

## En omsorgskrise i den danske velfærdsstat?

Dahl, Hanne Marlene; Arp, Mikkel

*Published in:*  
Samfundsøkonomen

*DOI:*  
[10.7146/samfundsokonomien.v2023i4.141647](https://doi.org/10.7146/samfundsokonomien.v2023i4.141647)

*Publication date:*  
2023

*Document Version*  
Også kaldet Forlagets PDF

*Citation for published version (APA):*  
Dahl, H. M., & Arp, M. (2023). En omsorgskrise i den danske velfærdsstat? *Samfundsøkonomen*, 2023(4), 49-65. <https://doi.org/10.7146/samfundsokonomien.v2023i4.141647>

### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact [rucforsk@kb.dk](mailto:rucforsk@kb.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# En omsorgskrise i den danske velfærdsstat?\*

Særnummer: Velfærdsstatens udfordringer, forandringer og konsekvenser

*Vi undersøger og afklarer, hvordan vi kan forstå en omsorgskrise – og dens udbredelse – i en dansk kontekst, og hvordan vi skal forstå et paradoks mellem indikatorer på en omsorgskrise og høje, positive brugerevalueringer på hospitaler og i ældreomsorgen. Vi forklarer paradokset indenfor ældreomsorgen og hospitalerne ved en forventningsbias formet af mediernes dækning af skandaler og/eller en generationseffekt, da der er tydelige tegn på en omsorgskrise. Vi konkluderer, at omsorgskrisen vil påvirke velfærdsstatens bæredygtighed på længere sigt og have stærkt kønnede effekter.*

## Indledning

Der mangler arbejdskraft. Det er ikke så mærkeligt under en dansk højkonjunktur. Men det interessante er her, at rekrutteringsproblemerne er størst på to centrale velfærdsområder, nemlig på hospitaler og på ældreområdet (Larsen & Jakobsen 2022: 6). Nyere forskning argumenterer imidlertid for, at der ikke blot er tale om en rekrutteringskrise, men en dybereliggende omsorgskrise (Fraser 2016, 2022; Dowling 2021). Som vi argumenter for i artiklen, handler en omsorgskrise i de nordiske lande både om *for lidt* og *ikke god nok* omsorg (Dahl & Hansen 2022). Konsekvenserne er bl.a. en stigende følelsesmæssig og fysisk overbelastning blandt de omsorgsprofessionelle (Stranz 2022; Jensen & Nielsen 2022), at færre ældre visiteres til hjemmehjælp, og at de visiterede får mindre hjemmehjælp. Også indenfor sundhedssektoren er der indikatorer på, at patienter ikke får den nødvendige hjælp i sundhedssystemet, men overlades til sig selv (Madsen et al. 2022). Etisk Råd har udtrykt stærk bekymring for omsorgen i sundhedsvæsenet, hvor omsorgen presses af en dominerende omkostningsbevidsthed og produktionssprog (Det Etiske Råd 2021). Der er således meget, der kunne tyde på en omsorgskrise i hospitals- og ældresektoren. Men som vi viser i artiklen, er der samtidig høje og positive brugerevalueringer af omsorgen.<sup>1</sup> Hvordan kan det passe sammen? Hvis der var en omsorgskrise, burde der vel være negative brugerevalueringer?

Artiklen undersøger paradokset mellem på den ene side, høje, positive brugerevalueringer og på den anden side indikatorer på en omsorgskrise indenfor ældre- og hospitalsområdet. I det følgende afsnit redegør vi for vores teoretiske udgangspunkt. Derefter undersøger vi velfærdsstatens inputside i forhold til paradokset: mellem omsorgen og de omsorgsprofessionelles forhold. Hertil benyttes datakilder, der spænder fra danske registerdata til omsorgsansattes



**HANNE MARLENE DAHL**

Professor, Institut for Samfund og Erhverv, Roskilde Universitet, hmdahl@ruc.dk



**MIKKEL ARP**

Stud.soc. og BA fra Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet, arp.mikkel@live.dk

fagforeningers dataanalyser. Dernæst dykker vi ned i outputsiden og ser på danske brugerevalueringer. Mere konkret beskrives borgeres evalueringer af omsorg via data fra Danmarks Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) på hospitalsområdet og via data fra Ældre Sagens fremtidsstudier. I det sidste afsnit konkluderer vi på vores analyse og peger på, at en forklaring på paradokset kan ligge i brugernes faldende forventninger på ældre- og hospitalsområdet, og at der således er meget, der, overraskende nok, tyder på en omsorgskrise på de to områder.

## Hvad er en omsorgskrise?

Omsorg er typisk noget, som vi ikke tænker over, bortset fra når vi har brug for det som de sårbare mennesker, vi er. Omsorg er både et eksistentielt og socialt livsvilkår (Tronto 1993; Fineman 2000; Twigg 2000; Thelen 2015), der involverer kropslige, affektive og kognitive elementer. Omsorg er dermed mangefacetteret og uforudsigelig og udføres typisk i et netværk af omsorgsprofessionelle, de nærmeste (typisk familie) og frivillige. Omsorg indeholder i vores optik ikke en skarp distinktion mellem behandling og omsorg, da de typisk flyder sammen – også i hospitalsvæsenet. Mens omsorg traditionelt ses udelukkende som en udgift, opfatter omsorgsteorien den som en forudsætning for eksistensen af samfund og menneskelige relationer. Og dermed bliver omsorg en del af den sociale reproduktion og dermed en forudsætning for økonomien (Fraser 2016).

Der eksisterer flere forskellige opfattelser af en omsorgskrise. Typisk har disse forståelser taget afsæt i liberale velfærdsregimer (Hochschild 1995; Tronto 2013; Fraser 2016; Dowling 2021; The care collective 2020) som den engelske eller amerikanske. De nordiske velfærdsregimer kan dog også betragtes som værende på vej ind i en omsorgskrise, der dog har en anden og mindre omfattende karakter end i de liberale velfærdsregimer (Hansen, Dahl & Horn 2022). Litteraturen om omsorgskrises i liberale velfærdsregimer har haft forskellige årsagsdiagnoser. En forsimplet forståelse af en omsorgskrise ser den udelukkende som en rekrutteringskrise foranlediget af demografiske forandringer: større efterspørgsel efter omsorg og færre, der vælger – og forbliver i arbejde i – omsorgsprofessionerne. Andre ser den som forårsaget af velfærdsstatens tilbagetrækning og ændringer i arbejds- og familiestrukturer, eksempelvis kvinders øgede erhvervsfrekvens (Hochschild 1995), mens bl.a. Nancy Fraser ser omsorgskrisen som et udtryk for en ændret kapitalisme, der skaber social- og følelsesmæssig udmattelse, tidsnød og udtynder de sociale bånd (Fraser 2016; 2022). Andre igen ser udlicitering og underfinansiering af velfærdsstaten som en årsag til omsorgskrisen i de liberale velfærdsregimer (Dowling 2021). Og endelig ses omsorg og omsorgskrisen af feministiske forskere som stærkt relateret til den utilstrækkelige anerkendelse af omsorg i vores vestlige samfund, herunder de nordiske velfærdsstater (Fraser 1989; Dahl 2010; Elstad & Vabø 2021). Omsorg har historisk været båret af kvinder. Først som ubetalt omsorgsarbejde i hjemmet dernæst som ubetalt og betalt

omsorgsarbejde i forskellige regi. Denne utilstrækkelige valorisering giver sig udtryk i en manglende respekt for omsorgens kompleksitet, og forskningen viser netop, at manglende eller utilstrækkelig anerkendelse har betydning for opgørelser indenfor omsorgsarbejdet (Johnson 2021).

