

Likhet inför äldreomsorgen?

Kommunala variationer och de anhöriga

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 2005-123-21

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2005

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 2004, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att analysera utvecklingen av hemtjänstens insatser i relation till behov av hjälp bland de äldre och hur detta skiljer sig mellan olika kommuner i landet. Rapporten bygger på data från de så kallade ULF undersökningarna (Undersökning av levnadsförhållanden) från åren 1988/89 och 2002/03.

Rapporten har författats av *professor Gerdt Sundström* och *docent Bo Malmberg*, båda verksamma vid Institutet för Gerontologi/Hälsöhögskolan i Jönköping.

Författarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreheten

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	8
<i>Syfte</i>	12
<i>Metod, data</i>	13
<i>Hjälpbehov och relationen mellan formell och informell omsorg.</i>	14
Kommunala omsorgsvariationer	17
Hjälpbehov: vem får hjälp?	22
Hemtjänst och annan offentlig omsorg för hemmaboende äldre	24
Kommunala variationer i omsorgen	25
Hjälp: av vem och delad omsorg? Betydelsen av nära anhöriga	29
<i>Diskussion</i>	31
<i>Referenser</i>	35
<i>Bilagor</i>	39

Sammanfattning

Denna studie sammankopplar officiell statistik och intervjuuppgifter för att beskriva och analysera variationer i offentlig vård och omsorg om äldre bland svenska kommuner år 2002/03. Likhet i tillgång på service och vård är ett överordnat värde i svensk socialpolitik: det är därför viktigt att studera de lokala olikheternas konsekvenser för de äldre och eventuella effekter för anhöriga och deras omsorg om de äldre.

Andelen äldre i särskilt boende varierar mellan 4 och 11 procent och andelen hjälptagare i hemtjänsten mellan 4 och 13 procent, med större anhopning kring genomsnittet (8 procent för båda) för särskilt boende. Mellan dessa omsorgsformer råder inget samband, dvs. mer av det ena ”ersätter” inte mindre av det andra. Av viktigare resultat i studien märks att hemtjänstens nivå tycks ha samband med anhörigomsorgen: ju *mer* hemtjänst i kommunen, ju *mer* gör även anhöriga. Den offentliga hjälpen ersätter inte anhöriginsatser eller tvärtom, snarare råder en avsevärd överlappning mellan hjälp från anhöriga och hemtjänsten. Oavsett nivån på hemtjänsten är anhörigvården av större omfattning. Det råder stora skillnader kommunerna emellan i hur vanligt det är med ensamboende äldre med hjälpbehov. Att en del kommuner har mer omfattande hemtjänst än andra tycks på det hela taget rationellt: det är i genomsnitt fler äldre som bor *ensamma och behöver hjälp* i dessa kommuner än i kommuner med låg nivå på hemtjänsten. Totalt får drygt hälften av äldre som bor ensamma och behöver hjälp hemtjänst och tre fjärdedelar har *någon* form av offentlig insats, men samtidigt har mer än åtta av tio anhörighjälpen. Om man överallt haft samma täckningsgrad på den offentliga, öppna omsorgen skulle det ha inneburit ”övervård” i en del kommuner och ”undervård” i andra. Totalt 11 procent av de äldre bor *ensamma och behöver hjälp* med ADL och totalt 8 procent har hemtjänst. Därtill kommer att ganska många har andra slag av insatser. Detta betyder att kommunerna når de flesta med påtagliga hjälpbehov, däremot kan tillgängliga data inte avgöra om den offentliga hjälpen också håller god kvalitet.

Bakgrund

Många har observerat att den offentliga äldreomsorgen varierar ganska mycket kommunerna emellan, något som redan en enkel granskning av den offentliga statistiken bekräftar (www.socialstyrelsen.se). I själva verket är detta ingenting nytt, olikheterna var stora också i den äldre tidens fattigvård, som till stor del handlade om sjuka och äldre (Skoglund 1992). Variationer i den moderna äldreomsorgen noterades på 1950-talet (SOU 1956:1), även om man då mer strävade efter att höja alla kommuner till en vettig minimi-standard än efter likhet i serviceutbud. Detta började uppmärksammas mer på 1970-talet, t.ex. av Pensionärsundersökningen (SOU 1977:98 kap. 6) och statistiken utformades för att kunna bevaka kommunal täckningsgrad för olika slag av omsorgsinsatser. På 1980-talet gjordes några studier som beskrev olikheterna och försökte förklara dem med egenskaper hos kommunerna. Man lyckades dock förklara mycket litet av skillnaderna med uppgifter om kommunernas demografi, ekonomi och politiska struktur (Statskontoret 1987, Stjernquist & Magnusson 1988, Berg & Sundström 1989). En tolkning var att uppfatta olikheterna som ett uttryck för bristfällig eller okunnig styrning av den lokala äldreomsorgen. Skillnader i äldreomsorg inom kommuner är föga studerade, men även på den nivån kan variationerna vara påtagliga (Lagergren & Johansson 1996 m.fl.).

