

Omsorg människor emellan

En översikt av omsorgsgivande
i den svenska befolkningen

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2006-123-23

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2006

Förord

Socialstyrelsen rapporterar sedan några år tillbaka årligen till regeringen om tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre. Som ett underlag för lägesrapporten 2005, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att beskriva omfattningen av och analysera den omsorg som ges människor emellan, både ur givarens och ur mottagarens perspektiv. Rapporten bygger på bearbetningar av data från olika befolkningsstudier.

Rapporten har författats av *professor Gerdt Sundström* och *docent Bo Malmberg*, båda verksamma vid Institutet för Gerontologi vid Hälsohögskolan i Jönköping. Författarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreenheten

Författarnas tack

För många olika slag av hjälp vill vi varmt tacka Karin Busch Zetterberg vid ValueScope; Håkan Forsell vid Demoscope; Zenia Hellström, Görel Husén-Strömqvist och Ingemar Fägerlind (tidigare chef) vid Institutionen för Internationell Pedagogik, Stockholms universitet; Tuula Karlsson vid Röda Korset; SHARE-projektet med Anders Klevmarcken, Uppsala universitet; Lars Tornstam, Uppsala universitet; Lars Svedberg, Ersta-Sköndal Högskola; Gunnel Boström, Folkhälsoinstitutet samt Uno Davidsson, Lars Persson och Klas Rydenstam, SCB.

Vi använder data bl.a. i SHARE-projektets databas, som föreskriver följande hänvisning:

This paper uses data from the early release 1 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Fund, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005).

/se www.share-project.org/

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Syfte och metod</i>	10
Syfte	10
Uppläggnig och metod	10
<i>Resultat</i>	12
En befolkningsöversikt	12
Demografiska villkor för omsorg	21
Omsorgsgivandets konsekvenser för förvärvsarbete	27
Omsorg och livslopp, hälsokonsekvenser	33
Jämförelser med andra länder	36
Anhöriga och samhället: hur överlappande är omsorgen?	38
<i>Diskussion</i>	40
<i>Referenser</i>	45

Sammanfattning

Omsorg som ges av anhöriga och närstående är omfattande i alla åldrar och regioner i Sverige, men allra mest bland personer i gruppen 45–64 år, då denna omfattar tre av tio personer. Det finns tecken på att omsorg ökar generellt, men omfattningen beror delvis på hur frågorna ställs: från cirka 10 till väl över 20 procent av befolkningen ger omsorg, beroende på hur man definierar vård och omsorg. Omkring 7 procent ger mer omfattande och intensiv omsorg, med dagliga insatser och med inslag av personlig omvårdnad.

Den exakta nivån för omsorgen är svår att fastställa, men den är i varje fall hög och väl i nivå med den informella omsorgen i andra länder. Intensiteten – tidsinsatsen – är dock möjligen mindre än i t.ex. Spanien. En viktig skillnad är också att nordisk omsorg mest sker *mellan* hushåll, den kontinental-sydeuropeiska mer *inom* hushållen.

En stor men ingalunda total del av omsorgen riktar sig till äldre personer. Intressant är att även äldre ofta är omsorgsgivare, för partner och andra. Omsorgsgivandet förefaller vara något mer jämställt i Sverige än på kontinenten, dvs. svenska män är omsorgsgivare nästan lika ofta som kvinnor, om än inte lika intensivt, och partneromsorg är ganska jämställd i Sverige. Anhörigomsorg tycks i Sverige vara klasslös, dvs. ungefär lika vanlig i alla samhällsskikt.

Arbete och omsorg låter sig ofta förenas, både för män och för kvinnor. Orsaken är troligen att omsorgsgivande är vanligast i åldrar då många av andra skäl ”trappat ned” förvärvsarbetet och att omsorgen mer sällan är omfattande, daglig och ”tung” – för de flesta.

Konsekvenser för arbetslivet får omsorgen ibland, men i stort sett endast när det handlar om omsorg för partner, föräldrar eller vuxna barn. Totalt är cirka var femte yrkesverksam också omsorgsgivare. Dessa tycks inte generellt ha sämre hälsa än de som inte har ett sådant åtagande. Om något gäller det motsatta, dvs. att omsorgsgivare har bättre hälsa än de som inte är omsorgsgivare. I en mindre grupp som vårdar partner eller annan nära anhörig kan dock hälsoproblem förekomma.

Anhörigomsorg i Sverige och offentlig omsorg, främst hemtjänst, överlappar ofta varandra. Detta gäller särskilt hjälp till ensamboende äldre, en stor mottagargrupp. Många anhöriga klarar på egen hand sitt åtagande, men åtskilliga uttrycker också behov av offentligt stöd. Sådant stöd måste troligen ta sig olika former å ena sidan för dem som hjälper någon de bor tillsammans med och å andra sidan för dem – majoriteten – som hjälper någon i ett annat hushåll. Där är sannolikt en utbyggd och välfungerande hemtjänst och annan öppen omsorg ofta en lämplig stödform.

Mer än en miljon svenskar är i dag omsorgsgivare för närstående. En del av den ökning man iakttagit beror troligen på ökande behov, men avspeglar nog också allmänt växande sociala nätverk: fler anhöriga betyder mer omsorgsgivande. Till en del kan ökande anhörigomsorg nog också härledas till att den offentliga omsorgen krympt i relation till hjälpbehoven i befolkningen.

Bakgrund

Att ge omsorg är en vanlig mänsklig aktivitet, som vi ändå vet ganska litet om. Många män och kvinnor torde förr eller senare bli givare eller mottagare av omsorg, dvs. hjälp till personer som inte själva klarar att tillgodose ett visst behov.

En central fråga i varje studie av omsorgsgivande är i vad mån det påverkats av sociala förändringar. Vanligen tycks man därmed avse negativa aspekter, såsom att kvinnornas ökande lönearbete förmodas skapa hinder för deras hjälp till bland annat äldre anhöriga. Andra sådana hinder är urbaniseringen, allmänt mer opersonliga relationer, anonymisering och rentav likgiltighet för både anhöriga och medmänniskor i stort.

Ensamhet, rotlöshet, uppbrutna sociala relationer samt socialt och geografiskt avstånd mellan den äldre och den yngre generationen är ett gammalt tema när man beskriver situationen för de äldre och önskvärda samhälleliga insatser för dem. Det skymtade redan i 1909 års Pensionsförsäkringskommitté och i utredningarna om fattigvården på 1930-talet, då fattigvårdsstyrelserna ute i landet ofta ansåg att viljan att ta ansvar för gamla föräldrar m.fl. avtagit.

Så sade man t.ex. i Kroppa att ”Ganska stor minskning i villighet att försörja anhöriga kan iakttagas, detta som en naturlig följd av fattigvårdslagens bestämmelser och de sociala strävandena” och i Byske att ”Benägenheten att söka bidrag till underhåll åt anhöriga har ökat. Men ännu bibehåller allmogen sin obenägenhet att sända sina anhöriga till fattigvårdsanstalter”.

I Stensele menade fattigvårdsstyrelsen att ”Man tyckes resonera så, att kommunen och staten, till vilka man ju betalar så höga skatter, böra sörja för de gamla, sjuka och orkeslösa. För särskilt ungdomen är det ju trevligare att vistas å dansbanor, biografier och att åka bil än att hjälpa sina anhöriga.” (SOU 1932:36 och egna utdrag ur kommissionens material i Riksarkivet).

Liknande tankar var ett inledande tema i den stora Åldringsvårdsutredningen 1952. I den sägs att ”storfamiljshushållet” försvunnit med industrialiseringen och att dessutom rörligheten på arbetsmarknaden – med större avstånd mellan generationerna – och ”stadslivet --- försvårat de äldres naturliga inordnande i samhällslivet och dess gemenskapskontakter”. ”Nutids-samhället erbjuder med sitt effektivitetskrav och sitt jäkt en i många hänseenden ogynnsam miljö för gamla människor.” Detta medför inte bara isolering utan har även gjort det svårt för ”de yngre att bibehålla kontakterna med föräldrarna och hjälpa dem i mån av behov.” Samtidigt påpekade utredningen att antalet gamla som fick hjälp av anhöriga var ”påfallande stort”. En oväntad aspekt av kvinnornas ”uttåg på arbetsmarknaden” påpekades också, nämligen ”att även åldringar med god ekonomi har svårt att tillgodose sina behov av betald privat hjälp och vård” (SOU 1956:1 kap. 2).

Ett något senare exempel gavs av en större undersökning i Malmö: ”Utan att ha något särskilt material att falla tillbaka på vågar vi dock påstå, att attityderna i vårt samhälle till åldrandet och pensionärerna ofta präglas av viss

likgiltighet och bristande insikt. --- att samhället i stor utsträckning tar på sig ansvaret för de äldre tycks göra det lättare att skjuta ifrån sig ett personligt ansvar. Dubbelarbete, långa avstånd, små lägenheter är dock faktorer som begränsar möjligheterna till kontakter och samboende mellan vuxna barn och föräldrar.” (Malmö socialförvaltning 1973).

Dessa exempel citeras i viss längd just för att de *inte* var speciella för sin tid utan ekar lika mycket i den samtida debatten. Men hur är det egentligen med omsorgen i stort och dess relation till t.ex. avstånd, yrkesarbete och den rent demografiska ”tillgången” på anhöriga som antingen kan ge eller som kan behöva omsorg?

Efter liten uppmärksamhet under tiden 1950–80, då man mest strävade att bygga ut den offentliga äldreomsorgen och då hjälp från anhöriga m.fl. främst sågs som en kvarleva och ett ”komplement” till det offentliga, tillkom Omsorgsstudien 1979. I början av 1980-talet utreddes (ekonomiskt) stöd till anhörigvård (SOU 1983:64), som dock inte gav konkreta resultat vid den tidpunkten. Senare infördes dock den s.k. närståendepenningen.

Forskning startade i liten skala, men kom mest att röra sig om *mottagen* omsorg och det främst hos äldre. Den mycket svårare frågan om familjens och de anhörigas villkor i stort har uppmärksammats betydligt senare, kanske därför att den är svår att planera för och att staten har en tendens att fokusera på den som upplevs ha hjälpbehoven (Moroney 1976)?

Given omsorg vet man således mycket mindre om, trots insatser av Jeppsson Grassman och Svedberg i undersökningar 1992 och senare. År 1994 gjordes en viktig studie av omsorgen m.m. i ”socialstaten” av Busch Zetterberg (1996). SCB har i sina Tidsstudieundersökningar och vid ett par tillfällen i ULF ställt några enkla frågor om given omsorg, som hittills fått föga användning i forskarsamhället. På senare tid har det internationella SHARE-projektet, där Sverige ingår, dock närmare granskat en del aspekter av att ge omsorg och andra transfereringar i den informella sfären, men med intervjupersonerna begränsade till åldersgruppen 50 år och över. Ett uttryck för det ökande intresset för omsorgsgivande är också att ett par frågor om detta togs med i Folkhälsoinstitutets stora befolkningsenkäter 2004 och 2005.

Syfte och metod

Syfte

Avsikten i denna studie är att närmare klarlägga mönster för omsorgsgivande i befolkningen i stort men särskilt bland medelålders och äldre. Utifrån tillgång på data kommer dock omsorg i alla åldrar att belysas. Det handlar i första hand om *given* omsorg, men även de som tar emot omsorg kan vara intressanta genom uppgifter om vem hjälparen är m.m. Viktiga frågor är samexistens mellan omsorg och förvärvsarbete, kön och socioekonomiska villkor för omsorgsgivare samt vilka omsorgskonstellationer som figurerar under livsloppet.

Uppläggning och metod

Med omsorg avses nog i praktiken ganska skiftande insatser för medmänniskor och vi skall med olika material försöka ringa in en rimlig betydelse. Vi lägger ingen värdering i begreppet och antar inte heller att den har sin grund i altruism, snällhet etc.

Inledningsvis ger vi en översikt av hur många i alla åldrar som är omsorgsgivare för olika anhöriga, ålder för givare och mottagare samt försöker att beräkna "volym" (tid) för omsorgen. Detta är problematiskt, men frekvens och omfattning samt typ av sysslor är kända, vilket gör att graden av åtagande ändå kan bedömas: omsorg varierar från "enkel" tillsyn och liknande till praktisk hjälp och personlig omvårdnad.

Till en betydande del är omsorgen demografiskt bestämd av "tillgången" på närstående: ju fler nära anhöriga, desto oftare finns det omsorgsgivare. Detta undersöks i avsnittet Demografiska villkor för omsorg, som också tar sig an partneromsorg, syskonens fördelning av omsorgen för föräldrar och hur mycket omsorg som riktas mot andra än föräldrarna samt intensiteten i omsorgsåtagandena. Här ges också en schablon för skattning av omsorgsparametrar i en kommunal befolkning.

I avsnittet Omsorgsgivandets konsekvenser för förvärvsarbete studeras omsorgens eventuella konsekvenser för förvärvsarbete. Här används både tvärsnittsdata och ett longitudinellt-retrospektivt material. I avsnittet Omsorg och livslopp, hälsokonsekvenser, problematiseras omsorgens eventuella konsekvenser för hjälparens hälsa.

I avsnittet Jämförelser med andra länder görs vissa europeiska jämförelser när det gäller främst omsorg och förvärvsarbete och slutligen i avsnittet Anhöriga och samhället: hur överlappande är omsorgen? studeras sambandet mellan informell och formell omsorg, dvs. i vad mån dessa system överlappar varandra, en fråga som nu uppmärksammas alltmer internationellt. Det handlar om huruvida mottagaren även har offentlig hjälp i olika former (hemtjänst och institutionsvård). Även här görs vissa internationella jämfö-

relser för att belysa den önskade ansvarsfördelningen mellan familjen och staten bland omsorgsgivare, i Sverige och internationellt.

Metodiskt bygger denna studie på sekundärbearbetning av tillgängliga databaser för att belysa de överordnade frågeställningarna. Detta betyder att tämligen olika datakällor kommer till användning. Allt efter frågeställning och perspektiv ämnar sig olika material mer eller mindre bra för syftet, som är att klarlägga omfattning och inriktning av informell omsorg, dvs. omsorg inom familj eller mellan släktingar, vänner, grannar m.fl. i ett befolkningsperspektiv. En begränsning är att det huvudsakligen rör sig om tvärsnittsdata, som inte kan fånga dynamiken i en omsorgsrelation.

De material författarna själva bearbetar i studien är i stort följande (för övriga ges hänvisningar).

Primärkällorna är SCB:s Undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) för 2002–03 för personer 55+ samt socialstatsundersökningen 1994, som ger uppgifter för hela befolkningen.

Vissa uppgifter hämtas från undersökningen OCTO i Jönköping, en representativ studie av personer 84–90 år 1987. Riksrepresentativa data för hemmaboende personer 75+ har hämtats från Hemma på äldre da'r (HPÅD) 1994 och 2000 (Socialstyrelsen 1994, 2000).

En unik datakälla är den undersökning som påbörjades i Malmö år 1938 med alla 1 543 elever som då gick i tredje klass. Dessa har sedan följts med bl.a. intervjuer, som undersökte omsorgsgivande, retrospektivt och aktuellt, 1984 (endast kvinnor!) och 1994 (Hellström 1996). Uppgifterna om omsorg har aldrig tidigare analyserats. Informationen för 1994 har vi extraherat manuellt från intervjuformulären och sedan bearbetat. Uppgifter om omsorgsmönster m.m. i Europa har slutligen hämtats från projekten SHARE och EUROFAMCARE som huvudsakligen finansierats av EU.