Vi kontekstualiserer i artiklen vores definition af omsorgskrisen til de socialdemokratiske velfærdsregimer i Norden, da de typisk bliver opfattet som omsorgsfulde velfærdsstater grundet deres universelle omsorgsydelser som sygehuse, daginstitutioner og ældreomsorg (Esping-Andersen 1990; Vabø & Szebehely 2012) og dermed er atypiske cases for en omsorgskrise. Vi definerer en omsorgskrise som havende både en kvantitativ (mængdemæssigt) og kvalitativ (indholdsmæssig) dimension:

*”...der er utilstrækkelige ressourcer til omsorg og fraværet af tilstrækkelig god omsorg” (Dahl & Hansen 2022: 8; oversættelse HMD).*

Dvs. at der både er for lidt og ikke tilstrækkelig god omsorg. Da omsorg er betalt, ledet, politisk styret og professionaliseret i velfærdsstaten, vil der være konflikter omkring allokering (midler og tid), prioriteringer og idealer for god omsorg (Dahl 2017). ”Tilstrækkelig god omsorg” skal forstås som en slags nedre grænse for, hvad der i en given velfærdsstatslig kontekst konstituerer acceptabel omsorg (Williams 2001). Tilstrækkelig god omsorg vil i vores forståelse involvere dialog (Tronto 1993), og dermed at omsorgsbehov ikke tages for givet, men kontinuerligt identificeres, handles på og tilpasses omsorgssituationen (Mol 2007; Tronto 2010). Dermed er god nok omsorg i et vist omfang i opposition til en forståelse af god omsorg som standardiseret omsorg.

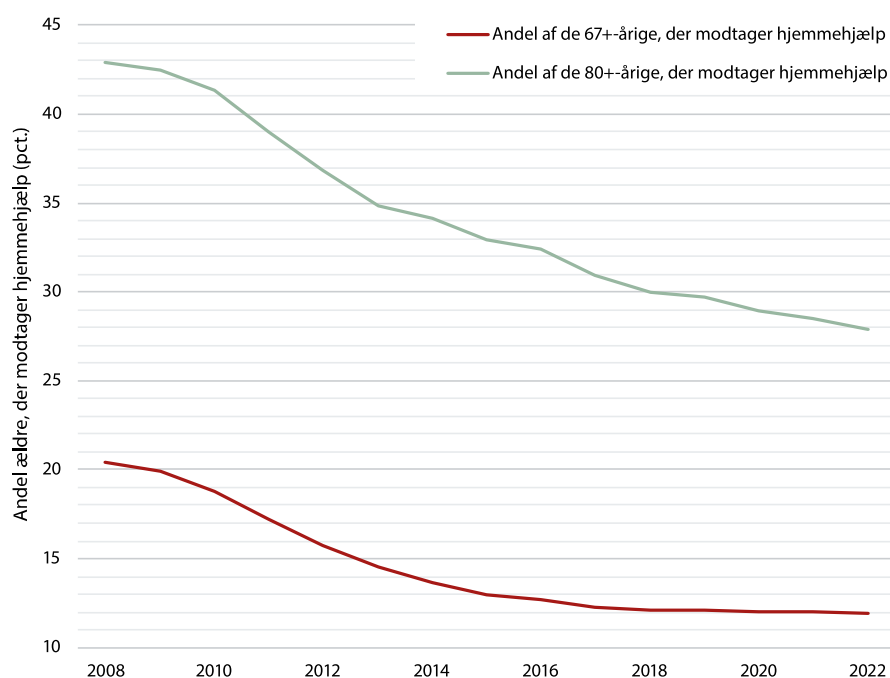
I de sidste årtier er omsorgen blevet anderledes og udtyndet, hvor sidstnævnte henviser til, at dele af den hidtidige omsorg er forsvundet. Omsorgen er i større omfang blevet kompleks og fragmenteret, hvilket gør det vanskeligt at navigere i for bl.a. ældre og pårørende (Riskjær 2019). Samtidig er omsorg i nogle dele af velfærdsstaten konverteret til egenomsorg (Dahl 2012) eller helt forsvundet. Omsorgskrisen er relateret til effekterne af den neoliberale/*New Public Management (NPM)*-baserede styring i den offentlige sektor, der i stor stil har effektiviseret og standardiseret omsorgen for ældre og på hospitaler. Selvom NPM er suppleret med andre styringsparadigmer som *New Public Governance (NPG)* (Torfing et al. 2020; Sørensen & Torfing 2017), er der stadigvæk gennemgribende mål- og rammestyrt og standardisering som bl.a. nationale indikatorprogrammer i sundhedsvæsenet og fælles sprog i omsorgen for ældre. Omsorgskrise modereres på den ene side af den arbejdsmarkedspolitiske model og velfærdsstaten (Hansen & Dahl 2022), på den anden side forstærkes omsorgskrisen af den omfattende styringsvilje og detaljestyrt, som de nordiske velfærdsstater også indeholder. Internt i omsorgen sker der med introduktionen af NPM flere forskydninger: en forskydning mod det målbare og resultatorienterede, og en anden, hvor dokumentation af omsorgen fylder mere og dermed reducerer tiden til selve omsorgen. Nordiske forskere har i deres analyser iagttaget en stigende følelsesmæssig og kog-

nitiv overbelastning af de omsorgsprofessionelle og af udbrændthed (Stranz 2022; Jensen & Nielsen 2022). Nogle bruger begreber som omsorgstræthed og forråelse omkring de psykisk-afektive processer (Birkmose 2020), der kan hænge sammen med omsorgsarbejdets standardisering, effektivisering og intensivering. Mens megen forskning ift. omsorgskrise handler om de omsorgsprofessionelle, så savnes der forskning om modtagerne af omsorg indenfor dette forskningsfelt. Derved bliver en præmis, at de omsorgsprofessionelles belastning breder sig til kvaliteten af omsorgen. Denne forudsatte automatik vender vi tilbage senere.

## Den danske omsorgskrisens udbredelse

Vi har defineret en omsorgskrise som havende både en kvantitativ og kvalitativ dimension, dvs. hvorvidt der er tilstrækkelig – og tilstrækkelig god – omsorg. Vi refererede indledningsvis blandt andet til, at der var et paradoks mellem en omsorgskrise forstået som en velfærdsstatlig tilbagetrækning på ældreområdet og positive brugerevalueringer. Vi vil først fordybe os i input-siden til omsorgen og de omsorgsprofessionelles arbejdsforhold, hvor vi ser en tilbagetrækning af velfærdsstaten i ældreomsorgen gennem en reduktion i antallet af hjemmehjælpsmodtagere i figur 1.

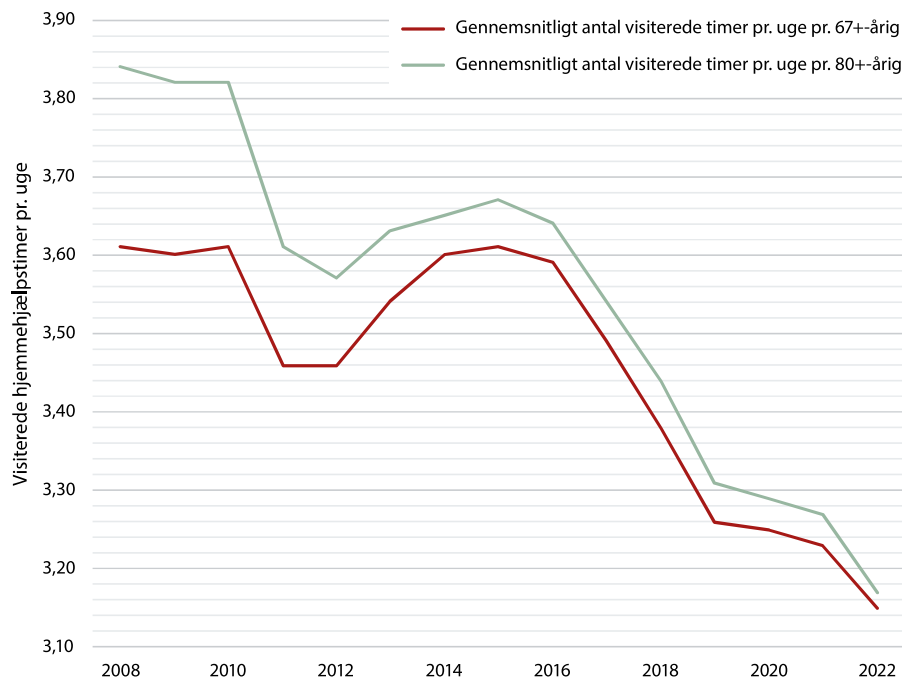
Figur 1. Andel ældre, der modtager hjemmehjælp (pct.) (2008-2022)



Anm.: Tabellen omfatter alle modtagere af hjemmehjælp omfattet af frit valg på hjemmehjælpsområdet, uanset om de modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp. Vægtede gennemsnit. Kilde: ECO Nøgletal og Danmarks Statistikbank (AED06 og AED022).

