Sciences Press, New York, 1977. – I en rapport SPRI nr 66 har Thorslund dock visat att en del intagningar på institutioner är medicinskt "onödiga" (de gamla saknar bl a anhöriga och/eller har dåliga bostäder).
 3. *Söder, M.*: Vårdorganisation, Vårdideologi och integrering, *Acta Universitatis Upsaliensis*, Uppsala 1981.
 4. *Nordhus, I. H.*: *Gammel og avhengig?* Psykologisk Fakultet, Universitet i Bergen 1981.
 5. *Martinsen, K.*: Den tvetydige veldedigheten, *Sociologi i dag*, nr 1, 1982.
 6. *McKeown, T.*: *Medicine in Modern Society*, 1965.
 7. *Titmuss, R.*: *Commitment to Welfare*, 1976.
- En fullständig referens och notförteckning kan erhållas från författarna.