Resultat

En befolkningsöversikt

Med ledning av två undersökningar från början av 1990-talet kan en första grov bestämning göras av hur vanligt givande av hjälp och omsorg är i befolkningen i stort. En studie av civilsamhället 1992 fann att 28 procent av vuxna svenskar 18–84 år på något vis gav *hjälp* till någon utanför det egna hushållet, men inte specificerat till ”ren” omsorg för hjälpbehövande äldre, sjuka eller handikappade. Detta har sedan ökat trendmässigt till dagens 52 procent, medräknat dem som utför någon form av frivilligt arbete, oavsett slag (Jeppsson Grassman 1993, Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman 2005). Andelen kan låta hög och är det också vid internationell jämförelse, men rimmar med svenskarnas generellt höga samhällsdeltagande (EURO-STAT 2004). I Schweiz, ett annat land med hög tilltro till staten, ligger nivån på 41 procent (Bundesamt für Statistik 2000).

Jämförelser med andra svenska material visar att nivån är rimlig; man kan t.ex. jämföra med att 42 procent av den svenska befolkningen 50+ i SHARE uppger att de ger hjälp (i form av tid) av något slag, vilket är betydligt över andelen som säger att de tar emot hjälp av något slag (28 procent) (Attias-Donfut, Ogg & Wolff 2005). I Danmark och Sverige är det inom släktkretsen främst föräldrar och barn som är föremål för hjälpen. I sydligare länder är mottagarpanoramat mer varierat (a.a.), men nivåerna ligger över lag kring 40 procent.

Om man begränsar sig till *omsorg* fann socialstatsprojektet 1994 att 22 procent av befolkningen i mindre eller högre grad utförde insatser av det slaget (Busch Zetterberg 1996). Om man använder den studien och gör en uppräknings till dagens befolkning innebär det att antalet omsorgsgivare totalt i landet är cirka 1,6 miljoner personer i vuxen ålder (22 procent i åldrarna 16–89 år). Av dessa hjälper eller vårdar 350 000 någon i det egna hushållet och 1,3 miljoner någon i ett annat hushåll, inklusive personer som bor i särskilt boende (5 procent respektive 18 procent, varav 1 procent bådadera). Definitionen av omsorgens innehåll var ganska vid i den undersökningen och omfattade även s.k. ”osynlig omsorg”: allt ifrån att genom att ”titta till honom/henne försäkra mig om att allt står rätt till” (72 procent) till hjälp med vardagsgöromål (69 procent) och ”tung” omsorg som lyft och stöd m.m. (25 procent).

När frågan gäller mer renodlad *vård* redovisas genomgående lägre andelar (t.ex. ca 17 procent i Schweiz), men gränsen mellan vård, omsorg och mer allmän tillsyn är givetvis flytande och semantiskt oklar både i Sverige och andra länder. I en amerikansk studie fann man att 16 procent av den vuxna befolkningen (19+) under det senaste året varit vård- och omsorgsgivare (i eller utanför hushållet, för någon med kronisk sjukdom eller funktionsnedsättning), kvinnor något oftare än män (18 procent respektive 14 procent) (Marks 1996). I en motsvarande kanadensisk befolkningsundersökning hade

under det senaste året 10 procent av männen och 14 procent av kvinnorna (15+) varit omsorgsgivare för någon med kroniska hälsoproblem (Statistics Canada 2001).

Omsorgsgivande är enligt de flesta undersökningar vanligast i åldrarna 45–64 år. För gruppen 55 år och över kan omsorgen beskrivas översiktligt med hjälp av SCB:s ULF för åren 2002–03. Alla uppgifter i det följande avser omsorg given av *hemmaboende* personer, men mottagarna av omsorgen kan även befinna sig i särskilt boende.

Bland personer 55 år och äldre uppger 25 procent att de hjälper eller vårdar någon ”sjuk, gammal eller handikappad”, vilket motsvarade 649 000 personer av totalt 2,6 miljoner i den åldern. Drygt 70 000 vårdade en make eller partner (varav ett fåtal i särskilt boende) och 30 000 någon annan i hushållet (sannolikt oftast ett vuxet barn). Totalt 320 000 ger omsorg till någon släkting i annat hushåll eller i särskilt boende och 205 000 till någon annan. (Se vidare tabell 4.)

Sammanlagt är det i ULF 4 procent i åldern 55+ som vårdar eller hjälper någon i det egna hushållet och 21 procent som gör det för någon i ett annat hushåll eller i särskilt boende. När man hjälper eller vårdar någon i det egna hemmet är det i den åldern framför allt maka, make eller barn, i annat hushåll framför allt nära släktingar (föräldrar), men även ganska många helt obesläktade personer.

Tabell 1 visar grovt åldersfördelningen för hela befolkningen 18–89 år för mottagare och givare av omsorgen – män och kvinnor – utifrån givarnas perspektiv. Eftersom mottagarna kan ha hjälp av flera personer kan man inte utifrån tabellerna exakt utläsa mottagarnas åldersfördelning eller andra egenskaper.

Tabell 1. Givare och mottagare av omsorg efter ålder och kön för givarna, Sverige 1994. Procent.

Mottagare	Givare		ALLA	
	<65	65+	Totalt	
<65	24	2	26	
65+	58	16	74	
Totalt	81	19	100	vägt antal intervjuer 590

Mottagare	Givare		KVINNOR	
	<65	65+	Totalt	
<65	21	3	24	
65+	61	15	76	
Totalt	82	18	100	vägt antal intervjuer 337

Mottagare	Givare		MÄN	
	<65	65+	Totalt	
<65	28	1	29	
65+	53	18	71	
Totalt	81	19	100	vägt antal intervjuer 253

Källa: Egen bearbetning av socialstatsundersökningen (Busch Zetterberg 1996).

I stort kan man av tabell 1 dra slutsatsen att åtta av tio omsorgsgivare är under 65 år och tre av fyra mottagare av omsorgen är 65 år eller över. Samtidigt bör man notera att fyra av tio omsorgsrelationer är mellan åldersgelikar, grovt sett. Ganska få hjälper någon yngre än de själva, med denna grova åldersuppdelning (2 procent ger omsorg till ett sjukt och handikappat barn, analys som inte visas här). De kvinnliga omsorgsgivarna – som är något fler än männen – har en mer åldersmässigt heterogen mottagargrupp och de hjälper något oftare än männen äldre personer, främst föräldrar och svärföräldrar.

I tabell 2 redovisas uppgifter från en rad undersökningar som ställt frågor om omsorgsgivande, med varierande formuleringar. De flesta studier visar, liksom undersökningen 1994 i tabell 1, att drygt 20 procent av den vuxna befolkningen på ett eller annat sätt ger omsorg till någon. Om man begränsar svarsrepertoaren genom en fråga av den typ som ställdes i Folkhälsoenkäterna 2004 och 2005 erhålls en lägre svarsandel, nämligen 10 procent av den vuxna befolkningen 18–84 år. Frågan som ställdes var ”Har Du någon sjuk eller gammal närstående som Du hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar?”

Entydigt visar alla studier dock att omsorgsgivande är vanligt och vanligast i åldrarna mellan 45 och 64 år. Där handlar det mest om omsorg och hjälp till föräldrar och svärföräldrar. Omsorg till någon i annat hushåll är alltid det vanligaste, särskilt bland de yngre (under 65 år). Därefter börjar omsorg i det egna hushållet – nästan enbart partneromsorg - bli vanligare, totalt och proportionsvis. Även bland de äldre är det många som ger hjälp och det är ungefär lika vanligt i den åldern som att ta emot hjälp (Socialstyrelsen 2005).

Intressant är att inga tecken tyder på att omsorgsgivande skulle minska; om något tyder gjorda undersökningar på motsatsen, även om andelarna i tabell 2 a–h varierar med frågeformuleringen. I de ovannämnda undersökningarna om frivilligarbete var det både 2000 och 2005 5 procent som hjälpte eller vårdade någon ”med särskilt hjälpbehov” i det egna hushållet, samtidigt steg andelen som gav omsorg till någon ”utanför” från 17 procent till 22 procent, dvs. sammantaget från 22 procent till 27 procent. Andelen 22 procent för år 2000 rimmar väl med socialstatsprojektet 1994 (Busch Zetterberg a.a.).

Tabell 2. Omsorgsgivare efter ålder och relation till omsorgsmottagaren, valda åldrar och undersökningsår. Procent

a)

Hjälper 1994	16-44	45-54	55-64	65-74	75-89	55-89	65-89	Alla
Partner	0	1	3	5	5	4	5	2
Föräldrar/ svärföräldrar	6	13	10	4	0	5	2	7
Barn	2	2	2	3	1	2	2	2
Annan släkting	9	5	5	5	7	5	6	7
Annan	12	11	12	8	8	9	8	11
Totalt	21	26	26	22	18	22	20	22

Källa: Egen bearbetning av socialstatsprojektet (Busch Zetterberg 1996) ”Hjälper till att ta hand om någon i hushållet som är sjuk, gammal eller handikappad” respektive ”Hjälper regelbundet någon som är sjuk, gammal eller handikappad som inte bor hos er. Det kan vara en släkting, vän, granne eller bekant.”

b) *Hjälp till, vård eller tillsyn av sjuk eller gammal närstående* 2005*

	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	Alla
Män – andel	5	6	8	16	16	10	14	11
Tid**	16	16	20	15	14	12	15	
Kv. – andel	6	6	10	21	17	12	8	12
Tid**	9	14	15	14	10	16	16	

Källa: Statens Folkhälsoinstitut (www.fhi.se), Nationella folkhälsoenkäten 2005 genom Gunnel Broström, personlig kommunikation.

* ”Har Du någon sjuk eller gammal närstående som Du hjälper med vardagliga sysslor, ser till eller vårdar?”

** ”Hur många timmars arbete per vecka innebär detta i genomsnitt för Dig?”

c)

Hjälper någon med särskilda hjälp-behov* 18-84 år	Alla 2000	Alla 2005	Hjälptimmar/ månad
I hushållet	5	5	67
Utom hushållet	17	22	14
Totalt	22	27	24

Källa: Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman 2005

* ”Hjälper regelbundet” någon ”i behov av särskilda omsorgsinsatser --- gamla, sjuka eller handikappade”.

d)

Hjälper sjuk/gammal/handikappad*	55-64	65-74	75+	65+	55+
I hushållet	3	4	5	4	4
Utom hushållet	26	21	11	16	21
Totalt	29	25	16	22	25
Befolkning 1 000-tal	1 113	734	711	1 445	2 558

Källa: ULF 2002-03, egen bearbetning.

”Hjälper du själv regelbundet någon annan person som är gammal, sjuk eller handikappad och som antingen bor här i ditt hushåll eller någon annanstans?”

e)

”Vårdar Du idag själv någon anhörig?”	65-69	70-74	75-79	80+	65+
I hushållet	3	6	9	5	5
I annat hushåll	8	4	1	4	4
Totalt	11	10	10	9	9

Källa: Röda Korset, intervjuundersökning 2005, Tuula Karlsson, personlig kommunikation.

f)

Hjälper någon* 2000	75+
I hushållet	8
Utom hushållet	7
Totalt	15

Källa: HPÄD 2000.

”Svarar för **det mesta** av vården och tillsynen” för person i hushållet, respektive ”Hjälper regelbundet någon som är sjuk, gammal eller handikappad som inte bor här. Det kan vara en släkting, vän, granne eller bekant.”

g) *Tagit hand om någon sjuk eller handikappad vuxen (50+) under de senaste fyra veckorna (2005)*

Tagit hand om någon sjuk eller handikappad vuxen under de senaste fyra veckorna	2005 50+	Kvinnor	Män	Totalt
Nästan dagligen		2	2	2
Nästan varje vecka		4	3	4
Mer sällan		2	1	2
Totalt		8	6	7

Hjälpt någon i hushållet regelbundet under senaste året med personlig omvårdnad	4	4	4
Hjälpt någon familjemedlem, vän eller granne i annat hushåll under senaste året med personlig omvårdnad, praktisk hushållshjälp och/ eller pappersarbete	43	40	41

Källa: Egen bearbetning av SHARE.

h) Givit omsorg någon gång i livet, 65-åringar i Malmöstudien 1994. Absoluta tal

Givit omsorg till	Kvinnor	Män
Partner	47	21
Föräldrar	93*	45**
Svärföräldrar	7	10
Barn	9***	4****
Annan släkt	8	6
Annan	10	6
Okänt	1	-
Totalt	175	92

* varav 61 mödrar och 32 fäder.

** varav 35 mödrar och 10 fäder.

*** varav 3 döttrar och 6 söner.

**** varav 1 dotter och 3 söner.

Källa: Egen bearbetning av rådata (intervjuformulär) i Malmöundersökningen 1994.

Tabell 2 ger en översiktlig totalbild. Trots variationer till följd av frågeolikheter är mönster och tendenser ganska enhetliga. Närmare analyser visar att det råder vissa, men ganska små skillnader mellan könen i befolkningsstudier: 20 procent av männen och 23 procent av kvinnorna var omsorgsgivare enligt socialstatsstudien 1994, och åren 2002–03 var det 25 procent av både män och kvinnor 55+ som var omsorgsgivare enligt ULF (tabell 3), varav 4 procent respektive 5 procent hade ett dagligt åtagande.

Tabell 2 h visar samtidigt att mönstret sett över livsloppet kan ha en annan könsprofil: på längre sikt är det nästan dubbelt så många kvinnor som män (29 procent respektive 15 procent) som rapporterar att de varit omsorgsgivare. Mödrar, partners och fäder var, i den ordningen, de vanligaste mottagarna av omsorgen för både kvinnor och män. Samma mönster rapporteras i en engelsk livsloppsstudie (Henz 2004). Livsloppsmönster analyseras närmare i avsnitten ”Omsorgsgivandets konsekvenser för förvärvsarbete” och ”Omsorg och livslopp, hälsokonsekvenser”.

Intressant är att en undersökning av frivilligarbete visar att den stora tillväxten i informell omsorg skedde fr.o.m. år 2000, medan den var ganska stabil på 1990-talet (Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman 2005). Orsaken till detta är inte klarlagd.

Det tycks inte råda några större sociala skillnader i omsorgsmönstren. I 1994 års undersökning var ”överklassen” överrepresenterad bland omsorgsgivare, något som inte är lika tydligt i ULF-materialet 2002-03. Där ger kvinnor ur arbetarklassen omsorg något under genomsnittet och kvinnor ur tjänstemannagruppen något över, men skillnaderna är små (och kan antagligen hänföras till hälsoskillnader dessa grupper emellan), som framgår av tabell 3.

Tabell 3. Omsorgsgivande efter socioekonomisk grupp och kön, 2002–03. Procent

	Arbetare		Tjänstemän		Företagare		Alla	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Ger omsorg	24	20	26	28	23	24	25	25
Ger daglig omsorg	4	4	4	5	6	7	4	5

Källa: Egen bearbetning av ULF 2002-03.

Omsorgen är även geografiskt ganska enhetlig, med små skillnader regionalt. Personer i glesbygd är bara obetydligt mer aktiva som omsorgsgivare än storstadsbor. Detta rimmar med t.ex. socialstatsprojektet 1994 och en stor norsk undersökning (Busch Zetterberg 1996 respektive Lingsom 1997), men inte med en undersökning i Storstockholmsområdet år 2000, där omsorgsgivande var vanligare på landsbygden (Jeppsson Grassman 2001).