Her ses en støt faldende andel af ældre, der modtager hjemmehjælp. Dvs. at der over en tiårig periode nu ikke længere er ca. 43% af de 80+-årige, der modtager hjemmehjælp, men kun ca. 28%. Det kan skyldes, at disse generationer er raskere end før, eller at effekterne af hverdagsrehabilitering slår igennem. Endelig kan det også skyldes en strammere visitation i kommunerne, herunder relateret til lavere kvalitetsstandarder. Samtidig ses det af figur 2, at de visiterede modtager færre hjemmehjælpstimer pr. modtager.

Figur 2. Visiterede hjemmehjælpstimer pr. uge – fordelt på aldersgruppe (2008-2022)

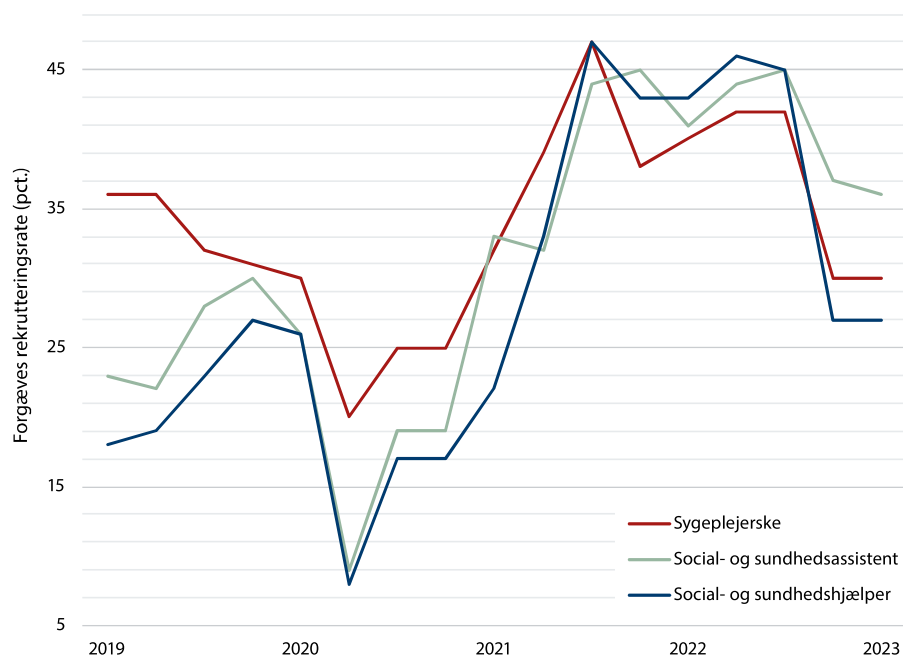


Anm.: Tabellen omfatter alle modtagere af hjemmehjælp omfattet af frit valg på hjemmehjælpsområdet, uanset om de modtager personlig pleje og/eller praktisk hjælp. Vægtede gennemsnit. Kilde: ECO Nøgletal og Danmarks Statistikbank (AED06 og AED022).

Her ses en faldende tendens i antal visiterede timer. Dvs. at ældre visiteret til hjemmehjælp i gennemsnit får mindre hjælp – og dermed at omsorgen bliver til egenomsorg, eller at nærtstående varetager omsorgen (typisk familien; ifølge forskningen ved vi, at det i overvejende grad er døtre og svigerdøtre), der tilkøbes omsorgsydelser fra private firmaer, eller at der er omsorg, der ikke varetages. Hvis sidstnævnte er tilfældet, vil der være tale om udækkede omsorgsbehov, hvilket også tidligere forskning har påvist (Rostgaard og Matthiesen, 2016). Dermed er der tale om omsorgssvigt.

Hvis vi ser på andre indikatorer, kan vi se, at der dels er sket en fordobling af forgæves rekrutteringer i ældre- og hospitalssektoren, dels at der er faldende optag til uddannelserne indenfor området. Lad os se på de forgæves rekrutteringer fra 2019-2023 i figur 3.

Figur 3. Forgæves rekrutteringsrate i ældre- og hospitalssektorerne (pct.) (2019-2023)

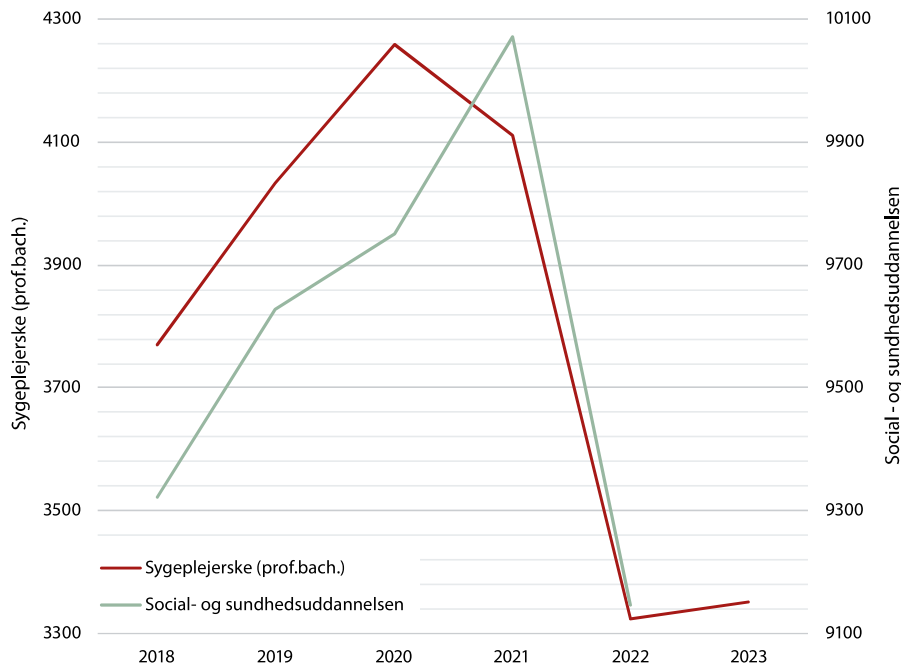


Kilde: Rekrutteringssurveys 2019-2023, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering.

Her ses, at der er stigende rekrutteringsproblemer i ældre- og hospitalssektoren, hvor næsten halvdelen af alle stillingsopslag halvvejs inde i 2021 ikke kunne besættes af kvalificeret personale. På trods af forgæves rekrutteringer besættes stillinger nemlig ofte med personale, der ikke har de efterspurgte kompetencer. Der er sket en lille forbedring siden, så det nu er mellem 30 og 35% af stillingsopslagene blandt social- og sundhedsmedarbejderne samt cirka 25% af stillingsopslagene blandt sygeplejerskerne, der ikke har succes med at ansætte kvalificeret personale. Det betyder, alt andet lige, at der skal arbejdes hurtigere og mere intensivt for personalet med uddannelse, hvis kvaliteten på omsorgen skal opretholdes. Derudover bruges der med ufaglærte mere tid på oplæring og kommunikation omkring enkelte ældres og patienters tilstande. Udviklingen på området ser tilmed ikke ud til at blive bedre i fremtiden, da optaget til omsorgsuddannelserne falder kraftigt fra 2020 og fremefter. Det ses af figur 4.

Dermed er der en alvorlig rekrutteringskrise. Det forstærkes yderligere af, at eksempelvis generationssammensætningen i ældresektoren i forvejen er meget skæv, og at mange medarbejdere derfor er på vej på pension (FOA, 2011). Når der mangler omsorgsprofessionelle, rammer det de svageste i samfundet, nemlig dem, der er afhængige af andre for at kunne få et bad eller få gjort rent. Samtidig kan manglen på omsorgsprofessionelle resultere i en selvforstærkende proces, hvor færre omsorgsprofessionelle skal håndtere flere og dårligere borgere, og dermed udsigt til et større arbejdspress, overbelastning, og dermed også at potentielt flere ønsker at forlade omsorgssektoren, og at færre søger ind på uddannelserne.