I Statskontorets studie, KRON-projektet, konstaterade man, efter en grundlig datainsamling i 43 olika kommuner, att olikheter i täckningsgrad för olika slag av öppen äldreomsorg och institutionsvård ”kan inte fullt ut förklaras med entydiga och objektiva faktorer”. Det rör sig om ”en blandning av behov, bedömning av behovet, samt synsätt och traditioner kring hur omsorgen skall lösas”. Om detta hade man dock inga data och även i övrigt var svårigheterna stora att åstadkomma jämförbarhet. Att det fanns/finns en ”traditionsbundenhet” i olikheterna såg man också i andra studier vid den tiden (Daatland & Sundström 1985, Berg & Sundström 1989), vilket väl även får sägas vara huvudresultatet i en senare avhandling om omsorgsvariationerna, där man menade att det finns ”välfärdskommuner” snarare än en välfärdsstat (Trydegård 2000).

I alla dessa studier har man enbart studerat kommunstruktur i olika avseenden och ”tillgången” på omsorg. Det enda försök som gjorts att fånga behov eller andra aspekter på ”efterfrågan” i *hela* (den äldre) befolkningen är en studie av ensamboendets betydelse för hemhjälp. Den faktorn hade betydligt starkare samband med hur utbyggd hemhjälp var än strukturella variabler om kommunerna (Sundström & Berg 1990). Detta medförde att andelen ensamboende äldre (i sista Folk- och Bostadsräkningen 1990) kom att inlemmas i den interkommunala skatteutjämningsformeln.

Här skall även nämnas en studie med något annan inriktning, på behovs- och kostnadsvariationer inom äldreomsorgen, där man dock inte fullt ut kunde operera med uppgifter om enskilda äldre personer utan tvingades tillämpa ”normkostnader”, men med resonemang om hjälpbehov och anhö-

riginsatser som har relevans för föreliggande studie (Lagergren & Tingvall 1993). Andra studier, t.ex. ÄSIM-projektet, med liknande inriktning har mätt behov, men bara hos dem som är vårdtagare i omsorgen, ej i hela befolkningen (Lagergren 1994).

I de nordiska grannländerna har viss forskning på området också gjorts, men den mest intressanta föregångaren – av dem vi känner till – är en engelsk studie. Den gör samma koppling mellan data om kommunen med individdata som vi gör här, med en ekonometrisk ansats. Även om variabeluppställningarna inte är helt identiska är deras slutsats intressant: efterfrågefaktorer (hjälpbehov, ensamboende, fattigdom, närhet till släktingar) förklarade en del av hemhjälpansvändningen, men utbudsfaktorer såsom kommunens avgiftsnivå, den lokala satsningen på hemhjälp och ”timproduktion” per tusen gamla (som varierade lokalt) hade större betydelse (Evandrou et al. 1992).

Det ofta inte ens uttalade grundantagandet i flertalet svenska studier tycks ha varit att täckningsgraden (ett förmodat närmevärde för tillgänglighet) bör vara ungefär lika stor i alla kommuner, eller att avvikelser från detta ändå förtjänar en granskning. Detta utgör en bakgrund till alla dataanalyser, trots att Socialtjänstlagen uttryckligen talar om insatser efter behov. Som nämnts har det dock inte varit känt om det föreligger lokala skillnader i behov. Endast en statsvetenskaplig studie för ett resonemang kring detta och påpekar att 1974 års regeringsform vill ”höja de resurssvagare gruppernas standard” (Stjernquist & Magnusson 1988). Den engelska studien (a.a.) diskuterar dock utförligt innebörden av ”equity” för användning av hemhjälp och sjukvård. En fördelning som är ”equitable” skall i princip endast beakta individfaktorer, dvs. ge lika omsorg för lika behov. Om personer med samma behov får olika hjälp (eller ingen alls) beroende på var de bor är omsorgen inte ”equitable”. Vi tolkar dessa två studier som att jämlikhet ifråga om offentlig äldreomsorg inte nödvändigtvis betyder att omsorgen skall vara likformig och på samma nivå överallt, om behoven skiljer sig åt kommunerna emellan, något som man dock hittills saknat kunskap om.

Att den offentliga omsorgen varierat kraftigt kommunerna emellan gäller främst hemtjänsten. Institutionsboendet har haft en mer likartad nivå i kommunerna: man kan t.ex. erinra sig de tumregler om långvårdens täckningsgrad (antal platser/1000 70+) som gällde när denna före Ädelreformen sorterade under landstingen. Om variationerna ses som mätfel eller rent slumpmässiga, kan man söka förklaringen i att ansvariga tjänstemän ofta tycks ha svag kunskap om den egna kommunens täckningsgrad för äldreomsorg och än mindre vet, hur den förhåller sig till riksnivån etc. Om variationerna däremot uppfattas som rationella, kan man för hemtjänstens del hänvisa till det intressanta förhållandet att hemtjänstpersonalen ute på fältet ofta tycks ha mycket god personkännedom i sitt område, med liten risk för att hjälpbehövande äldre förblir okända under längre tid, om de är villiga att söka/ta emot hjälp (Socialstyrelsen 1988, Socialstyrelsen 1996, 1999).

Behov av omsorg aktualiseras ofta inte som en biståndsansökan om hemtjänst, när närstående – i synnerhet makar – finns till hands. Efter tillkomsten av Socialhjälpslagen 1956 gav inte ”tillgång” på anhöriga (barn) längre kommunen rätt att neka offentlig äldreomsorg. Andelen ensamboende äldre ökade under den här perioden, från 27 procent av hemmaboende äldre i

början av 1950-talet (SOU 1956:1) till 40 procent på 1980-talet, men har inte stigit därefter (Socialstyrelsen 2004b). De ensamboende var och är äldreomsorgens primära målgrupp. Makars legala omsorgs- och vårdansvar har varit oklart, men har på senare tid uttolkats av Socialdepartementet: långvarig, tung vård sägs inte vara en del av anhörigansvaret för makar/makor.