Nu gäller detta omsorg totalt sett, medan mönstret för dem som ger mer omfattande informell hjälp är mindre känt. Tyvärr vet man ofta mindre om mottagarna av omsorgen än om givarna, men socialstatsprojektet hjälper oss att fördjupa bilden. I den undersökningen ställdes frågor både om mottagarna av omsorgen och om vad man gjorde för dem. Då var det totalt 22 procent i befolkningen 18–89 år som gav någon form av omsorg, från ”lättaste” till ”tyngsta” omsorg (ovan tabell 1). Sju procent gav ”tung” omsorg, definierat som hjälp med lyft eller stöd och/eller hjälp med personlig hygien m.m., utan könsskillnader. (3 procent av männen gav hjälp med hygien och 6 procent med lyft och stöd, bland kvinnorna 5 procent för bådadera, sammantaget 7 procent för båda könen). Totalt 73 procent av dem som gav omsorg till någon i det egna hushållet och 83 procent av dem som hjälpte någon i annat hushåll uppgav att han eller hon kommer att behöva hjälp resten av livet.

Trots allt handlar huvuddelen av all omsorg om ”lättare” åtaganden, såsom praktiska bestyr, sällskap, utflykter, att titta till m.m., vilket rimmar med andra undersökningar (t.ex. Jeppsson Grassman 2001). Den ”tunga” omsorgen riktas framför allt till släktingar (8–9 fall av 10), varav den största delen går till de närmaste anhöriga, dvs. föräldrar, partner eller barn (två tredjedelar av alla ”tunga” åtaganden). Med en ännu vidare definition fann en dansk undersökning att häpnadsväckande 88 procent (92 procent av männen, 83 procent av kvinnorna, 45+) under det senaste året gett hjälp av något slag till sina föräldrar eller svärföräldrar (Leeson 2004 tabell 2.35, egna beräkningar). Många undersökningar visar att ”familjevärderingar” är allmänt omfattade och att familjen och privatlivet räknas som det viktigaste i livet (Busch Zetterberg 1996). Dessa värderingar tycks också ha samband med omsorgsgivande av olika slag (Jeppsson Grassman 2001).

Våra två huvudkällor visar följande. I ULF 2002-03 frågade man intervjupersoner 55+ om de regelbundet hjälper någon ”gammal, sjuk eller handikappad”, i eller utanför det egna hushållet. Totalt uppgav 25 procent av hemmaboende män och kvinnor 55+ detta, utan könsskillnader, motsvarande cirka 650 000 personer, varav en tiondel hjälper en partner. Detta rimmar ganska väl med uppgifter i socialstatsundersökningen 1994, där 22 procent

av 55+ uppgav tillsyn, hjälp m.m. till någon eller några personer i eller utanför det egna hushållet.

Totalt är det enligt ULF 4 procent som hjälper någon i det egna hushållet och totalt 3 procent är maka eller make, åter utan könsskillnader, både i relativa och absoluta tal (motsvarande 35 000 män och lika många kvinnor). Ett fåtal av båda könen hjälper en partner som befinner sig i särskilt boende. Betydligt fler hjälper någon *utanför* det egna hushållet, där 12 procent hjälper annan familjemedlem eller släkting och 8 procent någon annan. I dessa senare tal ingår även hjälp till personer i särskilt boende. Det kan nämnas att detta är ett nordiskt mönster.

I Central- och Sydeuropa har omsorgsgivandet ungefär samma omfattning, men där riktar det sig främst till personer i det egna hushållet, vilket man kan iakta både från givarnas och mottagarnas horisont (Sundström m.fl. 2003, Socialstyrelsen 1994). Äldre personer med hjälpbehov som inte bor med hjälparen eller hjälparna – vilket ännu är relativt ovanligt på kontinenten – har på kontinenten ett mer varierat stödmönster än i Norden. I t.ex. Spanien innebär det att äldre ofta köper privat hjälp i olika former. Således finns där ungefär en miljon anhörigvårdare och hundra tusen ”hembiträden” – ofta invandrare – anställda för att ge omsorg (IMSERSO 2005a, b).

I ULF tillfrågades omsorgsgivarna om hur ofta de gav hjälpen (men *vad* de gör vet vi inte): drygt hälften (16 procent, motsvarande 400 000 personer) gav hjälp någon gång per vecka eller mer sällan, 5 procent flera gånger i veckan och 5 procent dagligen, dvs. åtagandet tycks inte vara så omfattande för de flesta omsorgsgivarna, i varje fall inte i tvärsnittsdata som dessa. Skillnaderna är små mellan män och kvinnor i hur ofta man ger hjälp (dagligen 5 procent av kvinnorna, 4 procent av männen, flera gånger i veckan 5 respektive 4 procent, någon gång i veckan 7 respektive 8 procent samt mer sällan 8 respektive 9 procent.)

Hjälpen är mest frekvent till personer i det egna hushållet eller andra anhöriga, mindre frekvent till andra släktingar och minst till obesläktade personer i annat hushåll. Det är något vanligare i åldersgruppen 55+ att kvinnor ger daglig hjälp än att män gör det, oavsett relationen, men hjälpen är för både kvinnor och män mest intensiv till personer i det egna hushållet (daglig hjälp till partner 90 procent respektive 81 procent). Totalt uppger cirka 115 000 i åldersgruppen att de ger daglig hjälp eller omsorg till någon och i ungefär hälften av fallen handlar det om en partner.

De avrundade befolkningstalen återges i tabell 4. Tyvärr medger ULF inte någon bestämning av exakt relation till den hjälpte, förutom när det rör sig om en partner och att vi vet om det är en släkting eller inte. Totalt indikerar ULF att sju av tio hjälpmottagare är en anhörig, vilket rimmar ganska väl med uppgifter i socialstatsprojektet (tabell 2a).

Tabell 4. Uppskattat antal hemmaboende personer 55+ som ger hjälp/omsorg, efter relation och kön. Sverige 2002–03

Ger hjälp till	Partner i hushållet	Partner på institution	Annan anhörig i hushållet	Anhörig utanför hushållet	Annan	Totalt
MÄN						
Daglig	28 000	--	6 000	9 000	6 000	49 000
Övriga	6 000	1 000	8 000	139 000	88 000	242 000
Totalt	34 000	1 000	14 000	148 000	94 000	291 000
KVINNOR						
Daglig	31 000	--	8 000	12 000	14 000	65 000
Övriga	4 000	2 000	8 000	158 000	97 000	269 000
Totalt	35 000	2 000	16 000	170 000	111 000	334 000
BÅDA KÖNEN						
Totalt	69 000	3 000	30 000	318 000	205 000	625 000

Källa: Egen bearbetning av ULF 2002–03.

Kvinnorna tycks som nämnts något oftare än männen ge ”intensiv” omsorg och deras omsorg har ett bredare mottagarpanorama än männens. Det gäller även för den mer intensiva omsorgen. Tendensen att kvinnor ger intensivare omsorg rimmar med undersökningar gjorda inom ramen för studierna av frivilligt arbete (Jeppsson Grassman 2001, Lundåsen 2005), men däremot inte med socialstatsundersökningen, där det är lika vanligt (7 procent) att män och kvinnor ger ”tung” omsorg, även om vi inte vet hur *ofta* de gör detta.

En grundlig genomlysning av mäns och kvinnors omsorgsinsatser har visat att kvinnor utför uppskattningsvis två tredjedelar av den omsorgsvolym som ligger på anhöriga (Szebehely 2005). Det är möjligt att partneromsorg är mer jämställd än annan anhörigomsorg, men det är känt att kvinnor oftare än män står ensamma med sådana åtaganden. Män som vårdar en hustru delar oftare ansvaret med andra (a.a.). Äldre som behöver hjälp får den oftare av döttrar än av söner, och döttrarnas insatser har ökat, något som inte är fallet med sönerns insatser (a.a. och Sundström, Johansson & Hassing 2003).

Vad omsorgen innebär i tid är svårare att uttala sig om men både folkhälsoenkäterna och studien av frivilligarbete (tabell 2b, 2c) ger olika resultat, den förstnämnda visar att det för omsorgsgivarna rör sig om i genomsnitt cirka 60 timmar i månaden, den andra cirka 24 timmar i månaden. Detta motsvarar stora volymer på befolkningsnivå. Det är svårt att hitta jämförelsematerial, men SCB:s tidsanvändningsundersökningar (1990–91 och 2000–01) visade ganska stabila mönster under 1990-talet för kategorin omsorg. Omsorg är i denna studie sådana tidsaktiviteter som av SCB kodats som ”omsorg om andra”, dvs. det är inte intervjupersonen själv som definierat aktiviteten på det viset. I genomsnitt 9–10 procent av befolkningen 20–64 år utförde då omsorg en genomsnittlig dag, med i genomsnitt ca en och en halv timme, dvs. motsvarande ca 40 timmar i månaden för dessa omsorg-

såtaganden, som dock sannolikt underskattar den totala omfattningen av det vi brukar kalla omsorg. I åldersgruppen 65–84 år är andelen som ger ”omsorg om andra” något högre, också den med små könsskillnader (SCB 2003 och Klas Rydenstam, personlig kommunikation).

Man noterar i tidsanvändningsundersökningen att kvinnor något oftare ger omsorg och något mer tid när de gör det. Enligt en undersökning i Stockholm år 2000 skulle informell omsorg för personer med ”särskilda behov” omfatta cirka 93 timmar/månad (män 79, kvinnor 102). Omsorg i stort – oavsett behov – rörde sig enligt samma studie om cirka 12 timmar i månaden 1992 och 18 timmar år 2000 (Jeppsson Grassman 2001).

Det kan ha sitt intresse att jämföra med Spanien, ett land som nu kraftigt bygger ut den offentliga omsorgen, men där de flesta gamla får det mesta av omsorgen från sina anhöriga, när man så kan; många har också privat hjälp i olika former m.m. En spansk studie av tidsanvändning år 2002–03 – dessa samordnas nu i Europa av EUROSTAT – visar att 4 procent av den vuxna befolkningen gav hjälp eller omsorg i hushållet och 7 procent till någon i annat hushåll, med påtagliga könsskillnader i frekvens (män 2,5 respektive 5,2 procent, kvinnor 4,5 respektive 8,1 procent), men inte i omfattning för dem som gav hjälp eller omsorg: det rörde sig om totalt drygt 100 timmars omsorg i månaden för de män och kvinnor (dubbelt så många som männen) som hade ett sådant åtagande (www.ine.es: Encuesta de empleo del tiempo 2002–2003, egna beräkningar). Två stora spanska undersökningar av omsorgsgivare för äldre 1994 och 2004 visade att en majoritet av omsorgsgivarna – de allra flesta med dagliga insatser och ”tung” omsorg – upplevde olika påfrestningar i sitt åtagande, inte kunde förvärvsarbeta, fick hälsoproblem m.m. (IMERSO 2005a).

För ytterligare en internationell jämförelse kan man hämta uppgifter ur de schweiziska arbetskraftsundersökningarna, som även har frågor om informell omsorg. I Schweiz ger (2000) 23 procent i åldern 15–64 informell omsorg (män 17 procent, kvinnor 29 procent) (Bundesamt für Statistik 2000). En granskning har visat att den svenska motsvarigheten (AKU) inte f.n. lämpar sig för analys av omsorgsgivande (Szebehely 2005).

Man har också gjort vissa beräkningar av den informella omsorgens samlade volym. 5 procent av den vuxna schweiziska befolkningen uppger i de nämnda undersökningarna att de vårdar någon i hushållet sex till sju timmar i veckan och 12 procent vårdar någon i annat hushåll cirka tre timmar i veckan, dvs. liksom i Sverige något högre andelar för vård i annat hushåll men lägre för tidsåtgången och totalt på ungefär den svenska nivån. Volymerna är stora och beräknas i Schweiz motsvara en fjärdedel av arbetsinsatsen i den offentliga sjuk- och socialvården (Schön-Bühlmann 2005).

Demografiska villkor för omsorg

I ganska hög grad bestäms omsorgsgivandet av om man har någon i närheten att ge den till, dvs. någon närstående som behöver omsorg. Närmast till hands är för de flesta partnern; denna behöver ofta förr eller senare omsorg (mer än barn) och finns givetvis oftast i hushållet. Omsorg för partnern är en stor och av allt att döma ofta ”tung” grupp i omsorgspanoramata. Av hemmaboende äldre (65+) är 54 procent gifta och 5 procent har en sammanbo-

ende partner. Vi har sett ovan att ungefär en tiondel av dessa ger mer eller mindre omfattande hjälp och omsorg till denna partner och lika för kvinnor och män, något som även en annan riksundersökning visat (Socialstyrelsen 2000). Detta ter sig något motsägelsefullt: andra undersökningar visar en övervikt för kvinnliga partnervårdare, i varje fall i relativa tal, dvs. andel av dem som har en partner. Eftersom fler män har en partner, kan detta ändå resultera i att de absoluta talen är ungefär lika stora. Men ibland finns även absoluta differenser.

Till dem som har en samboende partner skall kanske fogas de som har en s.k. särbo, dvs. en partner som man inte bor med. I en riksundersökning år 2001 uppgav 7 procent (9 procent av männen och 5 procent av kvinnorna) att de hade en särbo, motsvarande drygt 100 000 äldre personer. Därmed höjs avsevärt andelen äldre som i någon form har en partner jämfört med civilståndsuppgiften gift. Detta betyder också att ungefär 18 procent av alla *ensamboende* äldre i eget boende trots allt har en partner, om än inte permanent sammanboende (36 procent av ensamboende män, 11 procent av kvinnorna) (bearbetning av primärdata tillhandahållna av Lars Tornstam).

Om särboförhållanden blivit vanligare vet vi inte och föga är känt om omsorgspotentialen i dessa relationer, men man kan sannolikt inte jämföra dem med hjälpmöjligheterna bland sammanboende, även om vi fann enstaka sådana exempel i Malmömaterialiet, liksom omsorg till exmakar m.fl. ovanligare relationer.

Det är tankeväckande att allt fler äldre är gifta och att allt fler har en sambo, upp i allt högre ålder, en trend som beräknas fortsätta åtminstone till omkring 2020 (Socialstyrelsen 2004, Nilsson & Sundström 2004). Beräkningar på befolkningsmaterial för dem som blivit änkor eller änklingar kompletterade med schablonuppgifter om vårdtider för partner ur en longitudinell studie visar att partneromsorg är omfattande och anmärkningsvärt lika mellan könen, trots att änkor blir så många fler. Detta beror på att äldre kvinnor oftare har funktionsnedsättningar som är allvarigare och betydligt långvarigare än hos männen (Socialstyrelsen 2004). Även här bör vi beakta att männen oftare delar ansvaret för en hjälpbehövande hustru med andra, än kvinnor i motsvarande situation (Szebehely 2005).

I en specialundersökning av omsorgsgivare i den svenska delen av projektet EUROFAMCARE fann man att två tredjedelar av alla som vårdade en partner var kvinnor (en tiondel av båda könen hade sin partner i särskilt boende). Efter ett och halvt år hade i uppföljningen 22 procent av de vårdade männen och 18 procent av kvinnorna avlidit (personlig kommunikation: avser personer som medverkade i uppföljningen). Även detta tyder på att manliga partnervårdare har ett mer långvarigt åtagande och att män har mer kortvariga funktionsnedsättningar i slutet av livet.

I HPÅD-materialet år 2000 var det vid intervjutillfället fler kvinnor än män som vårdade en partner (ca 10 procent respektive 6 procent, avser hemmaboende 75+). Även tidigare i livet hade en större andel av kvinnorna än av männen vårdat sin gemål, med samma mönster och ungefär samma andelar som i OCTO (totalt 12 procent, varav 14 procent kvinnor och 10 procent män).

När det gäller retrospektiv partneromsorg måste riskskillnader i att bli änka eller änkling beaktas, eftersom det i äktenskapet är nästan tre gånger

större risk att hon blir änka än att han blir änkling. I OCTO-undersökningen uppger 13 procent av änklingarna och 19 procent av änkorna att de vårdat en partner, men i HPÄD-materialet är det t.o.m. en högre andel av änklingarna än av änkorna som uppger att de vårdat sin partner (37 procent respektive 22 procent). Det senare är nästan exakt samma andelar som i ett jämförbart engelskt material (Henz 2004 och Ursula Henz, personlig kommunikation).