Figur 4. Optaget til uddannelser relateret til ældre- og hospitalssektorerne (antal) (2018-2023)



Kilde: Danmarks Statistik og Den Koordinerede Tilmelding (KOT).

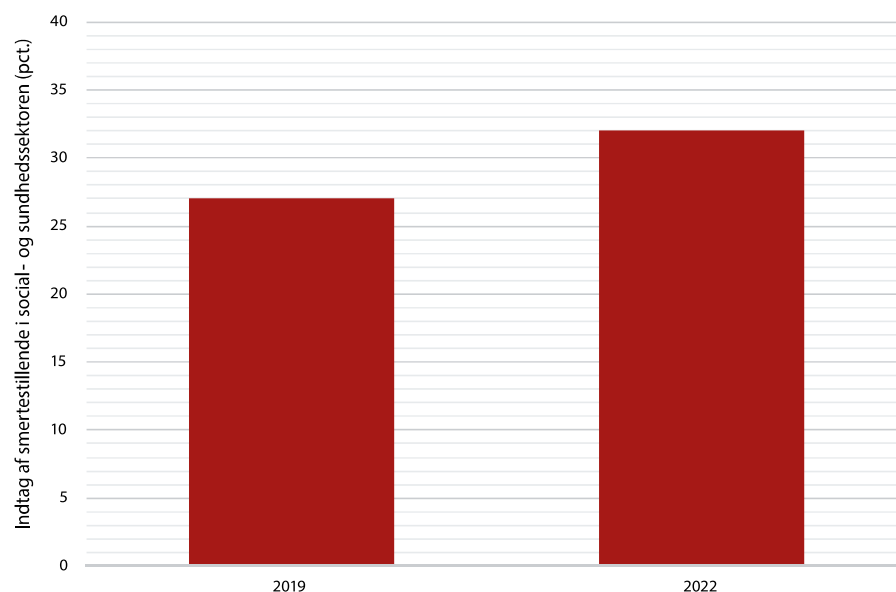
Men der er tegn på, at omsorgskrisen er mere end en rekrutteringskrise, nemlig en mere grundlæggende, strukturel ubalance. Det så vi af velfærdsstatens tilbagetrækning og det ser vi bl.a. også i den stigende brug af smertestillende medicin blandt social- og sundhedsmedarbejderne. Af figur 5 ser vi, at andelen af social- og sundhedsmedarbejdere, der indtager smertestillende medicin over en treårig periode, er stigende.

Dvs. at de professionelle går på arbejde ud fra en pligtfølelse, men hvor krop og hoved ikke har nået at restituere sig ordentligt ovenpå gårsdagens arbejde. Det er bekymrende, også selvom tallene ikke indikerer noget om mængderne af medicinindtaget. Det kan på længere sigt resultere i nedslidning, udbrændthed og/eller tidligere pensionering, samt at der på arbejdet begås flere fejl, når de omsorgsprofessionelle også tager medicin.

En smule anderledes ser det imidlertid ud på hospitalsområdet. Hvis vi ser på arbejdspresset blandt sygeplejerskerne, er billedet nemlig ikke ligeså entydigt. Det ses af figur 6 med selv vurderet arbejdspress.

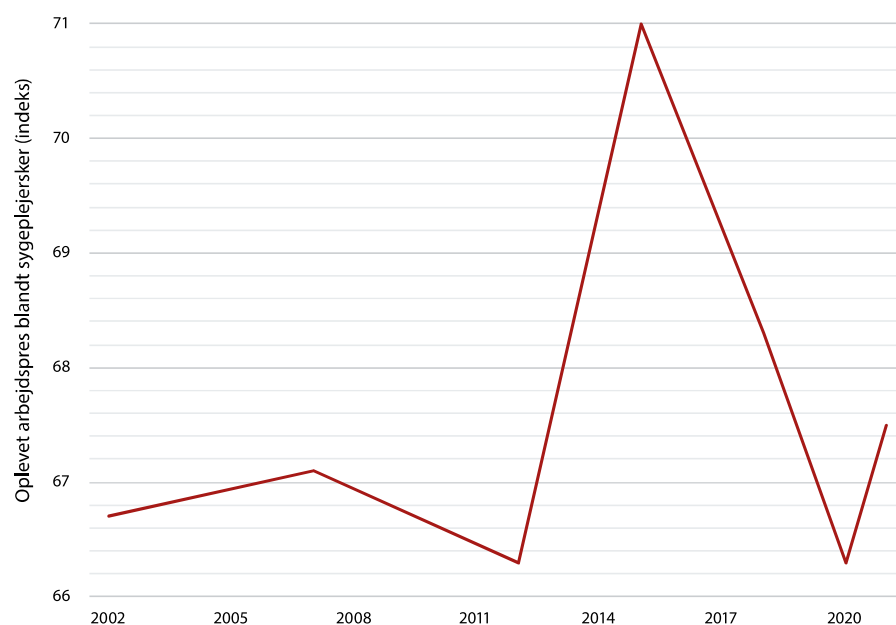


Figur 5. Indtag af smertestillende medicin i social- og sundhedssektoren (pct.) (2019-2022)



Anm.: I søjlerne er andelen, der svarer, at de dagligt eller en eller flere gange om ugen indtager smertestillende medicin for at kunne passe deres arbejde, opgjort. Kilde: FOA's arbejdsmiljøundersøgelse 2019 (n = 2479), 2022 (n = 2909), Fag og Arbejde (FOA).

Figur 6. Oplevet arbejdspress blandt sygeplejersker (indeks) (2002-2021)



Anm.: Data er vægtet og indekseret over spørgsmålet: "Er det nødvendigt at arbejde meget hurtigt?", således, at høje værdier indikerer oplevelse af højt arbejdspress, imens lave værdier indikerer oplevelse af lavt arbejdspress. Kilde: Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred – SATH 2002 (n = 4559), 2007 (n = 4950), 2012 (n = 1975), 2015 (n = 2208), 2018 (n = 3503), 2020 (n = 2820), 2021 (n = 2253), Dansk Sygeplejeråd Analyse (DSR Analyse). Undersøgelserne er foretaget blandt et bredt udsnit af basis-sygeplejersker, sygeplejersker med specialistfunktion og lignende.

Her ses en stigning af oplevet arbejdspress indtil 2017, hvorefter det falder og stiger efter den første nedlukning i 2020. Ændringerne er dog små, og vi kan derfor ikke se en entydig tendens til øget arbejdspress. Det kan skyldes, at sygeplejerskernes funktion i ældreplejen er anderledes end social- og sundhedsmedarbejdernes, og at sygeplejersker på hospitaler ikke er så hårdt ramt som ældresektoren.

Vi ser således en omsorgskrise på ældreområdet: faldende optag af nye studerende, et meget højt antal af forgæves rekrutteringer af kvalificeret personale og et stigende forbrug af smertestillende medicin blandt social- og sundhedsmedarbejdere. Forhold, som presser omsorgen både i omfang og indhold, og som ikke forbedres, men tværtimod forværres i den nærmeste fremtid pga. kraftigt faldende optag. Imod en mere generel omsorgskrise taler dog, at særligt sygeplejersker ikke oplever et stigende arbejdspress. Hospitalsområdet ser således ikke ud til at være i samme alvorlige krisesituation som ældreområdet ift. arbejdspress.

## Høje, positive, brugerevalueringer: en paradoksal udvikling?

Som antydnet i indledningen hænger denne tilsyneladende begyndende omsorgskrise imidlertid ikke sammen med, at der indenfor både hospitals- og ældresektoren eksisterer høje, positive brugerevalueringer. Derfor ser vi i dette afsnit på, om disse brugerevalueringer faktisk kan bruges til at fortælle noget om omsorgsarbejdets output, imens vi forsøger at komme med et mere retvisende billede på, hvordan outputtet i hospitals- og ældresektoren egentlig ser ud.