Den offentliga äldreomsorgen har i historisk tid haft två verksamhetsfält: den slutna omsorgen och den öppna. Den förra har alltid dominerat finansiellt och även till omfattningen. Blott under en kort period omkring 1970-talet hade hemhjälpen större omfattning i antal personer än institutionsvården. Redan på 1980-talet såg man att variationerna gällde både hemhjälp/hemtjänst och särskilt boende, tagna var för sig och tillsammans. Inte heller då fanns några tecken på att öppen och slutna omsorg var utbytbara storheter, dvs. att de kunde ersätta varandra. Kommuner med litet hemtjänst hade *inte* i stället desto mer särskilt boende eller omvänt.

Det ligger nära till hands att tänka sig att den informella omsorgen är större när den offentliga är liten men man kan även se det omvända, att offentlig hjälp kompenserar för brister i den informella omsorgen. Man kan föreställa sig att detta kan gälla dels vid en given tidpunkt för platser/kommuner med varierande utbud av offentliga tjänster, dels att det kännetecknar en historisk process. Många tror således att den informella omsorgen krympt, historiskt sett, och ersatts av offentliga insatser. Åtminstone *har* man sett saken så, i flera offentliga utredningar (SOU 1932:34, SOU 1956:1 m.fl.), ibland t.o.m. så att man sagt att anhörigomsorg bara skall vara ett komplement till den offentliga (SOU 1987:21). Omvänt har man i välfärdspolitiken ibland velat ersätta informell omsorg med offentlig, som setts som i olika avseenden bättre. Avvikande röster har dock kommit till tals på senare tid (Socialstyrelsen 2004a).

Sett över *hela befolkningen* kan man med ledning av en nationell studie gjord 1994 beräkna att det finns ungefär 1,5 miljoner anhörigvårdare, dvs. personer som på olika sätt hjälper/vårdar någon anhörig. Endast 1 procent av dessa har någon form av offentlig ersättning för sina insatser. I befolkningsgenomsnittet 16–89 år är 22 procent omsorgsgivare, något lägre bland de yngsta och de äldsta och något högre i medelåldern. En grov och preliminär fördelning på ålder hos givare och mottagare av denna omsorg visar att de flesta (75 procent) av givarna av omsorgen är under 60 år. Av mottagarna är åtta av tio fyllda 60 år eller mer och nästan en fjärdedel av omsorgen utväxlas mellan parter som båda är i den åldern, som framgår av Tabell 1. Denna bygger på manuell bearbetning av uppgifter i Busch-Zetterbergs arbete (1996).

Tabell 1. Omsorgsgivare och –mottagare, Sverige 1994 (procent).

	Ålder	Ger omsorg*		Summa
		<60	60+	
Mottagare av informell omsorg	<60	16	2	18
	60+	59	23	82
Summa		75	25	100 (motsvarar 1,5 miljoner personer)
				N=2749

* ”Hjälper Du någon som är sjuk, gammal eller handikappad?”

Källa: egna beräkningar på Busch Zetterberg 1996.

I den studien framkom också att hjälpmottagaren i ungefär 15 procent av fallen hade plats i ”särskilt boende” och att nära fyra av tio hade kommunal hemhjälp, dvs. det fanns en betydande ”överlappning” mellan informell och formell omsorg. Ett antal följdfrågor pejlade bl.a. vad man gjorde för omsorgsmottagaren. Många som hjälpte äldre personer uppgav att de ”kontrollerar att allt står rätt till” (71 procent), omkring 60–70 procent hjälpte till med olika praktiska göromål och 20–30 procent utförde personlig omvårdnad.

Syfte

Syftet med denna studie var främst att granska om det finns ett samband mellan nivån på den offentliga omsorgen i kommunen och anhörigas insatser och särskilt om små offentliga insatser innebär att man skjuter över uppgifter på anhöriga. Alternativt kan det vara så att offentlig omsorg varierar utan motsvarande kompensation i form av anhörighjälp, dvs. att fler äldre inte får den hjälp de behöver i kommuner med lägre serviceutbud.

Metod, data

För att explorera ovannämnda frågor har vi kopplat samman den offentliga äldreomsorgsstatistiken på kommunnivå år 2002 med svaren på frågor av intervjupersoner i SCB:s Undersökning av levnadsförhållanden (ULF) 2002/03, boende i respektive kommun. Intervjupersonernas kommunhemvist är känd och vi kan därför jämföra deras uppgifter om hjälpbehov, emottagen hjälp m.m. med den officiella statistikens parametrar för den kommun de bor i. Såvitt bekant har detta inte gjorts i nationell skala tidigare i Sverige och internationellt känner vi bara till en engelsk studie med liknande ansats (Evandrou et al. 1992).