Av *alla* kvinnor i Malmöundersökningen 1994 hade 10 procent någon gång vårdat sin partner, av männen 4 procent (47 kvinnor och 21 män, ogift sammanboende var inte ovanligt). Omsorgen sammanföll ibland men inte alltid med något slag av terminalfas (livets slutskede) för den som fick hjälp.

Tabell 5. Hjälpkällor för hjälpbehövande* gamla, efter partner- och barnstatus, Sverige 2000, 75+. Procent

	Har partner		Har ej partner	
	Har barn (n=313)	Har ej barn (n=37)	Har barn (n=320)	Har ej barn (n=100)
Ålder i genomsnitt	83	82	86	86
Procent kvinnor	22	24	66	69
<i>Hjälp ges bara av</i>				
Partner	70	70	.	.
Barn**	3	3	30	.
Annan släkting	.	3	4	13
Annan hushållsmedlem	.	.	2	.
Vän/granne	1	3	6	14
Hemtjänst	5	3	21	34
<i>Kombinationer av</i>				
Partner + barn**	6	.	.	.
Partner + hemtjänst	5	11	.	.
Partner + andra	1	5	.	.
Barn** + hemtjänst	1	.	19	.
Barn** + andra	1	.	4	.
Hemtjänst + andra	.	.	3	19
Ingen	6	5	12	19
Totalt	100	100	100	100

* Behöver hjälp med en eller fler ADL-göromål.

** Barn inkluderar eventuella svärdöttrar/svärsöner.

Källa: HPÄD 2000 (Socialstyrelsen 2000), egen bearbetning.

Omsorgsmönster hos äldre som tar emot hjälp tycks i stor utsträckning betingas av demografiska faktorer snarare än av omsorgsbehovet i sig, dvs. en hjälpbehövande person som är gift eller har barn, eller både och, har ett helt annat omsorgspanorama än den som är ogift och barnlös, som synes i tabell 5. Framför allt de som saknar både partner och barn använder offentlig hjälp, när det finns ett hjälpbehov. Detta är för övrigt den enda grupp av äldre som inte fått minskad hemtjänst (Sundström, Johansson & Hassing 2003). Det ligger nära till hands att tänka sig att *givande* av omsorg har liknande bestämningsfaktorer, dvs. att de som har nära anhöriga löper större ”risk” att bli omsorgsgivare än de som inte har det.

Betydelsen av de demografiska villkoren behöver belysas, för att undvika en sakligt grundlös ”moralisering” av omsorgen. I en studie från Folkhälsoinstitutet fann man således att omsorgsgivare inte oftare redovisade ”altruistiska” motiv (Lundåsen 2005). Med andra ord bör hjälp och omsorg kanske inte i första hand ses som sprungen ur vissa motiv eller grundade i en ovanligt hög ”moral”. Vi noterar dock att i en annan studie fann man att omsorgsgivare oftare var ”familjeorienterade”, dvs. bejakade familjens ansvar för de äldre (Jeppsson Grassman 2001).

Man kan något begrunda effekten på omsorgsgivandet av att ha föräldrar, syskon och barn med hjälp av uppgifter i ULF. I ganska hög utsträckning tycks omsorgsgivande vara ”förutbestämt” av hur man bor och ”tillgången” på anhöriga. Detta påverkar inte bara om man kan *få*, utan även om, och till vem, det kan bli aktuellt att *ge* omsorg och vilken sorts omsorg. En enkel illustration till detta är omsorg för föräldrar. I åldersgruppen hemmaboende 55+ har 20 procent fortfarande föräldrar i livet, motsvarande en halv miljon människor. Totalt 37 procent av dessa uppger att de ger omsorg till en familjemedlem i annat hushåll, att jämföra med 19 procent av dem som inte har föräldrar i livet.

En uppdelning efter om man har föräldrar i livet eller inte tyder på att drygt hälften (180 000) av de 318 000 55+ som hjälper och vårdar en anhörig utanför hushållet ger hjälpen just till föräldrar. Man ser då även att det gäller två tredjedelar av den mer intensiva hjälpen. Av de 21 000 (9 000 män och 12 000 kvinnor) som ger daglig hjälp till någon anhörig i annat hushåll är det troligen 15 000 (8 000 män och 7 000 kvinnor) som ger daglig hjälp till föräldrar i annat hushåll. Liknande mönster, att den intensivare personliga vården ges till nära anhöriga, såg man t.ex. i den kanadensiska studien (Statistics Canada 2001).

En jämförelsemöjlighet erbjuder sig i socialstatsundersökningen, där man frågade om föräldrar och svärföräldrar (sammantaget) var i livet och eventuell omsorg för dessa. I åldersgruppen 45–64 hade 70 procent fortfarande en eller flera av dessa i livet och totalt 12 procent var omsorgsgivare för föräldrar och svärföräldrar – 16 procent räknat på enbart dem som hade dem i livet.

Att ha föräldrar i livet höjer generellt andelen omsorgsgivare: 28 procent av dem som har föräldrar och svärföräldrar i livet är omsorgsgivare för någon, jämfört med 19 procent av dem som inte har dem i livet, dvs. en betydande del av omsorgen riktas till just dessa. Resultatet rimmar med en annan studie, där cirka 16 procent av åldersgruppen 45+ med föräldrar i livet också var omsorgsgivare för dessa (Socialstyrelsen 2004).

Att omsorgsgivande till ganska stor del beror på om man ”har” någon att ge den till – är till synes trivialt, men synbarligen viktigt. Tyvärr känner man i ULF som nämnts inte den exakta relationen till den hjälpte, men antalet syskon är känt. Vi kan använda detta för att illustrera hur frekvensen omsorg för föräldrar tycks minska med syskonskarans storlek, dvs. när man har fler att dela åtagandet med. Av personer 55+ som har föräldrar i livet, men som saknar syskon, uppger 46 procent att de vårdar en familjemedlem i annat hushåll, som vi kan förmoda ofta är en förälder. Ensam barnens situation kan jämföras med att 42 procent av dem som har ett syskon är sådan omsorgsgivare, 35 procent av dem som har två syskon och 31 procent av dem som har

tre eller fler. (Ensamborna tycks också något oftare bo med och ta hand om föräldern i hushållet, men här är bastalen för små för säkra utsagor.) I analogi med detta fann man i en annan studie att äldres chans att få hjälp av sina barn ökar med antalet barn (Socialstyrelsen 2004). Det kan nämnas att 20 procent i åldersgruppen 55+ saknar syskon, 28 procent har ett syskon, 22 procent två och 30 procent har tre eller fler syskon.

En annan illustration till den demografiska faktorns betydelse fås av ”tillgången” på nära anhöriga. Totalt ger i ULF-materialet 13 procent av hemmaboende 55+ hjälp till släkting i annat hushåll. Av dem som har både partner, föräldrar och syskon i livet ger dramatiskt fler, 38 procent, sådan omsorg. De som har färre av dessa relationer ger mer sällan detta slag av omsorg: av dem som har två av dessa relationer ger 13 procent omsorg, 6 procent av dem som har bara en och 3 procent av dem som saknar dem alla. Vad mer är, allt omsorgsgivande – oavsett vem omsorgen ges till – följer samma mönster: 45 procent, 24 procent, 20 procent respektive 16 procent. Det är givetvis inte vanligt att ha dem alla i livet i denna ålder: 12 procent ”har” alla tre relationerna, 47 procent två av dem, 33 procent en av dem och 8 procent ingen.

Intressant i sammanhanget är att en hög andel av medelålders och äldre i Sverige har barn. En internationell jämförelse visar att 8 procent av befolkningen 50+ är barnlös i Sverige jämfört med t.ex. 14 procent i Tyskland och 12 procent i Spanien. Då är det en klen tröst att fler äldre i Spanien har många barn. Man kan även notera att Sverige och Danmark har en internationellt hög andel med barnbarn (74 respektive 73 procent) vilket är en ökning åtminstone för Sveriges del (65 procent 1994 – bearbetning av socialstatsundersökningen). Andelen är hög i Norden t.o.m. för barnbarnsbarn, 7 respektive 8 procent (SHARE egen bearbetning). I konsekvens med detta noterar vi att många (45 procent) av svenskar 50+ tar hand om barnbarn (avser senaste året). Man kan jämföra med t.ex. Italien, Spanien och Grekland - länder som vi betraktar som mer familjeorienterade – i samma studie som har nivåer på 38–43 procent (Attias-Donfut, Ogg & Wolff 2005).

Man har talat om åldern kring 45–65 som en sandwich- eller ”pivot”-generation, i kläm mellan gamla föräldrar och andra anhöriga som behöver hjälp och de egna barnen och deras behov m.m. En analys av material i SHARE tyder på att denna belägenhet förekommer, men inte alls är så vanlig som man ofta tycks tro. Materialet fångar dock f.n. inte dynamiken över längre tid (a.a.).

Den internationella bilden av att relativt färre i Sydeuropa är omsorgsgivare ter sig svårförklarad utifrån rapporter om de tunga åtaganden som många omsorgsgivare har, men kan vara en ”optisk villa”. Av detta behöver inte alls följa att omsorgsgivande är vanligt där eller vanligare än i t.ex. Sverige. Det kan t.ex. vara så att äldre i t.ex. Spanien har genomsnittligt fler barn, dvs. potentiella omsorgsgivare för t.ex. föräldrar har fler syskon att dela åtagandet med, i analogi med vad vi sett för svenskt vidkommande. Dagens gamla i Spanien har i genomsnitt många barn och i genomsnitt fler än i Sverige. Andelen barnlösa är ungefär densamma, men äldres barnantal minskar snabbt bland blivande äldre.

Man har efter Moroney (1976) använt den s.k. omsorgspoolen (the caretaker pool), dvs. relationen mellan potentiella givare och mottagare av in-

formell omsorg, för att aritmetiskt belysa ”belastningen” på omsorgsgivare respektive möjligheten att få anhörighjälp m.m. Med befolkningspyramidens förändrade utseende finns allt färre tänkbara omsorgsgivare: vi kan arketyriskt tänka oss att omsorgsgivarna är medelålders barn (döttrar) och ställa dem i relation till antalet gamla föräldrar. Om vi definierar detta som en kvot mellan antalet kvinnor 45–69 år i täljaren och antalet äldre (65+) i nämnaren, var denna kvot år 1991 i Spanien 1,01, mot 0,79 i Sverige. Detta var en nedgång från 1,61 respektive 1,32 år 1950 (de spanska uppgifterna från IMSERSO 2005b). Kvoten har givetvis samma fallande tendens om båda könen beaktas.

Detta betyder att svenska kvinnor – och män – har fler potentiella personer med omsorgsbehov att hjälpa – och dessa har i sin tur färre att bli hjälpta av – än vad man har i Spanien, allt i övrigt lika. Detta skulle teoretiskt innebära att omsorg för gamla föräldrar är vanligare i Sverige än i Spanien, men i SHARE är det procentuellt färre svenskar än spanjorer i åldern 50+ som uppger att de hjälper föräldrar: 27 procent respektive 35 procent (Attias-Donfut, Ogg & Wolff 2005). Naturligtvis har den aritmetiska kvoten samma innebörd när man vill rekrytera betald, privat eller offentlig hjälp. Sveriges första äldreomsorgsutredning pekade, som nämnts tidigare, på dessa svårigheter (SOU 1956:1).

Aritmetiska resonemang av detta slag kan således inte ersätta empirisk kunskap om faktisk omsorg, given och mottagen. Den kanske viktigaste anledningen när man jämför länder och historiska epoker är skillnader i tillgången på alternativ. I Spanien finns gott om privat hjälp, i Sverige främst offentlig hjälp, men i Sverige 1954 hade bara 1 procent hemhjälp jämfört med att 3 procent hade hembiträde (SOU 1956:1). Därtill kommer olikheter i ensamboende, hälsa, bostadsstandard m.m. Aritmetiken är också känslig för demografiska variationer; således hade ovannämnda kvot för Sverige ”förbättrats” till 0,84 år 2004 (40-talsgenerationen hade nått kvotens täljare, men inte dess nämnare). En längre historisk tidsserie från 1750 visar att Sverige år 1850 hade fyra gånger fler potentiella omsorgsgivare än i nutid (Sundström 1983). Detta kan givetvis av nämnda skäl inte direkt ”översättas” till faktisk omsorg, men är ändå tänkvärd som en påminnelse om vad demografiska faktorer betyder för omsorgen. Den historiska risken eller chansen att bli omsorgsgivare har av detta att döma stegrats. En empirisk skattning av antalet omsorgsgivare ger följande översiktliga riktvärden:

*Schablon för att översiktligt beräkna antal omsorgsgivare i t.ex. en kommun**

En sammantagen bedömning utifrån data i ULF och civilsamhällesstudien ger följande skattningsparametrar: grovt sett är en femtedel av befolkningen 45+ omsorgsgivare, varav en femtedel ger ”tung” omsorg. Mer exakt kan man i en befolkning 16–89 år skatta att

- 22 procent ger omsorg totalt, varav tre fjärdedelar till personer 65+
- 5 procent ger omsorg i hushållet
- 18 procent ger omsorg utanför hushållet

Totalt cirka 5 procent av befolkningen ger ”tung” omsorg (daglig omsorg och/eller lyft, stöd och/eller personlig hygien), oftast till nära anhörig (föräldrar, partner eller barn).

* Schablonen bygger på ett riksgenomsnitt. Man får beakta att andelen omsorgsgivare lokalt kan vara högre eller lägre, beroende bl.a. på hur vanligt det är att hjälpbehövande äldre bor ensamma (Socialstyrelsen 2005).

Omsorgsgivandets konsekvenser för förvärvsarbete

Omfattande omsorgsinsatser kan vara svåra att förena med arbete och kan även få konsekvenser för familjeliv m.m., men frågan är om omsorgsinsatser generellt är svårt att förena med arbete. En norsk befolkningsstudie fann inget säkerställt samband mellan förvärvsarbete och omsorg. Det var t.o.m. så att de som hade föräldrar på institution mer sällan var i förvärvsarbete (Lingsom 1997).

Troligen avspeglar detta ett klassmönster: institutionsvård användes åtminstone tidigare främst av äldre ur arbetarklassen, vars barn sannolikt ofta tillhörde samma socialklass och därmed löpte större risk att stå utanför arbetsmarknaden av andra skäl. Detta antyder att relationen omsorg-förvärvsarbete långtifrån är så enkel som att ökande lönearbete (bland kvinnor) ”mekaniskt” medfört institutionalisering eller annan offentlig äldreomsorg.

Omvänt kan man tänka sig att yrkesarbete förhindrar omsorgsgivande: en undersökning 2004 fann att 9 procent i åldersgruppen 45+ som hade hjälpbehövande föräldrar, lika för män och kvinnor, inte kunde hjälpa dem mer på grund av sitt arbete. Tre gånger fler (28 procent) var dock förhindrade av stora avstånd (Socialstyrelsen 2004).

Tänkbart är att en ganska vid definition av omsorg, som i en del av undersökningarna refererade i avsnitt 1, inte innebär någon större konflikt mellan omsorg och förvärvsarbete. För att något studera detta kan vi snäva in definitionen. Vuxna barn som bor med gamla föräldrar är en närmast arketypisk indikator på familjeomsorg för äldre och där man ofta föreställer sig att det har skett till priset av eget förvärvsarbete m.m. Den äldre generationens sammanboende med vuxna barn minskade snabbt i Sverige under efterkrigstiden, men 1975 bodde ännu 9 procent av de äldre med sina barn (2002–03 cirka 2 procent).