### Anvendeligheden af brugerdrævede evalueringspraksisser i velfærdsstaten

Det er i dagens Danmark en væsentlig forudsætning at omsorgsarbejdets outputs evalueres og måles fra brugeres synspunkt. Det skyldes særligt fremkomsten af NPM, hvis erklærede mål om konkurrenceudsættelse gør det nødvendigt at ensrette og kende konkrete måltal på leverede services (Petersen et al. 2015; Dahl & Rasmussen, 2012). Parallelt med denne fremkomst, og som delvis konsekvens heraf, er det patientcentrerede behandlingsideal vokset frem i hospitalssektoren. Her skabes et sundhedsvæsen, som er lyttende overfor den individuelle patients præferencer og behov (Institute of Medicine 2001, 39-40). Et tilsvarende omsorgsideal eksisterer i ældresektoren, idet idéen om patientcentreret omsorg vinder frem, hvor patienters ønsker eksempelvis er med til at forme de beslutninger, der træffes i plejen (Wilberforce et al. 2017, 13-14). Fælles for disse tilgange er med andre ord tilskyndelsen til at måle og undersøge individuelle patienters oplevelser og erfaringer.

Litteratur på området problematiserer, hvorvidt patienttilfredshed kan anses som et validt mål for omsorgsarbejdets output (for mere herom se Williams 1998; Ross et al. 1995; Strasser et al. 1993). Tilfredshed anses nemlig for at være for sensitivt overfor borgeres forventninger. Derfor trumfer forventningerne de oplevelser, som patienterne har med, hvad der faktisk sker (se både Wong et al. 2020, 2-3; Delnoij 2009, 354 samt Sixma et al. 1998, 83-84). Indlægges man akut på en hospitalsafdeling med en forventning om, at man skal møde et dårligt og usammenhængende sundhedsvæsen, så er det sandsynligt, at man vil afrapportere større tilfredshed, hvis det viser sig, at hospitalet faktisk hænger sammen og er i stand til at yde behandling. Der kan med andre ord være tale om, at der i brugerevalueringer ligger en forventningsbias, der gør disse evalueringer upålidelige. Netop samme tematik behandler Nielsen & Andersen (2006) i deres undersøgelse af myter og virkelighed i den danske ældrepleje.

### Resultater fra danske brugerevalueringer på hospitals- og ældreområdet

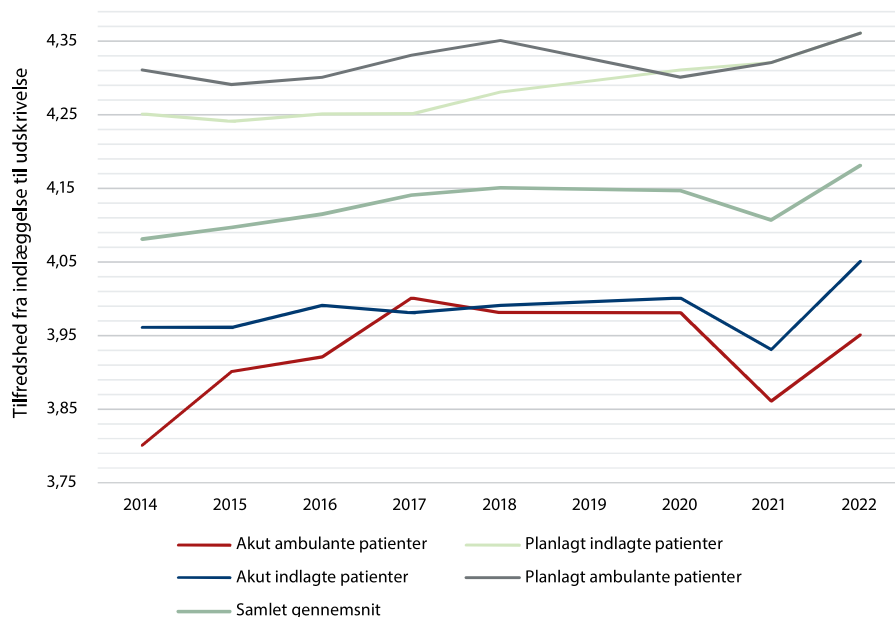
Vi vil nu undersøge og diskutere de høje og positive resultater fra de brugerdrevne evalueringer på hospitals- og ældreområdet. I figur 7 er danske patienters gennemsnitlige tilfredshed opgjort fra 2014 til 2021 med anvendelse af Danmarks Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Her ses, at alle patientgruppers tilfredshed samlet set ligger relativt stabilt i den opgjorte periode<sup>2</sup> og med relativt høje og positive brugerevalueringer hen over hele perioden. Fælles for LUP-undersøgelserne er imidlertid, at ressourcetsvage patienter i mindre grad deltager i patientevalueringerne, hvorfor centrale perspektiver på omsorgsarbejdets output muligvis overses (Jørgensen et al. 2021). Det betyder, at man generelt set bør nedtone de positive konklusioner, som LUP-undersøgelserne ellers lægger op til at drage (Andersen et al. 2012).

Udviklingen er, i lyset af artiklens tidligere billede på hospitalsvæsenets udfordringer i de seneste år, ikke umiddelbart oplagt – og heri består præcis det paradoks, som artiklen tidligere har fremstillet. Årsagen hertil kan dog netop *muligvis* være, at det snarere er patienternes forventninger til behandlingsforløbet, der er faldet i perioden, og at patienterne på landets hospitaler derfor faktisk afrapporterer en tilsvarende tilfredshed hen over en periode, hvor omsorgsarbejdets output forværres. Undertiden er det svært at fastlægge, på hvilken måde danske patienters forventninger udvikler sig, men set i lyset af de sidste mange års negative historier om hospitalsvæsenet (eks. mediedækningen af kræftskandalen på Aarhus Universitetshospital i foråret 2023), synes det at være en plausibel tese, at forventningerne er dalende.

For at se på problemerne med denne forventningsbias, kan man kigge på mere faktuelle indikatorer på omsorgsarbejdets output. Blandt andet er ventetiden fra udredning på sygehus til påbegyndt behandling steget fra 31 dage i 2020 til 46 dage i 2023 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2023). Det er klart, at

den negative udvikling er påvirket af større eksogene faktorer, der siden 2020 har plaget de danske hospitaler, navnlig coronakrisen samt sygeplejerskestrejken i 2021. Dog er udviklingen også forårsaget af endogene faktorer såsom manglen på autoriserede specialsygeplejersker på særligt intensiv- og anæstesiområderne (ibid., 9). Det indikerer, at den negative udvikling faktisk hænger sammen med rekrutteringskrisen på hospitalsområdet, som den er beskrevet i figur 3 og 4. Således maler disse mere objektive indikatorer på omsorgsarbejds output et mere negativt billede end brugerevalueringerne i figur 7.

Figur 7. Samlet tilfredshed med forløbet fra indlæggelse til udskrivelse (2014-2022)