Vi har använt en specialfil från SCB:s ULF 2002/03, två år då undersökningen inte hade någon övre åldersgräns och då man ställde extra många frågor om omsorg. Även äldre i s.k. särskilt boende ingår i populationen. Dessa filer har bearbetats av oss med gängse statistiska metoder. Det handlar om ett urval av personer som var 65 år eller äldre vid undersökningstillfället ($N = 3552$). SCB har konstruerat ett viktningssystem som justerar snedheter i urvalet och som leder till ökad precision i utfallen. Detta viktningssystem har vi använt för att ange relevant befolkningsstorlek i de olika tabellerna, men uppgifter om antal urvalspersoner kan inte enkelt omräknas till absoluta befolkningstal. En intrikat fråga är om skillnader mellan kommuner m.m. är statistiskt säkerställda. Problemet har ingen enkel lösning: beräkningar på befolkningsuppräknade tal gör även mycket små skillnader signifikanta och beräkningar på oviktade tal motsvarar inte direkt samplingramen. I den multivariata analysen har dock den senare lösningen tillämpats. SCB tillhandahåller i sina ULF-rapporter en mall för att läsaren skall kunna avgöra om olika procentskillnader är statistiskt säkerställda. Denna har vi använt för att ange vilka skillnader som är statistiskt säkerställda (5 procents signifikansnivå).

Hjälpbbehov och relationen mellan formell och informell omsorg.

I ULF finns uppgifter om hjälpbehov och emottagen hjälp med olika s.k. ADL-sysslor samt om givande av omsorg-vård, allt dock bara för åldersgruppen 55 år och över. Totalt 24 procent av alla äldre – 21 procent av de hemmaboende – tar emot omsorg av något slag, formell och/eller informell. Samtidigt är det 20 procent av de äldre som själva *ger* omsorg – varav 17 procent utanför det egna hushållet – dvs. nära hälften av de äldre ingår i en omsorgsrelation vid en given tidpunkt, sedd över tid är andelen givetvis mycket högre.

Allmänt kan man förmoda att praktisk omsorg vanligen utförs mellan parter i det geografiska närområdet, dvs. både emottagen och given omsorg bland äldre kan belysa frågeställningar om relationen mellan informell och formell omsorg i vår undersökning. Vi inleder med vissa översiktliga uppgifter. När inget annat anges avses åldersgruppen 65 år och över (65+).

Omsorg definieras i det följande som hjälp med göromål som man inte själv klarar av, inom de gränser som dataunderlaget sätter. ULF-materialet tillåter oss att beskriva hjälpbehov med några centrala hushållssysslor – s.k. IADL – och några aspekter på personlig omvårdnad, s.k. PADL. Behov av hjälp med dessa sysslor redovisas i Tabell 2. Eftersom äldre i ”särskilt boende” ofta har stora nedsättningar i dessa funktioner kommer fortsättningsvis de hemmaboende att vara reduktionsbasen.

Tabell 2. Hjälpbbehov med vardagssysslor för personer 65+, 2002/03. Procent.

Behöver hjälp med	Hemmaboende	Alla
IADL		
Matinköp	15	20
Matlagning	8	13
Tvätt	12	17
Städning	17	22
PADL		
Stiga upp/lägga sig	2	5
Klä av/på sig	2	6
Bada/duscha	4	9
N	741	1 004

ADL-index*	0	1	2	3	4	5	6	7	Summa
Hemmaboende	79	7	4	4	3	2	1	1	100
N	2526	232	136	128	99	78	17	51	3267

* Indexet konstrueras här som en enkel summering av hur många ADL-funktioner man behöver hjälp med, dvs. en summa som kan variera från 0 till 7.

Majoriteten, 79 procent av de hemmaboende, har inga ADL-nedsättningar alls, av de vardagssysslor som ULF berör. Detta innebär att de också klarar all s.k. IADL. Ett fåtal – 4 procent – behöver hjälp med en eller flera PADL-sysslor.

Den femtedel som behöver hjälp i något avseende (oftast 1–3 hushållsgöromål) får vanligen också sådan hjälp. Hjälpbehoven generellt för hemmaboende äldre i Sverige och hur de tillgodosågs åren 2002/03 beskrivs i Tabell 3a och 3b, med befolkningstal respektive relativa tal. Här nöjer vi oss med distinktionen hjälpbehov eller ej.

Tabell 3a. Befolkningstal (1000-tal personer) efter hushållstyp och kön samt efter hjälpbehov och hjälpkälla för hemmaboende äldre 65+, 2002/03.

(Motsvarande tabell för 1988/89 redovisas i Bilaga 1.)

Har	Ensamboende			Sammanboende*			Totalt		
	Män	Kv	Alla	Män	Kv	Alla	Män	Kv	Alla
Ej hjälpbehov**	131	295	426	409	310	719	540	604	1144
Endast anhörighj.	10	50	60	48	65	113	58	115	173
Endast hemhjälp	10	27	37	4	3	7	14	30	44
Både-och	9	38	47	9	12	21	18	50	68
Ingen-dera***	3	9	12	1	2	3	4	11	15
Summa	163	419	582	471	392	863	633	810	1444
N (=antal intervjuer)	386	972	1358	1072	834	1906	1458	1806	3264

Tabell 3b. Befolkningsandelar (procent) efter hushållstyp och kön samt efter hjälpbehov och hjälpkälla för hemmaboende äldre 65+, 2002/03.

(Motsvarande tabell för 1988/89 redovisas i Bilaga 1.)