En närmare granskning visar att många av dessa barn var eller är ogifta söner, som inte alltid är givare av omsorg. Det ligger nära till hands att tänka sig att den stegrade välfärden har möjliggjort en förlängd föräldraroll för barn som av olika skäl inte ”frigjort sig” (Sundström 1987). Stundom kan det likväl röra sig om en dotter, som är en ”traditionell” omsorgsgivare och kanske hindras från att arbeta av omsorgsåtagandet för de gamla föräldrarna.

En möjlighet att analysera omsorg i denna tätast tänkbara omsorgskonstellation ges i 1975 års folk- och bostadsräkning. En poäng i sammanhanget är att det handlar om hela befolkningen, utan bortfallsproblem. Förvärvs-

intensiteten var hög bland svenska kvinnor redan då, därför kan vi använda data för den tidpunkten för en analys, även om det är länge sedan.

Kvinnor i åldersgruppen 45–59 befann sig även då i ”riskzonen” för att ha hjälpbehövande föräldrar, men 67 procent av dessa kvinnor förvärvsarbete – och lika ofta heltid - oavsett om de bodde med föräldrar eller inte. Majoriteten (72 procent) av de 16 000 kvinnor som då bodde med föräldrar var gifta. Om de hade barn i hushållet arbetade de mindre, men det gällde oavsett om där även fanns en gammal förälder. Föräldrarna tycks således inte heller ha fungerat som ersättning för daghem.

Japanska studier visar att småbarnsmödrar som bor med föräldrar eller svärföräldrar oftare har förvärvsarbete än de som inte bor på det viset. En sorts indikator på ”överlappningen” mellan olika livsområden – och potentiella konflikter dem emellan – framgår av att 92 procent av kvinnor i 45–59-årsåldern i folk- och bostadsräkningen 1975 var gifta, 10 procent var gifta och hade barn under 13 år i hemmet, men blott 0,3 procent bodde dessutom med förälder eller föräldrar (beräkningar på Sundström 1983). Det är naturligtvis möjligt att omsorg för – i det här fallet - föräldrar har en effekt på sysselsättningen, men i så fall för alla kvinnor som har gamla föräldrar, oavsett hur de bor.

I de senaste civilsamhällesundersökningarna finns uppgifter om arbetstid, men det tycks inte finnas något samband alls mellan informella insatser och förvärvsarbete. Om det finns ett samband förhåller det sig snarare tvärtom, i varje fall bland de yngre (under 65 år) (Lars Svedberg, personlig kommunikation). Inte heller i Folkhälsoinstitutets data kan man se några större skillnader i förvärvsintensitet mellan omsorgsgivare och övriga. För 55–64-åringar kan arbete och sysselsättningsgrad beskrivas vid intervjutillfället med hjälp av data i ULF 2002–03, vilket visas i tabell 6.

Tabell 6. Sysselsättning för 55–64-åringar 2002–03, efter omsorg och kön. Procent

	Alla			Ger omsorg		
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla
Ej sysselsatt	22	29	26	18	32	25
Heltid	55	39	47	56	39	47
Deltid	6	27	17	7	23	15
Jordbrukare	2	1	1	3	1	2
Företagare	16	4	10	17	5	11
Totalt	100	100	100	100	100	100
Befolkning (tusental)	561	552	1 113	159	171	330

Källa: Egen bearbetning av ULF 2002-03.

Som framgår av tabell 6 är omsorgsgivare förvärvsarbetande i ungefär samma utsträckning som åldersgruppen i stort, vilket rimmar med resultaten i undersökningen 1994 (Busch Zetterberg 1996). I gruppen ej sysselsatt är män något underrepresenterade som omsorgsgivare och kvinnor något överrepresenterade, men skillnaderna är ganska små. Inte heller i undersökningarna av frivilligarbete och omsorg 2000 och 2005 fann man att dessa aktivi-

teter ”konkurrerade” med förvärvsarbete. Det var t.o.m. så att omsorgsgivare också oftare var engagerade i frivilligarbete av annat slag. En rimlig hypotes är att både frivilligarbete och omsorg alstras av det sociala nätverk man är inbäddad i (Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman 2005), en tanke som funnit stöd även i en amerikansk studie (Burr et al. 2005). Vi noterar att många – tre av tio – förvärvsarbetande i denna ålder också är omsorgsgivare.

Eftersom omsorgsåtagandena generellt sett inte är så intensiva kan det tänkas att de i allmänhet påverkar arbetslivet bara när det är fråga om ”tung” omsorg. Oftast handlar det som nämnts om omsorg för en partner i det egna hushållet. Detta analyseras i tabell 7 som visar en tendens enligt det förväntade mönstret. De som ger omsorg i hushållet står oftare (38 procent) helt utanför arbetsmarknaden, även om de flesta även bland dessa (fortfarande) förvärvsarbetar. Det är dock inte så vanligt i denna ålder med en partner som behöver hjälp, totalt rör det sig om 17 000 personer motsvarande knappt 2 procent av hela åldersgruppen. Vi noterar att det är lika många män som kvinnor i denna situation. Analys av dem som ger omsorg till någon i annat hushåll visar som väntat bara små förvärvsskillnader jämfört med åldersgruppen i stort.

En liknande effekt ses i samma material av daglig omsorg, oavsett var den utförs. De som ger omsorg dagligen är oftare inte sysselsatta, men också oftare företagare. De arbetar heltid något mer sällan än åldersgruppen i stort, men deltidsarbetar i samma utsträckning. Kvinnor dominerar bland dessa omsorgsgivare (analys som inte visas här).

Tabell 7. Sysselsättning för 55–64-åringar 2002–03, efter omsorg, kön och frekvens. Procent

	Ger omsorg i hushållet			Ger daglig omsorg till någon		
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla
Ej sysselsatt	29	46	38	18	43	32
Heltid	50	28	39	42	28	34
Deltid	6	21	13	12	17	15
Jordbrukare	2	1
Företagare	15	6	11	28	10	18
Totalt	100	100	100	100	100	100
Befolkning (tusental)	9	9	17	20	23	43

Källa: Egen bearbetning av ULF 2002-03.

Bland 55–64-åringar uppger 4 procent av de intervju personer i ULF som arbetar deltid, att de gör detta för att kunna vårda en anhörig (i gruppen 65–74 år var det 5 procent som arbetade deltid för att vårda en anhörig av de ganska fåtaliga deltidsarbetarna). Därtill kommer att 3 procent i båda åldersgrupperna uppger att de inte arbetar alls för att kunna vårda en anhörig. Men räknat på *alla* eller *alla omsorgsgivare* i dessa åldrar är detta skäl till att arbeta deltid marginellt förekommande.

Eftersom många fler kvinnor än män arbetar deltid eller helt upphört att arbeta i dessa åldrar är det betydligt fler kvinnor i befolkningen som har påverkats av att vara omsorgsgivare. Proportionsvis är det dock bara obetydligt vanligare bland kvinnorna att arbeta deltid för att kunna vårda en anhörig, och, som sagts, relativt ovanligt i det stora hela.

Inte heller i socialstatsprojektet 1994 och civilsamhällesstudien i Stockholm år 2000 tycks omsorgen i allmänhet ha påverkat förvärvsfrekvens eller omfattningen av deras arbete (deltid-heltid) bland personer i yrkesverksam ålder (under 65). Även de som var under 65 och gav ”tung” omsorg tycks ofta ha kunnat förena detta med förvärvsarbete.

Frågor om eventuella konflikter mellan arbete och omsorg kan belysas retrospektivt för hela livsloppet fram till 65 års ålder med uppgifter ur den undersökning som startade i Malmö år 1938 (se metodavsnittet). År 1994 var många av dem redan pensionärer (19 procent var i arbete hela 1993). År 1984 var 88 procent i arbete hela året och 1988 – när de var 60 – fortfarande 65 procent (15 procent deltid), två år senare var bara 48 procent i arbete (12 procent deltid). Andelen som stod helt utanför arbetslivet under året var låg 1984 men ökade sedan snabbt, från 21 procent 1988 till 35 procent år 1990.

Sammanlagt 955 personer (varav 493 män) intervjuades 1994. De som var eller har varit omsorgsgivare ombads uppge vem de gav omsorg till, när det skedde och hur länge det varade samt om det ”betydde något för arbets-situationen, t.ex. att Du var tvungen att byta arbete, gå ner i arbetstid, sluta arbeta i förtid etc.”. För kvinnorna var andelen som var eller har varit omsorgsgivare 29 procent (uppskattningsvis en fördubbling sedan 1984) och för männen 15 procent (inte intervjuade 1984)(se även nästa avsnitt).

För båda könen började omsorgen främst under senare delen av 1970-talet och på 1980-talet, dvs. när de var i 40–50-årsåldern. De relativt små effekter på arbetslivet som rapporterades i intervjuerna redovisas i tabell 8. Endast för en minoritet av deltagarna, 16 procent – lika för män och kvinnor – hade omsorgen över huvud taget påverkat deras arbete. Detta framstår ibland som anmärkningsvärt när man betänker omfattningen och längden på deras åtgående, också det beskrivet i viss detalj i materialet. Andelen motsvarar ca en fjärdedel av de omsorgsgivare som var i arbete vid tiden för omsorgen, vilket inte alla var. För 51 procent av alla omsorgsgivare hade det inga konsekvenser alls för deras (eventuella) arbete. Tre av tio kvinnor arbetade inte vid tiden för omsorgen, jämfört med endast 16 procent av männen. Totalt en fjärdedel var inte i arbetskraften vid omsorgstillfället, då de ofta hade lämnat arbetsmarknaden av andra skäl. Ytterst få ”äkta” hemmafruar återfanns bland omsorgsgivarna.

Tabell 8. Omsorgserfarenheter och deras effekter på sysselsättningen, personer i Malmöstudien som varit omsorgsgivare, 1994. Procent.

Effekter på sysselsättning	Kvinnor	Män	Alla
Arbetade ej vid tillfället	30	16	25
Ingen påverkan	44	64	51
Påverkan på följande sätt... *	16	15	16
Ej svar eller oklart	10	4	8
Totalt	100	100	100
(n)	175	92	267)

* Svaren är svåra att enkelt kvantifiera.

Källa: Egna analyser av 267 frågeformulär i arkivet på Institutionen för Internationell Pedagogik, Stockholms universitet, med tack till Zenia Hellström. Studien leddes av Torsten Husén på 1950-talet och därefter av Ingemar Fägerlind.

När omsorgen *hade* påverkat deras arbete, hade omsorgsgivarna använt ett antal olika strategier: några skar ned på sin arbetstid eller slutade helt och hållet, för gott eller tillfälligt, andra bytte till nattskiftet, bytte arbete eller hittade andra sätt att kombinera arbete och omsorg. Sammantaget var det ganska få som lämnade arbetsmarknaden av detta skäl. Av alla i undersökningen hade 71 procent pensionerats eller pensionerat sig före 65, men få tycks ha gjort det för att ge omsorg. 3 procent av deltidsarbetarna uppger att de valt detta av omsorgsskäl (1 procent av deltidsarbetande män, 4 procent av kvinnorna). Totalt är det således ungefär 4 procent av alla 65-åringar i Malmömaterialiet som förr eller senare sett sitt yrkesliv påverkas av ett omsorgsåtagande och totalt 22 procent som någon gång blev omsorgsgivare.

Intressant är att endast omsorg för *partner* (11 av 28 kvinnor som påverkats, 3 av 14 män som påverkats), *föräldrar* eller vuxna *barn* hade haft (tilllåtits ha?) konsekvenser för de tillfrågades förvärvsarbete. Inte i något fall fick omsorg för mer avlägsen släkt eller andra sådana följder. Men även omsorg för dessa nära anhöriga hade oftast inte medfört konsekvenser för arbetslivet.

Den tid som omsorgsgivarna i Malmöstudien ägnat åt sitt åtagande är också känd. Variationerna är stora kring genomsnittet som var lika för båda könen, nästan sex år för kvinnorna och sex år för männen. De flesta har gett ganska kortvarig omsorg, över hälften högst tre år. Ungefär 15 procent har gett omsorg högst ett år. Men ungefär 20 procent har gett omsorg tio år eller mer, lika för båda könen (medianen är i båda fallen mellan fyra och fem år).

Var sjätte omsorgsgivare hade svårt att specificera exakt tid. Dessa rapporterade återkommande perioder, avbyte med syskon etc. Syskonen är inte medräknade här.

Det kan vara intressant att jämföra med en liknande engelsk livsloppsstudie. Där beräknar man att 42 procent av kvinnorna och 24 procent av männen vid 69 års ålder någon gång varit omsorgsgivare (i Malmömaterialiet 29 procent respektive 15 procent vid 65).

Ungefär hälften rapporterade att det hade påverkat deras arbete på olika vis. Detta hade de hanterat med varierande strategier, oftast så att de slutat

arbeta, men senare tycks ha återupptagit det (20 procent hade inte arbetat vid tillfället).

Man fann också, liksom i Malmöstudien, att omsorgsgivande var vanligast från mitten av 40-årsåldern och att det var en mycket heterogen erfarenhet på olika vis: tidsmässigt, vem som fick hjälp m.m.

De män som gav omsorg gjorde det ungefär lika länge som kvinnliga omsorgsgivare även i den engelska livsloppsstudien och med ungefär samma varaktighet som i Malmömaterialiet (Henz 2004). Även en amerikansk befolkningsstudie redovisar att det kan finnas en konflikt mellan förvärvsarbete och omsorgsgivande (Marks 1996).

Det är naturligtvis möjligt att ett påtvingat val mellan arbete och omsorg inte kommer till fram i de tvärsnittsdata (t.ex. ULF) vi använt ovan, eftersom de flesta omsorgsåtaganden inte är så omfattande. Det är dock tänkbart att omsorgsåtagandena på sikt kan bli omfattande, vilket då skulle kunna få konsekvenser för givarnas arbetsituation. Om detta vore fallet borde det dock ha syns i vår analys av Malmöundersökningen med dess livsloppsperspektiv. Men som vi sett är effekterna ganska små, eller i varje fall mindre än väntat utifrån en stereotyp bild av omsorgsgivande.

Det är ytterst ont om jämförbara material, men i en studie har man följt upp amerikanska (USA) kvinnor efter 30 år. Man fann att 45 procent av den äldsta kohorten (födda 1905–1917) varit omsorgsgivare, mot 64 procent i den yngsta (födda 1927–1934). Ökande förvärvsintensitet – liksom i Sverige – tycks inte ha hindrat yngre kohorter från att bli omsorgsgivare och det fanns ingen skillnad i yrkesengagemang mellan omsorgsgivare och andra. Sammanfattningsvis kan man säga att fler kom att *både* arbeta *och* att ge omsorg (Moen, Robison & Fields 1994).

En svensk studie av beredskapen att bli omsorgsgivare för föräldrar (eller öka sitt åtagande) fann att de flesta var villiga till detta och att man ganska sällan hänvisar till arbete som ett hinder. Där är stort avstånd oftare ett hinder. Tio procent av både män och kvinnor i åldern 45+ kan inte hjälpa eller göra mer än de redan gör på grund av sitt arbete, 28 procent på grund av avståndet (Socialstyrelsen 2004).