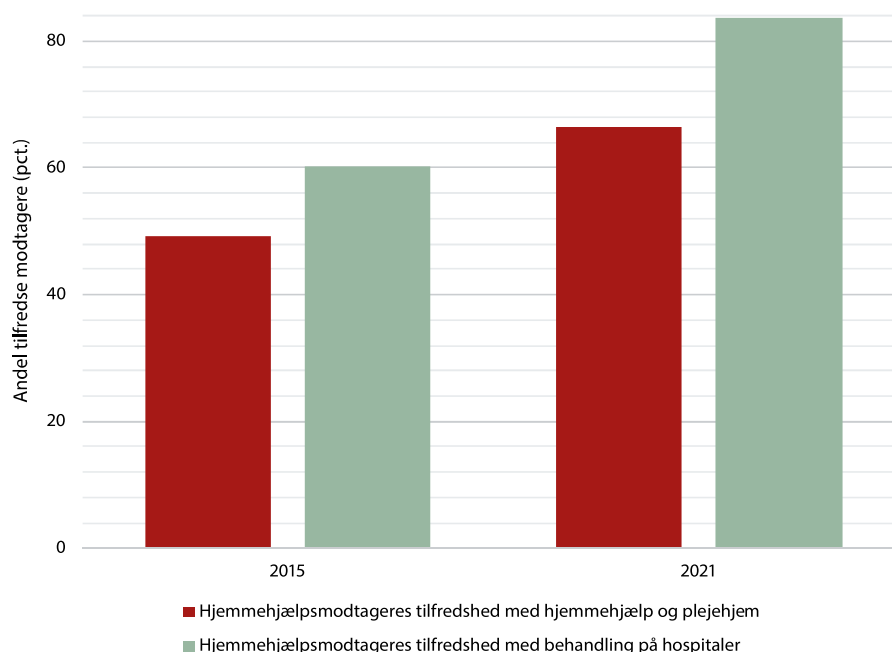
Anm.: Gennemsnitscore på spørgsmål, der relaterer sig til en samlet tilfredsvurdering af forløbet på hospitalet (hvor 1 er lavest tilfredshed og 5 er højest). Antal respondenter rapporteres samlet på alle patientgrupper: 2014 (n = 147.349), 2015 (n = 172.145), 2016 (n = 164.857), 2017 (n = 166.636), 2018 (n = 161.947), 2020 (n = 142.747), 2021 (n = 126.292), 2022 (n = 395.543). Kilde: Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) 2014 – 2021, Center for Patientinddragelse, Region Hovedstaden.

For at analysere det samme sagsforhold på ældreområdet tager artiklen udgangspunkt i data fra Ældre Sagens fremtidsstudier, der i 2015 og 2021 har indsamlet data om ældres liv, holdninger og bekymringer blandt et repræsentativt udsnit af danskere mellem 50 og 85 år.

I de følgende datafremstillinger har vi krydset respondenter fra undersøgelsen, der svarer, at de modtager hjemmehjælp, med selvsamme respondents svar på spørgsmål om tilfredshed. Det antages, at denne krydsning medfører, at vi kan betragte undersøgelsens hjemmehjælpsmodtagerne som en repræsentativ stikprøve for landets hjemmehjælpsmodtagere som sådan. Ser vi på hjemmehjælpsmodtageres tilfredshed med hjemmehjælp og hospitalsomsorg er det i figur 8 tydeligt, at tilfredsheden fra 2015 til 2021 er stigende, alt andet lige. Det er det under forudsætning af, at enighed i at den leverede pleje

og omsorg er værdig, kan betragtes som en indikation på tilfredshed med selvsamme. Det bør her bemærkes, at udviklingen kun er målt gennem to datapunkter (2015 og 2021), hvorfor vi ikke bør overdrive denne konklusion. Yderligere bør man fra figur 8 fremhæve, hvordan hjemmehjælpsmodtageres tilfredshed med behandlingen på hospitaler er systematisk højere end tilfredsheden med hjemmehjælp og plejehjem. Blandt meget andet kan denne systematik sandsynligvis skyldes, at disse ældre hjemmehjælpsmodtagere ofte vil opleve større normering pr. ældre på hospitaler. Den gennemsnitlige positive udvikling ser dog ud til at stige lige meget for begge områder, og endnu en gang er det ikke oplagt, omsorgskrisens stigende omfang, som blev redegjort for i artiklens tredje del, taget i betragtning.

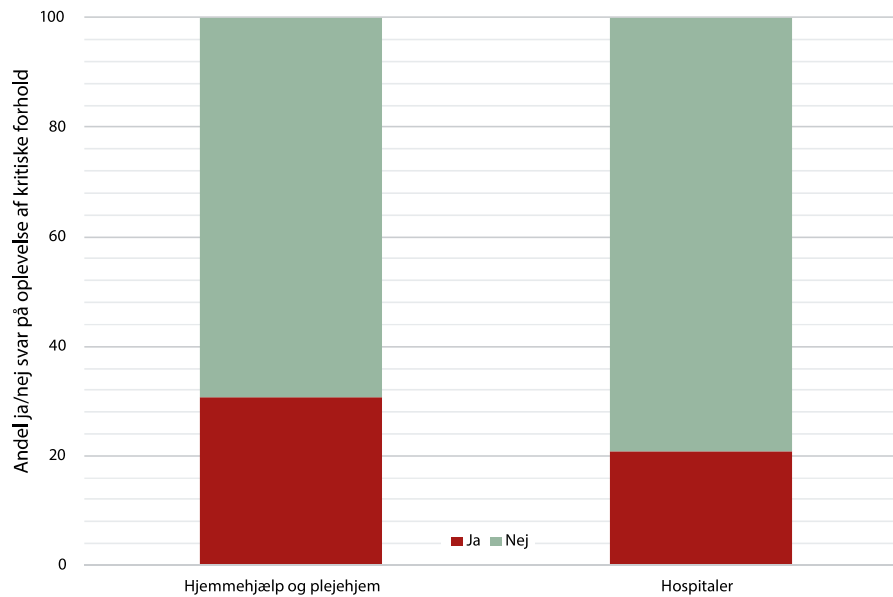
Figur 8. Tilfredse modtagere af hjemmehjælp og hospitalsservice (pct.) (2015-2021)



Anm: Ovenstående andele består af andelen af hjemmehjælpsmodtagere, der "i høj grad" eller "i nogen grad" er enige i, at ældre i hjemmeplejen og på plejehjem – samt ældre på hospitaler – i Danmark generelt får en værdig pleje og omsorg i dag. Kilde: Fremtidsstudiet 2015 (n = 436, vægtet n = 130.807) & 2021 (n = 327, vægtet n = 113.783), Ældre Sagen.

Igen kan det dog ikke udelukkes at den stigende tilfredshed med omsorgen på ældreområdet skyldes et forventningsbillede i forandring; det være sig lavere forventninger som følge af mediedækning (som tematiseret hos Nielsen & Andersen (2006)) eller som følge af generationers forskelligartede forventninger til velfærdsstaten (Skaftø & Nielsen 2021, 108). Lavere forventninger kan også skyldes andre forhold, som f.eks. at forholdet mellem omsorgens forskellige elementer ændres gennem eksempelvis mindre rengøring. Og når der typisk har været mere utilfredshed med rengøring end kropslig omsorg, er det forventeligt, at tilfredsheden stiger, når rengøring udgør en mindre del af hjemmehjælpens omsorgsarbejde.

Figur 9. Hjemmehjælpsmodtageres oplevelse af kritisable forhold (pct.) (2021)



Anm.: Ovenfor er den procentmæssige fordeling mellem ja og nej svar opgjort hos modtagere af hjemmehjælp på spørgsmålet om, hvorvidt man selv eller ens nærmeste har oplevet kritisable eller uværdige forhold i hjemmepleje og på plejehjem i Danmark og med hensyn til behandling, pleje og omsorg på de danske hospitaler. Data er vægtet. Kilde: Fremtidsstudiet 2021 (n = 327, vægtet n = 113.783), Ældre Sagen.

I forsøget på at afbøde konsekvenser af den mulige forventningsbias forsøger vi igen her at analysere mere faktuelle oplysninger fremfor tilfredshed; oplevelser (som bl.a. Wong et al. 2020, 3 foreskriver). Derfor ser figur 9 på en beskrivelse af de oplevelser, som modtagere af hjemmehjælp har med velfærdsstatens omsorg i 2021; mere konkret ser den på hjemmehjælpsmodtageres oplevelse af kritisable forhold i hjemmeplejen og på hospitaler i 2021. Figuren viser mest markant, at hele 30% af hjemmehjælpsmodtagerne – eller deres nærmeste – i undersøgelsen har oplevet kritisable forhold i hjemmeplejen og på plejehjem i Danmark. Selvom Ældre Sagens data ikke gør det muligt at undersøge spørgsmålet over en længere tidsperiode, så er det alligevel i særdeleshed bemærkelsesværdigt, at omkring hver tredje hjemmehjælpsmodtager i 2021 selv har – eller kender nogle, der har – oplevet kritisable eller uværdige forhold på ældreområdet. Spørgsmålet er dog, om figur 9 kommer brugerevalueringernes forventningsbias til livs. En opfattelse af, hvad der er et kritisabelt forhold, og hvad der ikke er, kan klart tænkes at være påvirket af de forventninger, som hjemmehjælpsmodtagerne eller deres nærmeste har til forholdene på både ældre- og hospitalsområdet.