Har	Ensamboende			Sammanboende*			Totalt		
	Män	Kv	Alla	Män	Kv	Alla	Män	Kv	Alla
Ej hjälpbehov**	80	71	74	87	79	83	85	75	79
Endast anhörighj.	6	12	10	10	16	13	9	14	12
Endast hemhjälp	6	6	6	1	1	1	2	4	3
Både-och	6	9	8	2	3	2	3	6	5
Ingen-dera***	2	2	2	0	1	1	1	1	1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N (antal intervjuer)	386	972	1358	1072	834	1906	1458	1806	3264

* oavsett vem man bor med (96 procent bor enbart med partner)

** med någon ADL-funktion i ULF

***ej hjälp av anhörig eller hemhjälp/hemsjukvård, men kan få hjälp på annat vis

Uppgifter för 1988–89 har analyserats, men de är tyvärr inte helt jämförbara, på grund av ändrad frågekonstruktion: 1988/89 följde man upp varje ADL-fråga grundligare med följdfrågor om eventuella hjälpkällor, vilket eventuellt kan ha ökat andelen med ADL-problem och kan ha medfört att fler hjälpgivare registrerades det året. År 2002/03 användes i ULF en enklare uppräkningsmetod, som möjligen minskade benägenheten att uppge hjälpbehov (Socialstyrelsen 2004b). Uppgifter för 1988/89 ges i Bilaga 1.

Tidsjämförelsen visar klart minskande ADL-behov mellan dessa år: 1988/89 behövde 30 procent av de hemmaboende äldre hjälp med någon ADL-syssla, år 2002/03 endast 21 procent. Detta får också konsekvenser för hjälppanoramata. Andelen äldre med anhörighjälp har minskat från 23 till 17 procent och andelen med hemtjänst från 12 till 8 procent.

Denna ungefärligen parallella utveckling innebär att krympande täckningsgrad för hemtjänsten ungefär motsvaras av minskande hjälpbehov. Vid båda tillfällena var det främst ensamboende som använde hemtjänst och tydligast var det år 2002/03. Att ha enbart hjälp av anhöriga har minskat från 17 till 12 procent och enbart hjälp av hemtjänsten från 6 till 3 procent. Att ha både anhörighjälp och hemtjänst – dvs. en situation av delat ansvar – var ungefär lika vanligt vid båda tillfällena (6 respektive 5 procent). De utgjorde vid båda tillfällena cirka 70–80 000 personer. Totalt cirka 120 000 hemmaboende äldre har hemtjänst.

Av de 21 procent som är hemmaboende och behöver hjälp med någon/några av de ADL-sysslor som fångas av ULF har de flesta (80 procent) hjälp av anhöriga och en tredjedel (35 procent) hjälp från hemtjänsten. Des-

sa insatser överlappar ibland. De flesta som använder hemtjänst har *också* hjälp av anhöriga, men endast en mindre del av dem som får hjälp av anhöriga har också hemtjänst. Skillnaderna är små mellan ensamboende och samboende när det gäller anhörighjälp, utom att kvinnor generellt oftare har hjälp, på grund av att fler har ADL-nedsättningar. Hemtjänsten inriktas främst på ensamboende och på kvinnor, vilket rimmar med den offentliga socialtjänststatistiken. Alla utom ensamboende män – som är ganska få – har oftare hjälp av anhöriga än av hemtjänsten.

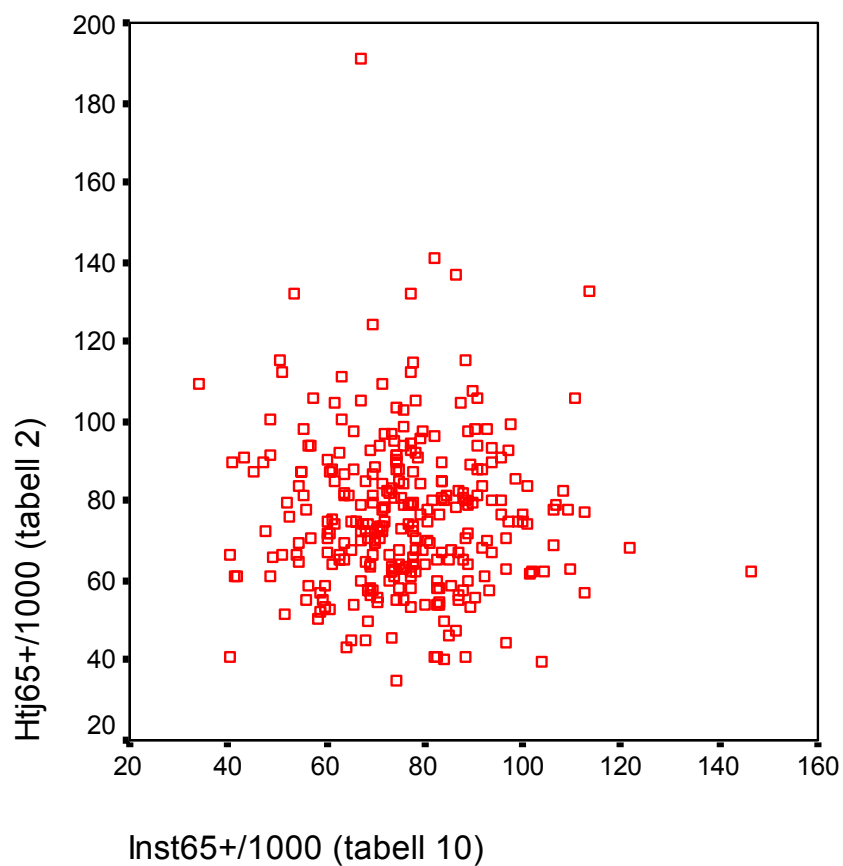
Kommunala omsorgsvariationer

I Figur 1 visas svenska kommuner samtidigt fördelade efter nivån eller omfattningen på deras omsorg, dvs. hur stor andel av alla äldre 65+ som har hemtjänst respektive befinner sig i särskilt boende. Varje ”prick” motsvarar en kommun. Andelen med hemtjänst varierar från ca 4 procent till ca 13–14 procent och andelen i särskilt boende från ca 4 procent till ca 11–12 procent, bortsett från några extremvärden. (Socialstyrelsens socialtjänststatistik ger uppgifter om de enskilda kommunerna: www.socialstyrelsen.se). Liksom i tidigare studier är sambandet dem emellan svagt eller obefintligt, dvs. det råder ingen tendens till utbytbarhet, men ej heller till komplementaritet ($r = 0,001$). De fåtaliga extremvärdena bör inte tillmätas alltför stor vikt. Kontakt med några sådana kommuner tyder på speciella förhållanden eller direkt felaktiga uppgifter.