I Spanien, å andra sidan, har man sett betydande effekter på arbetslivet (och hälsan) av att vara omsorgsgivare, särskilt när det handlar om att ta hand om föräldrar. Det visar en tidsanvändningsundersökning och representativa studier av omsorgsgivare för gamla 1994 och 2004. I Spanien är också betydligt fler omsorgsgivare kvinnor; dock hade fler omsorgsgivare förvärvsarbete 2004 än 1994 (IMSERSO 2005a). Liknande effekter på arbetsliv (och hälsa) fann man i ett par undersökningar av omsorgsgivare i Tyskland, men även där har det blivit något fler som förenar omsorg och förvärvsarbete (Bundesministerium 1998, Infratest Sozialforschung 2005).

En analys av den engelska motsvarigheten till ULF (GHS, för 1990) visade också betydande alternativkostnader i form av nedsatt hälsa och lägre inkomster för både män och kvinnor som ägnade sig åt omsorgsgivande (Carmichael & Charles 2003).

En jämförbar kanadensisk befolkningsundersökning visade att omsorgsgivare inte tillhörde någon särskild kategori och att de arbetade i samma utsträckning som andra, även om omsorgsgivandet hade medfört en hel del

andra förändringar i deras livsföring och hälften angav att omsorgen ändå på något vis påverkat deras arbete (Statistics Canada 2001).

Det typiska i länder med utbyggd välfärd är med andra ord att många *både* arbetar *och* ger omsorg, även om det kan ha sina konsekvenser för arbetet. Andelen omsorgsgivare som arbetar och ger omsorg, är i Europa högst i Danmark och Sverige (tabell 10). Även Busch Zetterberg konstaterade (1996) att en fjärdedel av alla svenska förvärvsarbetande också är omsorgsgivare. I sammanhanget bör vi dra oss till minnes att det bara är en eller ett par procent av alla förvärvsarbetande som är engagerade i ”tung” omsorg, i medelåldern (45–64), i den undersökningen liksom i övriga undersökningar.

Omsorg och livslopp, hälsokonsekvenser

Det är givetvis en betydligt lägre andel som är omsorgsgivare vid en bestämd tidpunkt än som *någon gång* är det. De genomsnittsuppgifter som analyserats ovan kan fördjupas med hjälp av uppgifter ur några andra studier, OCTO-undersökningen i Jönköping som startade 1987, HPÄD år 1994 och 2000 (Socialstyrelsen 1994, 2000) och Malmöundersökningen (Hellström 1996). I den senare ställde man som nämnts 1994 retrospektiva frågor om omsorgsgivande till både kvinnorna och männen, som då just hade fyllt 65. I tvärsnittsundersökningarna HPÄD med åldersgruppen 75+ ställdes frågor om tidigare omsorg för egna föräldrar (1994) och omsorg i stort (2000).

I OCTO-undersökningen med personer i åldern 84–90 år 1987 hade 26 procent (31 procent av kvinnorna och 17 procent av männen) erfarenhet av att någon gång under livet vara omsorgsgivare. Oftast hade omsorgen riktats mot föräldrar (13 procent) och i någon mån svärföräldrar (3 procent) eller varit omsorg om make eller maka (11 procent: 14 procent av kvinnorna, 8 procent av männen). 5 procent hade gett vård till mer än en person.

Man kan jämföra detta med mönster i riksundersökningen HPÄD ett drygt årtionde senare, år 2000. Då uppgav 34 procent av hemmaboende äldre i åldern 75+ att de ”tagit hand om någon som behövt mycket hjälp under en längre tid” (Socialstyrelsen 2000). I åldern 85+ var andelen 37 procent. Det rörde sig vanligen om hjälp till föräldrar (12 procent), partner (12 procent) eller annan släkting (9 procent), dvs. samma mönster, men på en något högre nivå.

Kvinnor hade oftare än män gett omsorg (41 procent respektive 24 procent), men könsskillnaderna hade minskat något. De som vid intervju tillfället vårdade en partner var i absoluta tal lika många män som kvinnor, men den procentuella andelen var högre för gifta kvinnor än för gifta män (eftersom de senare är fler). Tidigare i livet hade dock en större andel av kvinnorna än av männen vårdat sin partner, med samma mönster och ungefär samma andelar som i OCTO (totalt 12 procent: kvinnor 14 procent, män 10 procent). Även om svaren på omsorgsfrågor är känsliga för den exakta formuleringen tyder uppgifterna i varje fall inte på en minskning av omsorgsgivandet och om något snarare en ökning, något som också bestyrks i en stor norsk undersökning (Lingsom 1997).

I Malmökohorten var det totalt 30 procent (267 personer) som 1994 uppgav att de någon gång ”regelbundet under någon längre period tagit hand om eller vårdat någon som tillhör hans/hennes allra närmaste”. De som var eller varit omsorgsgivare ombads också uppgive vem detta var, när det var och hur länge. För kvinnorna var andelen som var eller varit omsorgsgivare 41 procent (en fördubbling sedan 1984) och för männen 20 procent (män tillfrågades inte om detta 1984).

Den manuella genomgången av frågeformulären visar dock att en fjärdedel med detta avsåg att de tagit hand om barnbarn. Detta är visserligen intressant, men ligger utanför vår forskningsprofil. Efter korrigering för detta återstår 22 procent som varit omsorgsgivare fram till 65 års ålder, dubbelt så ofta bland kvinnorna (29 procent) som bland männen (15 procent). Detta rimmar grovt med ovanstående tvärsnittsdata. Uppföljningsfrågorna var inte heltäckande, men gav upphov till många intressanta berättelser och spontana kommentarer i frågeformulären om stöd eller – oftare – brist på stöd från den offentliga omsorgen. Flera omsorgsgivare uttryckte spontant att de var nöjda med den offentliga omsorgen, andra uttryckte tydligt missnöje. Detta återkom i en annan fråga, där man fick ta ställning till om man för egen del önskade ett långt liv. Majoriteten uttryckte att de gärna ville det, om de inte blev ”vårdpaket” eller ”fick så dålig vård som mamma” etc.

För både män och kvinnor i Malmömaterialet började omsorgen främst under senare 1970-talet och på 1980-talet, dvs. när de var i 40–50-årsåldern. De relativt små effekter på arbetslivet som rapporterades i intervjuerna har redovisats i tabell 8. Vår bearbetning av materialet visar att föräldrar (52 procent) och svärföräldrar (6 procent) samt make eller maka (25 procent) var de vanligaste mottagarna av omsorgen. Några (5 procent) hade (haft) långa omsorgsåtaganden för vuxna barn (mycket oftare söner än döttrar), 5 procent för annan släkting och 6 procent för någon annan.

Av *alla* kvinnor i Malmöundersökningen 1994 hade 10 procent någon gång gett omsorg till eller vårdat sin partner, av männen 4 procent (47 kvinnor och 21 män, ogift sammanboende var inte ovanligt och även där förekom omsorg). Omsorgen sammanföll ibland men inte alltid med något slag av terminalfas (livets slutskede) för den hjälpte eller vårdade partnern. Frågor om retrospektiv partneromsorg är dock som nämnts problematiska på grund av riskskillnader i att bli änka eller änklings och skillnader i dödlighet därefter.

Många tidigare undersökningar av omsorgsgivare har visat att deras åtaganden tär på hälsan, både kroppsligen och mentalt. Detta framkom t.ex. i en studie av omsorgsgivare i Tierp på 1980-talet (Johansson 1991). Detta framgår också av t.ex. amerikanska analyser av dem som blev omsorgsgivare under en femårsperiod, där dessa effekter var tydliga när det handlade om omsorg för föräldrar, partner eller barn, men inte för andra.

Man fann dock även positiva effekter av omsorgsgivande (Marks 1996, Marks, Lambert & Choi 2002). I tvärsnittsstudier kan det inte beläggas att sämre hälsa är ett resultat av omsorgen, även om omsorgsgivare ibland har visats ha sämre hälsa i sådana material. I en kanadensisk befolkningsundersökning fann man inga tydliga hälsoskillnader mellan omsorgsgivare och andra, men en femtedel angav ändå att det påverkat deras hälsa (Statistics Canada 2001).

Det är möjligt att hälsan ibland påverkas negativt vid ”tunga” och långvariga omsorgsåtaganden, som dock vid varje tidpunkt är en minoritet. Man får betänka hur vanligt omsorgsgivande är och – som vi har sett ovan – att bara en femtedel av omsorgsgivarna ger daglig omsorg. Ett par andra studier har funnit att den lilla grupp som gav ”tung” omsorg, särskilt i det egna hus hållet, tenderade att ha sämre hälsa även när man kontrollerade för ålder.

Kanske är det så att det finns olika slag av omsorgsåtaganden eller så att ett mindre intensivt åtagande kan efter hand övergå i ett engagemang som kan få följder för hälsan? (Jeppsson Grassman 2001, Lundåsen 2005). En tidig men fortfarande intressant norsk undersökning av anhängvårdare (varav en fjärdedel hade kommunal ersättning, men i övrigt föga offentligt stöd) fann t.o.m. att en del av dem som hade nedsatt hälsa menade att detta hade möjliggjort för dem att ta hand om den närstående. Man fann inget samband mellan omsorgen och hälsoproblem, men äldre anhängvårdare med nedsatt hälsa behövde ibland själva hjälp (Nygård 1982).

Man kan spekulera kring att omsorgsgivande förutsätter (relativt) god hälsa, vilket finner stöd både i ULF-materialet och i en annan studie (Jeppsson Grassman 2001). De som drabbats av ohälsa är kanske snarare mottagare av omsorg än givare av omsorg? En skarp gränsdragning dem emellan är naturligtvis en förenkling av verkligheten, man kan vara både givare och mottagare. Det har också förmodats att relationen mellan omsorg och hälsa kan vara ömsesidig (Lundåsen 2005). I ULF finns ett antal indikatorer på hälsa, mest lättillgängligt är en enkel fråga om allmänt (upplevt) hälsotillstånd, som vi jämför för omsorgsgivare och andra i tabell 9.

Tabell 9. Hälsotillstånd för hemmaboende 55+, efter omsorgsgivande, 2002–03. Procent

Subjektivt hälsotillstånd	Befolkningen	Ger ej omsorg	Ger omsorg	
			Alla	Daglig omsorg
Mycket gott	24	23	28	21
Gott	36	35	40	41
Någorlunda	29	29	26	31
Dåligt	8	9	5	5
Mycket dåligt	3	3	1	2
Totalt	100	100	100	100

Källa: Egen bearbetning av ULF 2002-03

De som rapporterar subjektivt god hälsa är uppenbarligen överrepresenterade bland omsorgsgivare i allmänhet (och vice versa). En närmare granskning visar att de som ger omsorg gör det ungefär lika ofta, oavsett hur man ser den egna hälsan, men på en totalt lägre nivå när hälsotillståndet är sämre. Könsskillnaderna är små, men männen rapporterar något bättre hälsa. I den relativt lilla grupp som ger daglig omsorg är det dock något färre som uppger sig ha mycket gott hälsotillstånd. Mönstren avspeglar troligen till en del att de som ger daglig omsorg är genomsnittligt äldre (69 år) än hela gruppen

55+ (68 år), samtidigt som hela gruppen omsorgsgivare är genomsnittligt yngre (66 år).

Liknande mönster gäller för dem som uppger att de har någon långvarig sjukdom och de som tyckte sig ha sämre hälsa än andra i samma ålder, dvs. de är mer sällan omsorgsgivare. Dessa resultat rimmar med en annan studie där i synnerhet äldre personer som på olika vis hjälpte andra hade klart bättre hälsa (Lundåsen 2005).

Det har påpekats att kvinnor är mer ”insnärjda” än män i en komplex väv av relationer och val – inte bara när det gäller omsorg – som medför mer av stress och konfliktfyllda val, men också möjligheter till stöd. Därmed kan kvinnors mer sammanlänkade liv, som berördes i avsnittet om demografiska faktorer, få både positiva och negativa konsekvenser för bl.a. hälsan (Moen & Chermack 2005).

Jämförelser med andra länder

Det kan vara av intresse med vissa ytterligare europeiska jämförelser: en systematisk sådan är möjlig med nya uppgifter ur SHARE för befolkningen 50+ (i huvudsak hemmaboende). I tabell 10 visas hur vanligt omsorgsgivande är i ett större antal europeiska länder. Det handlar om vård i hushållet eller hjälp i allmänhet till andra hushåll samt hur vanligt det är att man förvärvsarbetar.

Mönstret för vård i tabell 10 är ganska enhetligt för alla länder: 4–10 procent av gruppen 50+ ger vård i det egna hushållet. Hjälp av olika slag – allt ifrån pappersexercis till hushållsgöromål och omvårdnad – för någon i *annat* hushåll utförs av mellan 14 procent och 47 procent. Anmärkningsvärt är att Italien, Grekland och Spanien ligger betydligt lägre när det gäller hjälp till annat hushåll än länderna i norra Europa, särskilt Danmark och Sverige. I Danmark och Sverige är däremot hjälp till någon i *samma* hushåll klart mindre vanligt. Vi noterar också att förvärvsarbete är betydligt vanligare i Danmark och Sverige än i södra Europa, både totalt och bland omsorgsgivare.

Totalt sett är omsorgsgivande vanligare i åldern 50+ i centrala och norra Europa än i t.ex. Spanien och Italien, men hjälp mellan hushållen kan givetvis inte alltid direkt jämföras med ”tung” personlig vård i hushållet, som är två–tre gånger vanligare i Sydeuropa än i Danmark och Sverige. I norra Europa handlar omsorgen inom hushållet om partneromsorg, i Sydeuropa är det ofta frågan om vård av (svär)föräldrar. Generationsvis sammanboende är i dag mycket ovanligt i Norden, men i t.ex. Spanien bor 6 procent av 50+ gruppen med föräldrar (Attias-Donfut, Ogg & Wolff 2005).

En annan viktig skillnad är att omsorgen förefaller vara relativt jämställd i Norden även enligt denna källa, men är mer en kvinnofråga i t.ex. Sydeuropa, något som framkommit i t.ex. spanska studier av omsorgsgivare, och liknande uppgifter ses i databaser hos EUROSTAT (2004a, IMSERSO 2005a, b). Könsskillnader i hjälp till andra hushåll förefaller mindre både i norra och södra Europa, men vi vet föga om innehållet i den hjälpen, där det för männens del kanske mer handlar om olika slag av praktisk hjälp.

Tabell 10. Prevalens av omsorg, vård och yrkesverksamhet i europeiska länder för personer 50+ och för kvinnor, 2004. Procent.

	Ger vård i hushållet*		Hjälper utanför hushållet**		Anställda i befolkningen 50+		Anställda av dem som ger vård i hushållet	
	Alla	Kvinnor	Alla	Kvinnor	Alla	Kvinnor	Alla	Kvinnor
Danmark	4	4	47	37	52	47	35	25
Sverige	4	4	41	39	52	51	38	30
Nederländerna	5	5	41	38	40	32	27	15
Tyskland	6	7	32	29	46	33	18	15
Frankrike	6	8	31	31	33	30	17	16
Schweiz	6	8	36	37	54	48	36	27
Österrike	8	9	25	24	32	26	21	18
Grekland	6	7	20	21	35	24	22	19
Italien	8	9	23	22	25	18	16	10
Spanien	10	12	14	15	27	20	17	12

* Regelbunden (daglig eller nästan daglig i minst tre månader) omvårdnad till någon sjuk eller handikappad vuxen under det senaste året.

** Hjälptill familj, vänner och grannar i annat hushåll någon gång under senaste året. Hjälpen kan vara personlig omvårdnad, hushållsgöromål och pappersarbete.

Källa: SHARE, egna beräkningar.

Sysselsättningsnivån, för män och kvinnor, är hög i Norden. Arbete tycks inte hindra hjälp till annat hushåll vare sig i norra eller södra Europa, för män eller kvinnor (analyser som inte visas här). De som ger ”tung” hjälp i hushållet står oftare utanför arbetsmarknaden, men det är svårt att se vad som är orsak och verkan.