Det er således vanskeligt at udgrænse forventningsbias' betydning i forhold til at få et mere retvisende billede af, hvorvidt vi kan identificere en omsorgskrise i Danmark. På hospitalerne så vi oprindeligt et paradoks, men det kan delvist forklares ved at brugerevalueringerne overvurderer tilfredsheden, og dermed at paradokset i et vist omfang ikke er så udtalt, når der ses på ventetider. På ældreområdet er billedet lidt mere mudret. Noget data opretholder billedet af

et paradoks, idet der f.eks. fra 2015 til 2021 ses en stigende tilfredshed blandt hjemmehjælpsmodtagerne på trods af omsorgskrisens tilstedeværelse ud fra input-faktorerne. Andet data bekræfter omsorgskrisen og eliminerer nærmest paradokset ved, at 1/3 oplever kritisable forhold i hjemmehjælpen. Sidstnævnte data er kun et øjebliksbillede, og spørgsmålet er, hvorvidt disse data overhovedet kan reducere forventningsbiasen? På grund af datas beskaffenhed kan det derfor være vanskeligt at få et retvisende billede af omsorgen på output-siden, da vi ikke kan afvise betydningen af en forventningsbias.

## Konklusion

Vi identificerede indledningsvis et paradoks for hhv. ældre- og hospitalssektoren: Hvordan kunne vi få indikatorer på en omsorgskrise (på inputsiden) og positive brugerevalueringer (på outputsiden) til at passe sammen på de to felter? Umiddelbart virker de to forhold selvmodsigende. Undervejs viste den metodiske litteratur om brugerevalueringer, at de ikke kunne stå alene, men måtte suppleres af data af mere objektiv karakter. Men det var statistisk svært at finde data for danske forhold i ældreplejen og på hospitaler i forskellige databaser, der ikke indeholdt elementer af en forventningsbias. Ved at inddrage data af mere objektiv karakter bliver noget af det, som hidtil har været skjult i omsorgen, italesat og synligt.

Mens vi kunne se en tydelig omsorgskrise i ældreomsorgen, var omsorgskrisen ikke helt så udtalt på hospitalerne. På ældreområdet var omsorgskrisen karakteriseret ved mindre hjemmehjælp, et meget højt antal forgæves rekrutteringer og et stigende forbrug af smertestillende blandt de omsorgsprofessionelle. Det tyder på diskontinuitet og intensivering af arbejdet. Identifikationen af en omsorgskrise i ældreomsorgen er i overensstemmelse med det store antal af kritisable forhold i hjemmeplejen eller på plejehjem som de ældre oplever. Den eneste indikator, der ikke peger på en omsorgskrise, er den stigende tilfredshed fra 2015-2021 med hjemmehjælp blandt ældre. Noget kunne tyde på, at der her var tale om et paradoks, der ifølge den metodiske litteratur kan forklares vha. et forventningsbias eller et generationsspørgsmål. Mediernes dækning af diverse skandaler på plejehjem kan have flyttet de ældres forventninger i negativ retning, der forklarer den høje tilfredshed, når de oplever hjemmehjælp og plejehjem.

På hospitalsområdet er omsorgskrisen ikke helt så udtalt. Ud fra den tilgængelige empiri var der indikatorer på en omsorgskrise ift. optag, forgæves rekrutteringer, Det Ethiske Råds bekymring m.m. Men på trods af disse forhold er det selvoplevede arbejdspress blandt sygeplejersker ikke over tid væsentligt forringet. Og heller ikke i patienternes evalueringer er der en klar, faldende tendens.

At vi ikke kan aflæse krisen entydigt i evalueringerne, kan udover forventningsbias skyldes mange forhold. Det kan skyldes, at der ikke er en automatik mellem de omsorgsprofessionelles belastning og omsorgen. Det kan f.eks. forklares ved, at de omsorgsprofessionelle "navigerer tidsmæssigt" i deres ar-

bejde; eksempelvis ved at udskyde ikke akutte opgaver, forkorte egne pauser og prioritere i arbejdsopgaver (se bl.a. Tufte & Dahl (2016)). Derudover er der også en risiko for, at den reelle udvikling forsvinder i den kompleksitetsreduktion, som Dahler-Larsen (2011) anklager evalueringsinstrumenterne for at udøve (Dahler-Larsen 2011, 159-160). Dertil er omsorg kompleks, uforudsigelig og personafhængig – og dermed både vanskelig at indskrive i sproget og standardisere. Det er kompetencer – og forhold – som er svære at italesætte (Dahl 2000; Det Ethiske Råd 2021; Grøn et al. 2023).

Vores oprindelige paradoks kommer dermed også til at handle om, hvordan vi skal forstå, hvad der sker internt i velfærdsstaten. Med andre ord, hvad der sker mellem input, arbejdsforhold og output bredt set. Det vil sige, hvordan vi kan forstå de omsorgsprofessionelle, og hvordan de agerer i et krydspres (Lipsky, 1980), fungerer som buffere (Vabø 2006) og koordinerer uformelt og løbende for at skabe sammenhængende omsorg (Karstensen et al. 2022). Alternativt kunne supplerende forklaringer også handle om patienters og ældre medborgeres solidaritet med velfærdsstatens professionelle: ”Det er jo ikke deres skyld – de løber jo så hurtigt, som de kan!”

Når vi således ikke kan afblæse omsorgskrisen på de to områder på trods af positive brugerevalueringer, så er det vigtigt at være opmærksom på de langsigtede konsekvenser for velfærdsstaten. Det handler både om konsekvenser for de svagelige ældre, patienter, deres pårørende og de omsorgsprofessionelle. Vi ved, at kvinder er mere afhængige af velfærdsstaten end mænd, hvorfor det også typisk er kvinder, der skal lappe hullerne i omsorgstæppet ved fraværet af eller ikke god nok omsorg. De omsorgsprofessionelle er for ca. 90 %'s vedkommende kvinder (Kvinfo, 2022). De langsigtede konsekvenser af et højt, intensiveret arbejdstempo (med flere vikarer/ufaglærte) kan resultere i flere moralske dilemmaer samt en øget fysisk og følelsesmæssig udmattelse hos kvinderne, og det kan igen resultere i flere sygdomsmeldinger, flere tidlige pensioneringer og samtidig skabe dårlige, selvforstærkende processer. Det påvirker velfærdsstatens bæredygtighed på langt sigt.

## Noter

- \* Taksigelse: Foruden taknemmelig adgang til udgivelser fra FOA og Dansk Sygeplejeråd vil vi gerne anerkende den hjælp, som vi i vores dataarbejde har fået af både Center for Patientinddragelse og Ældre Sagen. Særligt skal lyde et tak til Ældre Sagen, der med adgang til rådata fra Fremtidsstudiet 2015 og 2021 har givet os et nyt indblik i hjemmehjælpsmodtageres tilfredshed med velfærd.
1. På hospitalsområdet refererer vi til den samlede behandling og omsorg, der benævnes ”omsorg” her.
  2. I figur 8 ligger tilfredshedsgennemsnittet omkring 4 på en skala fra 1 til 5, og en noget anden, om end også interessant, diskussion ligger i spørgsmålet om, hvorfor gennemsnittet i et af Europas bedste sundhedssystemer (Björnberg & Yung 2018, 26) trods alt ikke er højere?