Många kommuner ligger ganska nära genomsnittet: i genomsnitt 8 procent av de äldre (65+) använder hemtjänst och samma andel befinner sig i särskilt boende.

Spridningen kring genomsnittet är mindre för särskilt boende; man kan därför vänta sig att dess variationer har mindre betydelse för de äldre än variationer i hemtjänsten. Vi kommer därför att ta utgångspunkt i täckningsgraden för hemtjänsten, den viktigaste offentliga omsorgsformen för hemmaboende äldre.

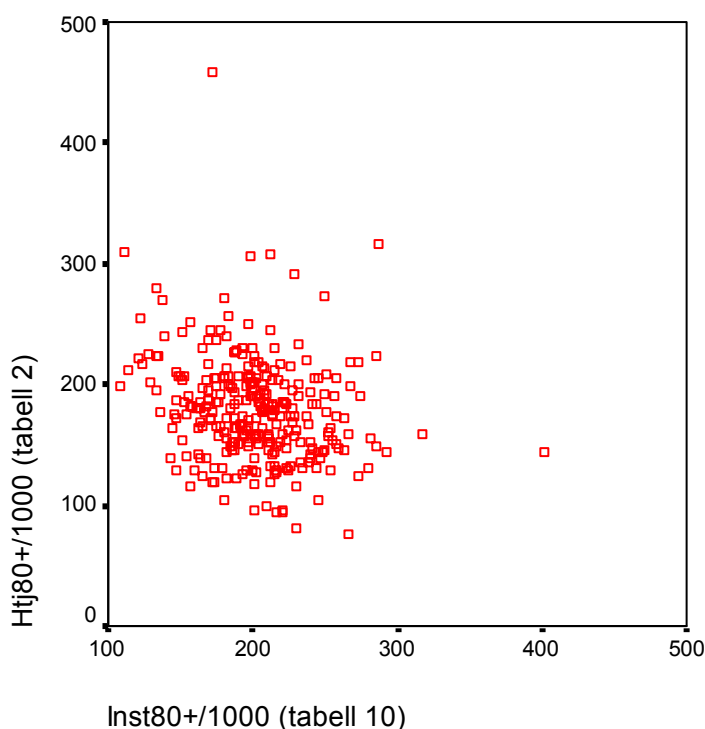
Figur 1. Svenska kommuner efter andel (per tusen) av äldre 65+ med hemtjänst (vertikalt) respektive i särskilt boende (horisontellt) år 2002



Källa: bearbetning av den officiella omsorgsstatistiken (www.socialstyrelsen.se)
Not: vissa extremvärden torde avspegla felmätningar eller tillfälliga arrangemang

Som nämnts avser Figur 1 alla äldre 65+; i statistiken redovisas sedan länge även uppgifter för gruppen 80+, där givetvis hjälpbehov, ensamboende m.m. är vanligare. För att ta hänsyn till dessa faktorer visas de kommunala omsorgsmönstren för 80+ i Figur 2.

Figur 2. Svenska kommuner efter andel (per tusen) av äldre 80+ med hemtjänst (vertikalt) respektive i särskilt boende (horisontellt) år 2002



I Figur 2 är slumpmässigheten något mindre framträdande än i Figur 1. För gruppen 80 år och över föreligger ett svagt negativt samband mellan täckningsgraden för hemtjänst respektive särskilt boende i kommunerna, dvs. kommuner som har litet av den ena omsorgsformen tenderar att ha mer av den andra. Man kan säga att det råder en viss grad av utbytbarhet dem emellan ($r = -0,233$, sign. enprocentsnivån). Detta ter sig rimligt eftersom man då begränsar sig till de allra äldsta med sannolikt tydligare hjälpbehov, men sambandet är ändå ganska svagt och det går fortfarande lätt att hitta kommuner med mycket av båda omsorgsformerna, och lika lätt att hitta motsatsen. Sambandet innebär att en mer väl-specificerad behovsgrupp tycks oftare få omsorgsinsatser från kommunen i form av hemtjänst eller plats i särskilt boende. Den slutsatsen får vi anledning återkomma till: trots allt är variationerna stora även för åldersgruppen 80+.

Variationerna i täckningsgrad för de äldre (65+) kommer i fortsättningen att förenklas till tre omsorgsnivåer, där den äldre befolkningen delas in i tre ungefär likstora grupper: den tredjedel av de äldre som bor i kommuner med den lägsta nivån ("lågkommuner": under 7,3 procent), äldre som bor i kommuner som ger omsorg runt genomsnittet ("mellankommuner": 7,3–8,8 procent) och äldre som bor i kommuner som ger omsorg på den högsta nivån ("högkommuner": över 8,8 procent).