Intressant är att omsorgsgivare i Danmark och Sverige ofta, och oftare än i andra länder, också arbetar. Dessa omsorgsgivare har ett arbete dubbelt så ofta som deras motsvarigheter i Italien och Spanien. En tänkbar förklaring är den större tillgången på offentlig hjälp i Norden, även om vi vet att den som vårdar en partner oftast inte har offentlig hjälp eller bara mycket litet av den och över tid allt mindre (Socialstyrelsen 2000).

Storbritannien deltog inte i SHARE, men andra undersökningar där visar i stort sett samma mönster som i Sverige. År 2000 var 21 procent av den vuxna befolkningen ”carers” och 5 procent gav omfattande omsorg (minst 20 timmar omsorg i veckan). Andelarna har varit i stort sett stabila i den brittiska motsvarigheten (GHS) till ULF sedan den första undersökningen där man frågade om detta, 1985 (Carers 2000). Hälften ser till en förälder eller svärförälder med mönster lika de svenska, dvs. huvudsakligen ”lättare”, lågfrekvent praktisk hjälp. ”Tung” omsorg gavs mest av personer ur arbetarklassen. I Storbritannien hade omsorgsgivare dock som nämnts sämre hälsa än andra och stod oftare utanför arbetslivet. Intressant är att man där även iakttagit att omsorgsbehoven varierar kraftigt regionalt, med parallella variationer i informell omsorg (Wheller 2006). Liknande variationer finns i Sverige (Socialstyrelsen 2005).

Anhöriga och samhället: hur överlappande är omsorgen?

En erfarenhet man gjorde i socialstatsundersökningen 1994 var att många av dem som var mottagare av omsorg och hjälp från anhöriga också hade annan (inklusive offentlig) hjälp. Vanligast var detta när anhöriga hjälpte någon i ett annat hushåll. När de hjälpte någon i det egna hushållet hade 53 procent huvudansvaret för hjälpgivandet, i annat hushåll 20 procent. Totalt uppgav 27 procent att de hade huvudansvaret för någon som bodde i ”ordnärt boende”.

Om man snävar in det till dem som hjälpte en hemmaboende *äldre* person, var andelen 25 procent. Detta kan jämföras med Spanien, där motsvarande andel är mycket högre, 83 procent (IMSERSO 2005a). Huvudansvar handlade om vem som gjorde mest för den hjälpbehövande. Knappt en fjärdedel (23 procent) av dem som tog emot omsorgen hade även kommunal hemtjänst. Lika många (22 procent) bodde redan i särskilt boende eller liknande, dvs. nästan hälften hade mer eller mindre av offentlig omsorg (Busch Zetterberg 1996). I en undersökning i Stockholm år 2000 var motsvarande andelar 15 procent respektive 14 procent. De mottagare av omsorgen som hade ”särskilda behov” hade dock oftare även hemtjänst: 29 procent (Jeppsson Grassman 2001).

Med tillgängliga uppgifter i socialstatsundersökningen och om man särskilt beaktar dem som ger ”tung” omsorg (lyft, stöd och/eller hygien) är ”överlappningen” högre: 45 procent av de hjälpta i eget hem hade då även hemtjänst. Det kan noteras att mycket få omsorgsgivare i undersökningen hade ekonomisk ersättning som ”anhörigvårdare” (1 procent). En liknande, men inte direkt jämförbar bild erhålls när man studerar hjälpmönstren hos äldre som behöver hjälp (Socialstyrelsen 2005).

I vad mån överlappning mellan anhörigomsorg och offentlig omsorg är ett verkligt samspel och i vad mån de enbart samexisterar är en öppen fråga och föga undersökt. I en undersökning av befolkningen 45+ fann man att majoriteten i mindre eller större grad delade ”ansvaret” för omsorg till gamla föräldrar med det offentliga och att detta också var vad man önskade. I vad mån ”ansvar” kan översättas till insatser är oklart: anhöriga kan mycket väl känna att de bär ansvaret för att den offentliga hjälpen skall fungera även när den ger mer hjälp än de anhöriga, om man inte litar på att den kommer som den skall etc. (Socialstyrelsen 2004).

I socialstatsprojektet fann man att många anhöriga ansåg sig ha huvudansvaret, men att det varierade beroende på vem den vårdade eller hjälpte var, om det var i det egna hushållet eller inte, hur ”tung” omsorgen var och om man delade åtagandet med hemtjänsten eller inte. Att ha huvudansvaret är således det vanliga vid vård av vuxna barn i hemmet, men mer sällan vid hjälp till mer avlägsna släktingar i annat hushåll (Busch Zetterberg 1996).

Totalt uppgav 27 procent av omsorgsgivarna att de hade huvudansvaret (34 procent av 45+), för någon som bodde i sitt eget hem. Det är kanske svårt att anse att man har ett ”huvudansvar” om man bara ger ringa omsorg. Bland dem som gav ”tung” omsorg (PADL: lyft, stöd och personlig hygien) var andelarna högre: 40 procent för alla omsorgsgivare, 50 procent för dem som var 45+. Om den som fick hjälp hade hemtjänst, var andelen lägre: i

45+ gruppen totalt 26 procent, för 45+ som gav ”tung” omsorg var det 41 procent.

Röda Korsets undersökning år 2005 visar som nämnts att en tiondel av befolkningen ger vård till en anhörig, varav 5 procent vårdar någon de bor med. Deras definition tycks vara snävare inriktad på ”ren” vård, men man finner ändå att hälften av dem som vårdar någon i samma hushåll inte anser sig behöva stöd utifrån. 20 procent har redan stöd utifrån, men 25 procent säger att de skulle behöva det. Detta motsvarar cirka 90 000 anhängvårdare i den vuxna befolkningen.

Som vi sett i avsnitt 5 är omsorgsmönstren relativt generella, men man kan fråga sig hur man ser på ansvarsfördelningen i olika länder, eftersom den faktiska överlappningen mellan anhöriga och stat inte är lika stor överallt. I Spanien är det t.ex. bara 7 procent av hjälpbehövande äldre som har offentlig hjälp (IMSERSO 2005a). Tabell 11 beskriver detta för några länder med uppgifter ur EUROFAMCARE-studien, som avser omsorg för äldre som omfattar mer än 4 timmar/vecka. I dess uppföljning 2005 ställdes en fråga om hur omsorgsgivarna helst ville ha ansvarsfördelningen mellan familjen (deras familj) och det offentliga.

Tabell 11. Önskad fördelning av ansvaret mellan familj och stat bland vårdgivare till äldre i några europeiska länder, 2005. Procent.

Önskad ansvarsfördelning	Sverige	England	Polen	Tyskland	Italien	Grekland
Enbart familjen	3	3	36	4	12	15
Huvudsakligen familjen, staten bidrar	22	65	57	71	77	78
Huvudsakligen staten, familjen bidrar	57	12	5	11	6	3
Enbart staten	6	2	1	0	1	0
Vet ej, Inget svar	12	18	1	14	4	4
Totalt	100	100	100	100	100	100
(n	581	320	875	451	863	290)

Källa: EUROFAMCARE, med tillstånd.

Mönstren är inte alldeles entydiga, men klart är att få omsorgsgivare i Nord-europas välfärdsstater vill att familjen ensam skall bära ansvaret. Ett ”delat” ansvar är det man föredrar: i Sverige med staten som huvudansvarig och med bidrag av familjen, i övriga länder med familjen som ansvarig och staten som bidragande.

I alla dessa länder är det få som anser att staten skall bära hela ansvaret. Mönstren torde till en del avspegla faktisk tillgång på offentlig omsorg för hemmaboende äldre med hjälpbehov, som varierar avsevärt mellan dessa länder. Denna syn på balansen mellan familjen och staten gäller inte bara för omsorgsgivare, utan även för befolkningen i stort, både i Sverige och internationellt (Socialstyrelsen 2004, Daatland & Herlofson 2004).

Diskussion

Det är i sig tankeväckande att informell omsorg – icke-professionell hjälp människor emellan - är så vanlig som den är och troligen t.o.m. stadd i tillväxt, att döma av tillgängliga studier. Ingenting tyder heller på att vanlig mellanmänsklig omsorg skulle vara mindre omfattande i Sverige än i övriga västvärlden, även om vi sett att dess uttrycksformer varierar.

Mindre av omsorgen sker i Norden inom hushållet, mer av omsorgen hushållen emellan. Detta avspeglar väl att fler i Norden bor ensamma eller enbart med sin partner, i alla åldrar. Även när det gäller frivilligarbete i stort ligger svenskarna och andra nordbor av allt att döma på en internationell toppnivå (Olsson, Svedberg & Jeppsson Grassman 2005, EUROSTAT 2004b). Omsorgsutbytet begränsas inte enbart till den nära familjen, även om den dominerar stort, särskilt när det gäller mer omfattande insatser.

Både i detta och i andra avseenden kan det vara olyckligt att behandla omsorg som ett ”homogent” begrepp. Troligen finns det olika ”slag” av omsorgsgivare eller händelser i livet som ger upphov till omsorg med varierande innehåll. En kategorisering som förefaller användbar är distinktionen mellan ”engagerad medborgare”, ”omsorgsgivare” respektive ”anhörigvårdare”, efter graden av intensitet m.m. i relationen (Jeppsson Grassman 2001, Lundåsen 2005). Distinktionen mellan omsorg i och utanför hushållet torde fånga en del av komplexiteten i detta: man kan föreställa sig att villkoren är olika – liksom eventuellt behov av stöd – för samboende, närboende respektive fjärrboende omsorgsgivare och för de anhöriga som behöver omsorg. Det visar sig således att ensamboende äldre som har barn i närheten i starkt ökande grad fick hjälp av dessa, när man jämför undersökningar gjorda 1994 och 2000, under en tid av krympande offentlig omsorg (Sundström, Johansson & Hassing 2003).

Ett antal olika källor har använts för att belysa den överordnade frågeställningen om hur vanligt det är med omsorgsgivande, vem som gör det och dess konsekvenser m.m. Att så många olika studier varit inblandade kan ses som en svaghet, men även som en styrka: om de visar samma tendens eller mönster ter resultaten sig mer övertygande än om de kom från en enda studie. Jämförelser med utländska studier tjänar givetvis samma syfte.

Som vi sett (tabell 2) varierar andelen som anser sig vara omsorgsgivare och vårdare med urval, frågeteknik och frågeformuleringar. Detta kan vara värt att hålla i minnet: en diskussion om omsorg är inte betjänt av att begreppet har ett alltför brett innehåll där även de mest obetydliga bisträckningar ses som omsorg, men inte heller av att begränsa begreppet till den allra mest intensiva vården.

Ett metodiskt problem är att från studier inriktade enbart på omsorgsgivare dra slutsatser på befolkningsnivå: ofta har man i omsorgsinriktade undersökningar begränsat sig till ganska ”tunga” åtaganden som får konsekvenser för hälsa och förvärvsarbete m.m. Därav följer som vi sett inte att detta alltid gäller omsorgsgivande i stort, men att det kan inträffa i en del av dessa rela-

tioner på längre sikt. Detta berör den offentliga hållningen till anhörigas insatser: hur många är de, vad gör de, hur kan man stödja dem? Vi har ovan gett en mall för att i en enskild ”genomsnittskommun” grovt beräkna antalet omsorgsgivare i stort och antalet med ”tunga” åtaganden. Dessa parametrar kan variera med kommunens socioekonomiska struktur: andelen äldre som bor ensamma *och* behöver hjälp skiftar således ganska påtagligt kommunerna emellan (Socialstyrelsen 2005).

Det är i sammanhanget lärorikt att betrakta de brittiska erfarenheterna. I den brittiska folkräkningen 2001 ställdes en fråga om omsorgsgivande, vilket gör att varje engelsk kommun vet ganska exakt hur många som anser sig vara anhörigvårdare, deras förvärvssituation, boende m.m. De brittiska kommunerna har ofta bra information om dessa folkräkningsuppgifter m.m. till anhörigvårdare på sina hemsidor, information om stöd till anhöriga och anhörigbidrag, länkar till anhörigföreningar som använder denna information m.m.

Vi har sett att i Sverige har många av dem som får anhörighjälp även hemtjänst. Mycket få (1 procent) omsorgsgivare i socialstatsundersökningen hade ekonomisk ersättning som pro forma ”anhörigvårdare”, vilket ungefär stämmer med vad man kan vänta sig. I hela landet är det drygt 7 000 som har någon form av anhörigbidrag och anställning, vilket kan relateras till de ca 300 000 i befolkningen som har ett omfattande omsorgsåtagande.

I denna studie tar vi oss an de relativt enkla mönster för omsorgen som kan avläsas i tillgängliga empiriska material. Omsorg, den man kan få och kan behöva ge, är resultatet av mycket komplexa processer. Främst handlar det om att människors liv i viss grad är villkorade av deras sociala nätverk. Liv och biografier är sammanlänkade, med positiva eller negativa konsekvenser. Mycket av detta kan vi inte fånga, men det är uppenbart att liv – särskilt kanske kvinnors – är beroende av andras, vilket påverkar deras livschanser, inklusive omsorgsåtaganden. Där kan t.ex. rollen i arbetet betyda ökade eller minskade påfrestningar, beroende på villkoren (Moen & Chermak 2005). Så fann t.ex. en norsk undersökning av anhörigvårdare att en del av dem fick en ”andningspaus” och ”vila” i förvärvsarbetet, jämsides med omsorgen (Nygård 1982).

Det är i detta sammanhang tankeväckande att familjen i flera avseenden är större i dag än tidigare och att omsorgen inom familjen är totalt sett mycket omfattande. Med detta sagt måste man samtidigt konstatera att omsorgen inte utövas i ett tomrum: det typiska i det svenska omsorgspanoramats är samgången, synergismen, mellan familjen och samhället (kommunen). Många som behöver hjälp får den *både* av sina anhöriga *och* av kommunen, i varje fall sett över tid. Kanske förklarar detta också varför relativt få omsorgsgivare i Sverige tvingas eller väljer att sluta sitt arbete eller skära ned på det? Kanske möjliggör en något så när utbyggd offentlig omsorg dubbla roller, ungefär som offentlig barnomsorg tillåter föräldrar (mödrar) att yrkesarbeta?

I Spanien, som har goda data om omsorgsgivande och äldres levnadsvillkoren, tvingas många omsorgsgivare – som huvudsakligen är kvinnor – välja mellan omsorg eller arbete, med konsekvenser för ekonomi, familjeliv m.m. (IMSERSO 2005a). Detta rimmar bara delvis med de uppgifter vi hämtat från SHARE (tabell 10), men kan ändå stämma för den grupp som

ger ”tung” omsorg, som ju är ganska liten i alla befolkningsmaterial. Även engelska och amerikanska (USA) undersökningar av omsorgsgivare visar att omsorgsåtaganden ofta får negativa konsekvenser för yrkesliv och andra livsaspekter, trots att dessa som vi sett ganska ofta låter sig förenas även där. Dessa undersökningar är dock i allmänhet tvärsnittsundersökningar och utförda i länder med betydligt mindre offentlig omsorg än Sverige. Orsaksgången mellan arbete och omsorg kan även vara omvänd: förvärvsarbete förhindrar ibland omsorgsgivande.

En provokativ tolkning av ett eventuellt samband mellan omsorg och effekter på yrkeslivet erbjuds av en tidningsartikel om situationen i USA, där den offentliga äldreomsorgen når långtifrån alla behövande i jämförelse med Sverige (Shea et al. 2003, Davey et al. 2005). Man har t.o.m. antytt att en del kvinnor i USA väljer ”The Daughter Track” som får legitimeras ”avhopp” från en påfrestande karriär, när man har bevisat vad man ville och yrkeslivet inte längre känns lika meningsfullt (*New York Times* 24 nov. 2005). Detta resonemang förefaller inte vara lika relevant i Sverige.