## Referencer

- Andersen, A.R., M. Fuglsang & D. Kyed (2012). The National Danish Survey of Patient Experiences has a small positive bias. *Ugeskrift for læger* 174 (40): pp. 2372-2374.
- Birkmose, D. (2020). *Når gode mennesker handler ondt – Tabuet om forræelse*. Odense: Syddansk universitetsforlag.
- Björnberg, A. & P.A Yung (2018). Euro Health Consumer Index 2018. Health Consumer Powerhouse LTD. Belgien.
- Dahl, H.M. (2000). *Fra kitler til eget tøj – Diskurser om omsorg, professionalisme og køn*. Aarhus: Politica.
- Dahl, H.M. (2011). "An old map of state feminism and an insufficient recognition of care", *NORA* 18 (3): pp. 152-166.
- Dahl, H.M. (2012). "Neo-liberalism meets the Nordic Welfare State – Gaps and Silences", *NORA* 20 (4): pp. 283-288.
- Dahl, H.M. (2017): *Struggles in (Elderly) Care – A Feminist View*, London: Palgrave Macmillan.
- Dahl, H.M. & B. Rasmussen (2012). Paradoxes of elderly care – the Nordic model, pp. 29-49 i Annette Kamp, Helge Hviid & Klaus Nielsen (red.), *Transitions in Elderly Care: Management, Work and Meaning*. København: Copenhagen Business School Press
- Dahl, H.M. & L.L. Hansen (2022): "Introduction: A care crisis in the Nordic Welfare States?" in Hansen, L.L.; Dahl, H.M. & Horn, L. (eds). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Bristol: Policy Press: pp. 9-37.
- Dahler-Larsen, P. (2011). Om Evalueringsbølgens Samfundsmæssige Dynamik Og Begrænsninger i Nogle Af de Aktuelle Evalueringsystemer. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom Og Samfund* 8 (15): pp. 149-164.
- Delnoij, D.M. J. (2009). Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England? *European Journal of Public Health* 19 (4): pp. 354-356.
- Det Etiske Råd (2021). *Omsorg i sundhedsvæsenet – 7 budskaber fra Det Etiske Råd*. København: Det Etiske Råd.
- Dowling, E. (2021). *The care crisis – What caused it and how can we end it?* London: Verso.
- Elstad, J.I. & Vabø, M. (2021): "Lack of recognition at the societal level heightens turnover considerations among Nordic eldercare workers: a quantitative analysis of survey data", *BMC Health Services Research*, 21:747
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Fineman, Martha Albertson (2008). "The vulnerable subject: Anchoring equality in the human condition", *Yale Journal of Law and Feminism*, 20 (1), pp. 1-24.
- FOA (2011). *Notat om arbejdskraftbehov 2011-2021*. København: FOA.
- Fraser, N. (1989). *Justice Interruptus*. New York og London: Routledge.
- Fraser, N. (2016) 'Contradictions of capital and Care', *New Left Review* 1 (100): pp. 99-117.
- Fraser, N. (2022). *Cannibal Capitalism*. London og New York: Verso.
- Carstensen, K. Burau, V; Dahl, H.M. & Hald, A. (2022): 'How welfare professions contribute to the making of welfare governance: Professional Agency and Institutional Work in Elderly Care', *Journal of Social Policy*, 51 (4): pp. 900-919.
- Grøn, L., et al (2023): "Uden relationer kommer vi ingen vegne" – *Relationsarbejde som grundvilkår og faglighed i ældreplejen*. København: VIVE. <https://shorturl.at/dFN48>
- Hansen, L.L.; Dahl, H.M. & Horn, L. (eds). (2022). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Bristol: Policy Press.
- Hansen, L.L. & Dahl, H.M. (2022): 'Conclusion: Less caring and less gender-equal Nordic states', in Hansen, L.L.; Dahl, H.M. & Horn, L. (eds). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Bristol: Policy Press: pp. 176-189.
- Hochschild, A.R. (1995) 'The culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-Modern and Warm-modern ideals of care', *Social Politics* 2 (3): pp. 331-346.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023). *Eftersyn af sygehushvæsenet*. København.
- Institute of Medicine, and on Quality of Health Care in America Committee (Institute of Medicine) (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. *National Academies Press*: pp. 39-60.
- Jensen, C.J. & Nielsen, S.B. (2022): "'We are here for you': care crisis and the (un)learning of good nursing", in Hansen, L.L.; Dahl, H.M. and Horn, L. (eds). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Bristol: Policy Press: pp. 188-216.
- Johnson, E.K. (2021): Why care workers are feeling less valued and leaving the sector after the pandemic?, *Conversation*, Oktober 15. <https://shorturl.at/ceulV>
- Jørgensen, A.S., B.B. Schultz & L. Hjarnaa (2021). *Analyse af svaradfærd*. Center for Patientinddragelse, Region Hovedstaden, København.
- Kvinfo (2022). Omsorgskrisen handler om køn. <https://shorturl.at/lrwTX>
- Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder*. København: VIVE.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Madsen, M.N., et al. (2023). *Udredning og behandling af gigt – en undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb*. København: VIVE.

- Mol, A. (2007) *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Nielsen, J.A. & J.G. Andersen (2006). Hjemmehjælp – mellem myter og virkelighed. Odense: Odense Universitetsforlag
- OECD (2020). *Women at the core of the fight against Covid-19*. Paris: OECD.
- Petersen, O.H., K. Houlberg & L.R. Christensen (2015). Contracting Out Local Services: A Tale of Technical and Social Services. *Public Administration Review*, 75 (4): pp. 560–570.
- Riiskjær, E. (2019). *I patientens fodspor*. København: Munksgaard.
- Ross, C.K., C.A. Steward & J.M. Sinacone (1995). A Comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Medical Care* 33: pp. 392-406.
- Rostgaard, Tine og Matthiesen, Mads Ulrich (2019). *Hjælp til svage ældre*. København: VIVE:
- Sixma, H.J., J.J. Kerssens, C.v. Campen & L. Peters (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect* 1 (2): pp. 82-95.
- Stranz, A. (2022): "Deteriorating working conditions in elderly care: an invisible crisis of care?" in Hansen, L.L.; Dahl, H.M. & Horn, L. (eds). *A care crisis in the Nordic welfare states? Care work, gender equality and welfare state sustainability*. Bristol: Policy Press: pp. 128-157.
- Strasser, S., L. Aharony & D. Greenberger (1993). The Patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review* 50: pp. 219-248.
- Sørensen, E. & Torfing, J. (2017): "Offentlige frontlinjemedarbejdere", i Torfing, J. og Triantafyllou, P. (red.) *New Public Governance på Dansk*. København: Akademisk forlag: pp. 121-138.
- The Care Collective (2020) *The Care Manifesto*. London: Verso.
- Thelen, Tatjana (2015) "Care as a social organization: Creating, maintaining and dissolving significant relations", *Anthropological Theory*, 15 (4): pp. 497-515.
- Torfing, J; Andersen, L.B., Greve, C. & Klausen, K.K. (2020). *Public Governance Paradigms: Competing and co-existing*. Edward Elgar.
- Tronto, J. (1993) *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2010): "Creating Caring Institutions: Politics, Plurality, and Purpose", *Ethics and social Welfare* 4 (2): pp. 158-171.
- Tronto, J. (2013) *Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice*, New York: Routledge.
- Tufte, P. & H.M. Dahl (2016). Navigating the field of temporally framed care in the Danish home care sector. *Sociology of health & illness* 38 (1): pp. 109-122.
- Twigg, Julia (2000) "Carework as a form of bodywork", *Ageing and Society*, 20 (4): pp. 389-411.
- Vabø, M. (2006): "Caring for People or Caring for Proxy Consumers?", *European Societies* 8 (3): pp. 403–22.
- Vabø, M. & Szebehely, M. (2012) "A Caring State for all older people?" i Anttonen, A., Häikö, L. & Stefasson, K. (red.). *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar, pp. 212-243.
- Wilberforce C., Davies D., Kelly M.P., Roberts C. and Clarkson P. (2017). Person-centredness in the community care of older people: A literature-based concept synthesis. *International journal of social welfare*. 26 (1): pp. 86-98
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine* 38: pp. 509-516.
- Williams, F. (2001) 'In and beyond New Labour: Towards a new political ethics of care', *Critical Social Policy*, 21(4): 467-493.
- Wong, E., F. Mavondo & J. Fisher (2020). Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research* 20 (530): pp. 1-17.
- Skafte, Sarah & M.T. Nielsen (2021). *Alderens mangfoldighed: Fremtidsstudiet 2021 – Et studie af livet, forventninger og ønsker til fremtiden blandt danskere mellem 50 og 89 år*. 1. oplag. København: Ældre Sagen