Allmänt sett kan man föreställa sig att informell omsorg varierar i förhållande till båda de offentliga omsorgsformerna (hemtjänst och särskilt boende), var för sig och tillsammans, om hjälpbehoven är ungefär lika stora i

alla kommuntyper och om den informella omsorgen fyller upp det som inte görs av den offentliga omsorgen eller tvärtom. Det förefaller dock inte tänkbart att hjälpbehoven kan helt tillgodoses av enbart informell *eller* formell omsorg. I det följande görs vissa analyser av dessa frågor.

Att dela in den äldre *befolkningen* i tre ungefär lika stora grupper, efter om de bor i låg-, mellan- eller högkommuner, är inte samma sak som att dela in *kommunerna* efter nivån på deras omsorg, eftersom andelen äldre i befolkningen kan variera oberoende av omsorgens nivå. En indelning av kommunerna efter nivån på deras hemtjänst visar att nästan hälften (47 procent) av de äldre bor i högkommuner, men bara 24 procent bor i lågkommuner (över 8,2 procent respektive under 6,7 procent av de äldre använder hemtjänst).

Detta betyder att det gör viss skillnad om materialet analyseras *efter kommun* eller om man analyserar villkoren för *äldrebefolkningen* uppdelad i tre likstora delar. I praktiken blir mönstren likartade, men enskilda sifferuppgifter kan skilja sig åt med någon procentenhet. Även med mer extrema gränsdragningar mellan låg-mellan-högkommunerna står sig de mönster som redovisas nedan.

Eftersom det är de äldre och deras villkor som står i fokus, har vi valt att utgå från befolkningen, inte från kommunerna. (För tillvägagångssätt och resultat hänvisas till Bilaga 2 samt att jämföra Tabell 11 och Bilaga 5.) För särskilt boende gör alternativen ingen skillnad, då nästan exakt en tredjedel av de äldre befinner sig i respektive kommuntyp enligt båda indelningssätten.

Eftersom samspelet mellan den offentliga omsorgen och den informella är en central fråga, inleder vi i Tabell 4 med en enkel analys av hur stor andel av de äldre som får hjälp av anhöriga i svenska kommuner, uppdelade i tre ungefär lika stora delar av den äldre befolkningen efter nivån på hemtjänsten i deras kommun, enligt den officiella statistiken.

Tabell 4. Andel äldre 65+ med anhörighjälp* efter kommuntyp (hemtjänst), 2002/03. Procent.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
<i>Alla äldre</i>				
Andel med hjälp av anhöriga**	15	17	20	17
Befolkningsbas 1000-tal	492	532	526	1550
N	(1123)	1206	1223	3552)
<i>Hemmaboende äldre</i>				
Andel med hjälp av anhöriga**	14	16	19	17
Befolkningsbas 1000-tal	461	593	593	1445
N	(1037)	1100	1130	3267)

* Låg = högst 7,2 procent har hemtjänst enligt officiell statistik, Medel = 7,3–8,8 procent, Hög = 8,9 procent eller mer.

** Avser hjälp med en eller flera ADL-sysslor av anhörig i hushållet, utanför hushållet och/eller av bekant.

Av Tabell 4 framgår, något oväntat, att proportionsvis *fler* äldre får hjälp med ADL-sysslor av anhöriga i kommuner med hög täckningsgrad på hemtjänsten än i lågkommuner (Hög vs. Låg sign.). Tyvärr medger inte frågekonstruktionen i ULF beräkning av hur många sysslor de äldre får hjälp med av anhöriga respektive av hemtjänsten.

Man skulle kunna tänka sig att anhörigas insatser också varierar med hur mycket särskilt boende kommunen har eller med all offentlig omsorg sammantaget (hemtjänst *och* särskilt boende). Detta är dock inte fallet. Inget synbart sammanhang föreligger mellan omfattningen av särskilt boende och hur många av de äldre som får hjälp med ADL-sysslor av sina anhöriga. En möjlig slutsats är att variationer i särskilt boende inte nämnvärt påverkar situationen för dem som behöver hjälp i hemmet. Av detta skäl kan man också vänta sig ett försvagat samband – jämfört med anhörighjälp relativt hemtjänstens nivå – för *all* äldreomsorg sammantaget (täckningsgraden för hemtjänst + särskilt boende). Detta är också vad man finner empiriskt (Bilaga 3). I det följande kommer därför endast hemtjänstens nivå att beaktas i analyserna.

En mer förfinad analys som tar *samtidig* hänsyn till olikheter i särskilt boende och hemtjänst – att studera totalnivån sammantaget fångar ej sådana nyanser – visas i Bilaga 4. Inte heller med denna mer detaljerade uppdelning i de kritiska variabelerna kan man se någon annan tendens än vad vi redan sett ovan: man får mer hjälp av anhöriga i kommuner med mycket hemtjänst, oavsett nivån på särskilt boende. Som vi sett verkar kommunerna inte kompensera med mer hemtjänst när nivån är låg för särskilt boende (Figur 1).

En viktig fråga är tillförlitligheten hos den offentliga socialtjänststatistiken: uppger fler gamla att de använder hemtjänst i kommuner som officiellt redovisar hög täckningsgrad för denna insats? Detta analyseras översiktligt för hemmaboende äldre i Tabell 5. Här framgår att äldre i allmänhet oftare får kommunal hjälp i kommuner med hög täckningsgrad (Hög vs. Låg sign.). Totalt får, enligt ULF, 8 procent av de äldre hemtjänst, vilket också är vad den officiella hemtjänststatistiken redovisar, varierande från 6 procent i ”lågkommunerna” till 10 procent i ”högkommunerna”. Med hemtjänst menas här och fortsättningsvis att intervjupersonerna uppgivit att hemtjänsten hjälper dem med ADL-behov.