Intressant är att lönearbete och omsorg i allmänhet låter sig förenas, utom ibland då det rör sig om ”tung” omsorg, ofta för någon i det egna hushållet, vanligen en partner eller – mer sällan – ett vuxet, sjukt eller handikappat barn. Vi vet naturligtvis ganska litet om med vilka ansträngningar och kostnader dessa åtaganden låter sig kombineras med arbete och andra livsaspekter, men faktum är att många omsorgsinsatser inte kräver så mycket tid att de allvarligt konkurrerar med vanligt arbete, i varje fall inte på kort sikt. Hur många omsorgsåtaganden som på längre sikt omvandlas till ”tung” uppdrag vet vi inte.

Vidare kan man spekulera över tendensen till ökat omsorgsgivande i Sverige. Denna är svårbedömd då frågeformuleringarna sällan varit identiska, men förefaller ändå säkerställd för perioden 2000–2005 (Olsson, Svedberg & Jeppsson 2005). Den förklaring som ligger närmast till hands är kanske att antalet personer i behov av hjälp ”utifrån” ökat, dvs. att fler personer behöver hjälp och särskilt personer med hjälpbehov som bor ensamma. Detta tycks dock inte vara fallet, i varje fall inte bland de äldre, den enskilt största mottagargruppen av informell omsorg. Antalet och andelen ensamboende äldre ökar inte och fler bor med en partner. Inte heller tycks antalet ensamboende äldre med nedsatt s.k. ADL ha ökat under de senaste cirka 15 åren. Däremot är det färre äldre som får offentlig hjälp med hushållsgörömmål, vilket synes ha framkallat mer hjälp från anhöriga (Larsson 2004, Socialstyrelsen 2004).

Trendmässigt har allt fler i varje ålder upp till 65-årsåldern förälder eller föräldrar i livet, med potentiella tillsyns- och hjälpbehov. Det påverkar nog hur vanlig föräldraomsorg är i t.ex. 50- och 60-årsåldern, men det kan knappast förklara varför omsorgen ökar totalt i landet, vilket några studier tyder på. Om det förhåller sig så borde det synas i att framför allt informell hjälp med vardagssysslor ökat, men varit mer stabilt när det gäller ”tung” omsorg och vård. Datamaterialen tillåter inte uttömmande svar på detta, men man kan peka på ökande anhöriginsatser med framför allt just vardagssysslor i undersökningarna HPÄD 1994 och 2000, som avsåg hemmaboende 75+ (Sundström, Johansson & Hassing 2003).

En tänkbar demografisk förklaring är att historiskt sett allt fler har anhöriga omkring sig: partner, syskon, barn och andra nära anhöriga (Gaunt 1996, Socialstyrelsen 2004), vilket kan påverka sannolikheten att bli omsorgsgivare. Detta ses t.ex. i att omsorgsgivande är vanligast i medelåldern, då man oftast har föräldrar som behöver hjälp, omsorg och vård, även om risken att bli omsorgsgivare påverkas av bl.a. syskonskarans storlek, som vi sett. Förändringar i den s.k. omsorgspoolen kan möjligen också spela in. Det geografiska avståndet inom familjekretsen tycks inte ha förändrats dramatiskt under de senaste decennierna. Visserligen har boendet ”atomiserats”, men många har geografiskt nära till släktingar i olika led. Att utbytet mellan familjemedlemmar i den sociala närmiljön är omfattande har länge stått klart (Nyström Gaunt 1987).

En mer trivial förklaring till ökad rapportering av omsorg är att det skett en omtolkning av omsorgsbegreppet eller att människor blivit allmänt mer ”hjälpsamma”, en tanke som ter sig tvivelaktig. Det är i detta sammanhang tankeväckande att omsorgsgivare, enligt en undersökning, inte redovisar mer ”altruistiska” motiv än andra. Kanske är mycket av omsorgen helt enkelt resultatet av biologiska (omsorgsbehov) och demografiska omständigheter i människors familjemässiga närmiljö, i varje fall för ”tyngre” åtaganden, snarare än en produkt av moraliska drivkrafter.

De relativt små skillnaderna mellan könen har bara delvis kunnat analyseras. På lång sikt är många fler kvinnor omsorgsgivare, trots att det är ungefär lika vanligt i tvärsnittsdata. Detta kan möjligen bero på att kvinnor utför fler kortvariga omsorgsåtaganden, i likhet med att proportionsvis allt färre äldre bor i särskilt boende, men allt fler flyttar dit till slut. Det mesta tyder också på att kvinnor oftare än män har ”tunga” omsorgsåtaganden (Szebeheily 2005).

Man kan vidare spekulera över att ökningen beror på minskande offentlig omsorg, men det kan också eller lika väl avspegla allmänt mer omfattande ”civila” aktiviteter och ”tätare” sociala nätverk (Olsson, Svedberg & Jeppsson 2005). Att allt fler har en partner, barn m.fl. nära anhöriga, i varje fall bland äldre och för överskådlig tid, har visats i bl.a. en studie baserad på data för gruppen 75+ åren 1994 och 2000 (Johansson & Sundström 2004). Man kan således i framtiden förvänta sig mer partneromsorg. Att omsorg från barnens sida till gamla föräldrar var stadd i tillväxt redan på 1990-talet har redan visats.

Engelska framtidsscenarier målar upp en liknande bild (Johansson, Sundström & Hassing 2002, Pickard et al 2000). Kanske kan man se omsorgsgivandet som en del av större, normala mönster av beroenden, skyldigheter och rättigheter under livsloppet (Matras 1990). Många eller t.o.m. de flesta i befolkningen kommer att förr eller senare bli antingen givare eller mottagare, eller både och, av omsorg. Människors biografier är som vi konstaterat sammanflätade i komplexa mönster (Moen & Chermak 2005).

Det är också möjligt att växande omsorgsutbyte till en del återspeglar krympande offentlig hjälp som man inte kan eller vill ersätta med köpt, privat hjälp. Det är troligt att omsorgen underlättas av att människor har tid, en ”utbudsfaktor” och påverkas av behov hos närstående, dvs. ökar när behoven blir mer påtagliga eller definieras som behov. Till stöd för det senare kan nämnas att en tidigare studie fann att i kommuner där många äldre bor

ensamma *och* behöver hjälp med ADL, *får* dessa äldre också oftare hjälp av anhöriga och att även *givandet* av informell omsorg är högre där (Socialstyrelsen 2005). En engelsk studie visar samma typ av geografiska mönster (Young, Grundy & Kalogirou 2005).

Oavsett vad förklaringen är rimmar mönstren med vad man sett i attitydundersökningar och även i ekonomiska analyser, som visar stor uppslutning kring familjen, praktiskt, normativt, emotionellt, i transfereringar, arv m.m. Detta ses inte bara i Sverige utan även i t.ex. danska undersökningar och internationellt i övrigt (Leeson 2004, Attias-Donfut, Ogg & Wolff 2005, Daatland & Herlofson 2004).

Det mest intressanta med den nordiska omsorgen är kanske inte bara att familjerna gör så mycket – det är ett internationellt fenomen – utan att de ofta gör det i en sorts ”samarbete” med staten. Ansvar för omsorgen till hjälpbehövande personer är i ganska stor utsträckning ett delat, gemensamt ansvar i välfärdsstaten, något som en nu klassisk studie av socialpolitiken och familjen såg som den enda framkomliga vägen: staten kan inte göra allt, inte familjen heller, men med delat ansvar kan det gå (Moroney 1976). Motsvarande resonemang har nyligen framförts i en översikt av nordisk omsorgsforskning (Kröger 2005).

Samspelet mellan vad anhöriga gör och de offentliga insatserna är omfattande och något som både de som behöver hjälp och deras anhöriga önskar. Detta har vi till en del kunnat belysa i denna studie, men fortsatt forskning kring möjliga samarbetsformer i omsorgen ter sig både önskvärd och fruktbarande.

Referenser

(utom SOU)

Attias-Donfut C, Ogg J & Wolff F-C. (2005) European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing*, **2**, 3, 161-173.

Bundesamt für Statistik (2000) Wer ist in der Schweiz freiwillig tätig? Ergebnisse des Moduls 2000 'Unbezahlte Arbeit' (verf. Beat Schmid).
www.bfs.ch

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1998) Möglichkeiten und Grenzen einer Selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. *Schriftenreihe* Band 111.1. Kohlhammer, Köln.

Burr J, Choi N, Mutchler J & Caro F. (2005) Caregiving and Volunteering: Are Private and Public Helping Behaviors Linked? *Journals of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, **60B**, 5, S247-S256.

Busch Zetterberg K. (1996) *Civilsamhället i socialstaten*. Stockholm: City University Press.

Carers 2000 Office of National Statistics. HMSO, London (auth. Joanne Maher & Hazel Green).

Carmichael F & Charles S. (2003) The opportunity costs of informal care: does gender matter?, *Journal of Health Economics*, **22**, 781-803.

Daatland SO & Herlofson K. (2004) Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv. Oslo: NOVA. *Rapport 7/04*.

Encuesta 2003 Encuesta de Condiciones de vida. CIS/IMSERSO.

EUROSTAT (2004a) *Living Conditions in Europe. Statistical pocketbook. Data 1998–2002*.

EUROSTAT (2004b) *The Social Situation in the European Union*.

Gaunt D. (1996) *Familjeliv i Norden*. Gidlunds, Stockholm (2 uppl.).

Hellström Z. (1996) The Malmö Study. Data Collection 1994. Institutionen för internationell pedagogik, Stockholms Universitet. *Rapport 100*.

- Henz U. (2004) The effect of informal care on paid-work participation in Great Britain: a lifecourse perspective. *Ageing & Society*, **24**, 6, 851-880.
- IMSERSO (2005a) Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar. *Collección Estudios Serie Dependencia 12001*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- IMSERSO (2005b) Cuidado a la Dependencia e Inmigración. *Collección Estudios Serie Dependencia 12002*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Infratest Sozialforschung (2005) *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002*. München.
- Jeppsson Grassman E. (1993) Frivilliga insatser i Sverige – en befolkningsstudie. Kapitel 3 i SOU 1993:82 Frivilligt socialt arbete.
- Jeppsson Grassman E. (2001) Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser. *Sköndalsinstitutets skriftserie nr 17*.
- Johansson L. (1991) Caring for the Next of Kin. On Informal Care of the Elderly in Sweden. Inst. för socialmedicin, Uppsala universitet. Ak. avh.
- Johansson L, Sundström G & Hassing L. (2002) The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. *The Gerontologist*, **42**, 3, 350-355.
- Kröger T. (2005) Interplay Between Formal and Informal Care for Older People: The State of the Nordic Research. I *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt* (red. Szebehely M.). TemaNord 2005:508. Nordiska Ministerrådet, Köpenhamn.
- Leeson GW. (2004) Sociale netvaerk. AeldreSagens Fremtidsstudie. *Rapport nr. 4*. Köpenhamn.
- Lingsom S. (1997) The Substitution Issue. NOVA, *Rapport 6/97*, Oslo.
- Lundåsen S. (2005) *Frivilliga insatser och hälsa*. Statens Folkhälsoinstitut (www.fhi.se).
- Marks NF. (1996) Caregiving across the lifespan. National prevalence and predictors. *Family Relations*, **45**, 27-36.
- Marks NF, Lambert JD. & Choi H. (2002) Transitions to Caregiving, Gender and Psychological Well-Being: A Prospective U.S. National Study. *Journal of Marriage and the Family*, **64**, 657-667.
- Matras J. (1990) *Dependency, obligations, and entitlements: A new sociology of aging, the life course, and the elderly*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

- Moen P, Robison J & Fields V. (1994) Women's Work and Caregiving Roles: A Life Course Approach. *Journals of Gerontology. SOCIAL SCIENCES*, Vol. 49, No. 4, 176-186.
- Moen P & Chermak K. (2005) Gender Disparities in Health: Strategic Selection, Careers, and Cycles of Control. *Journals of Gerontology. Series B. 60B* (Special Issue II):5, 99-108.
- Moroney RM. (1976) *The Family and the State. Considerations for Social Policy*. Longmans, London.
- Nilsson Å & Sundström G. (2004) Guldbrylllopslavinen och dess konsekvenser. *Äldre i Centrum*, 3, 14-16.
- Nygård L. (1982) Omsorgsresurser hos näre pårörande. Norsk Institutt for sykehusforskning, *Rapport 2/82*.
- Nyström Gaunt L. (1987) *Familjekretsen. Bosättning, umgänge och omsorg*. Statens Institut för Byggnadsforskning. Meddelande M:9. Gävle.
- Olsson L-E, Svedberg L & Jeppsson Grassman E. (2005) Medborgarnas insatser och engagemang i civilsamhället – några grundläggande uppgifter från en ny befolkningsstudie (www.sverige.se).
- Pickard L, Wittenberg R, Comas-Herrera A, Davies B & Darton R. (2000) Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing & Society*, **20**, 745-772.
- SCB (2003) Tidsanvändningsundersökningen. *Undersökningen av levnadsförhållanden. Rapport 99*.
- Schön-Bühlmann J. (2005) Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und –haushalten. *Soziale Sicherheit CHSS 5/2005* 274-280.
- SHARE (2005) *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey SHARE*. Ed. A. Börsch-Supan et al., Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. Mannheim.
- Socialstyrelsen (1994a) Äldre och äldreomsorg i Norden och Europa. Stockholm: Socialstyrelsen. *Ädelutvärderingen* 94:2.
- Socialstyrelsen (1994b) Hemma på äldre da´r. Stockholm: Socialstyrelsen. *Ädelutvärderingen* 94:17.
- Socialstyrelsen (2000) Bo hemma på äldre da´r. Stockholm: Socialstyrelsen. *Äldreuppsdraget* 2000:11.

Socialstyrelsen (2004) Framtidens anhörigomsorg. Kommer de anhöriga att vilja, kunna, orka ställa upp för de äldre i framtiden? (www.socialstyrelsen.se). Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005) *Likhet inför äldreomsorgen*. (www.socialstyrelsen.se). Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistics Canada (2001) Canada's Caregivers (förf. Kelly Cranswick: www.hc-sc.gc.ca).

Sundström G. (1983) Caring for the Aged in Welfare Society. *Stockholm Studies in Social Work* 1. Socialhögskolan, Stockholms universitet. Ak. avh.

Sundström G. (1984) De gamla, deras anhöriga och hemtjänsten. En studie av gränslandet mellan informell och formell omsorg. *Rapport i socialt arbete* 22. Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Sundström G. (1987) A Haven in a Heartless World? Living with Parents in Sweden and the United States, 1880-1982. *Continuity and Change*, 2 (1), 145-187.

Sundström G et al. (2003) Informal Care in the North and South of Europe. A Comparative Analysis. Presentation vid V Europeiska kongressen i gerontologi, Barcelona 2003.

Sundström G, Johansson L & Hassing L. (2003) State provision down, offspring's up: the reverse substitution of old-age care in Sweden. *Ageing & Society*, 23, 3, 269-280.

Szebehely M. (2005) Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser. Forskarrapport till Jämställdhetspolitiska utredningen SOU 2005:6 Makt att forma samhället och sitt eget liv.

Young H, Grundy E & Kalogirou S. (2005) Who Cares? Geographical Variation in Unpaid Caregiving in England and Wales: Evidence From the 2001 Census. *Population Trends*, 120, 23-34.

Wheller L. (2006) Caring and carers. *Focus on Health*. Chapter 12. Office of National Statistics, London.