Tabell 5. Andel hemmaboende äldre som uppger att de använder hemtjänst, efter kommuntyp (hemtjänst), 2002/03. Procent.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
<i>Alla hemmaboende äldre</i>				
Andel med hemtjänst	6	7	10	8
<i>Befolkningsbas 1000-tal</i>	461	492	492	1445
N	(1037	1103	1130	3267)

En närmare analys av intervjuuppgifterna i ULF visar att i genomsnitt 1 procent av hemmaboende äldre visserligen inte har hemtjänst med någon

ADL-syssla, men ändå har hemtjänst med någonting (annat). Ytterligare 2 procent uppger att de *ej har, men behöver hemtjänst*. Totalt handlar detta om 31 000 personer, varav hälften bor i högkommunerna. I lågkommunerna uppger 1 procent att de ej har, men behöver hemtjänst, i mellankommunerna 2 procent och i högkommunerna 3 procent av hemmaboende äldre, dvs. ganska små skillnader.

En annan belysning av tillgången på omsorg, informell och formell, kan man få genom att pejla de äldres förväntningar på vem som skulle hjälpa dem vid kortare sjukdom/sänkläge. I ULF finns en fråga med den innebörden, avseende en veckas hypotetiskt nedsatt funktion. En procent uppger att de inte har någon att vända sig till, medan 90 procent skulle vända sig till anhöriga: oftast maka/e eller annan hushållsmedlem (53 procent), dotter (14 procent), son (10 procent), annan anhörig (5 procent) eller bekant/vän (9 procent). Endast 7 procent skulle i det läget vända sig till hemtjänsten. Fördelning efter kommuntyp visar små skillnader, om än i förväntad riktning (92 procent för anhöriga, 6 procent för hemtjänst i låg/medelkommunerna, 89 respektive 9 procent i högkommunerna, men ingen skillnad för att sakna hjälpare).

Det kan slutligen ha sitt intresse att se närmare på de äldre som *ger* omsorg, vilket väl i allmänhet torde vara hjälp till personer boende i närheten, dvs. ofta i samma kommun. Eftersom sammanboende äldre antagligen inte påverkas i sitt omsorgsgivande för partnern av kommunens nivå på omsorgen (ytterst få av dessa har kommunal hjälp – se Tabell 3) visas i Tabell 6 även deras omsorg för personer utanför det egna hushållet.

Tabell 6. Hemmaboende äldres (65+) hjälp till andra personer efter kommuntyp (hemtjänstnivå), 2002/03. Procent

	Kommuntyp, hemtjänstnivå				Befolkn.bas 1000-tal	N
	Låg	Medel	Hög	Alla		
Ger hjälp, all hjälp	21	20	23	21	299	(659)
--- utanför hushållet	17	16	19	17	246	(541)

Det är inte lätt att se någon särskild tendens i dessa siffror, inom eller utanför hushållet, med dock något förhöjda värden i högkommunerna, alldeles som för annan informell omsorg.

Hjälpbehov: vem får hjälp?

Den centrala frågan är naturligtvis om de som behöver hjälp också får det och av vem. Man kan spekulera över om det är lättare att få hjälp för mindre hjälpbehövande i mer ”generösa” kommuner eller att hemtjänsten når fler klart hjälpbehövande äldre i dessa kommuner. Omvänt kan man tänka sig att lågkommuner tvingas prioritera hårdare, med åtföljande bättre träffsäkerhet?

Hemtjänstens måluppfyllnad analyseras översiktligt för alla äldre med hjälpbehov i Tabell 7. Här framgår att hjälpbehövande äldre oftare får kommunal hjälp i kommuner med hög täckningsgrad. Äldre med hjälpbehov definieras här som personer med en eller flera ADL-nedsättningar. Av alla

hemmaboende äldre med något hjälpbehov får i riksgenomsnittet 37 procent hemtjänst. I lågkommunerna är andelen 33 procent, emot 42 procent i högkommunerna (Hög vs. Låg sign.).

Tabell 7. Andel hemmaboende äldre med hjälpbehov som får hemtjänst efter kommuntyp, 2002/03. Procent.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
<i>Hemmaboende äldre med hjälpbehov*</i>				
Andel med hemtjänst	33	35	42	37
Befolkningsbas 1000-tal	83	99	119	301
N	(204	242	295	741)

* har en eller flera ADL-nedsättningar, se Tabell 2

Vid sidan av hjälpbehov med s.k. ADL torde ensamboende vara den faktor som bäst förklarar varför en äldre person aktualiseras som ett hemtjänst-ärende. Tidigare framgick av den offentliga statistiken att de flesta som använder hemtjänst också bor ensamma (ca 85 procent). Denna information insamlas inte längre, men kan beräknas till ca 75 procent i ULF-materialet. I Tabell 8 visas andelen ensamboende äldre som har hemtjänst respektive hjälp av anhöriga i de olika kommuntyperna. Betydligt fler av de ensamboende har hemtjänst i hög- än i lågkommunerna (Hög vs. Låg sign.). Det framgår också att fler av de ensamboende har hjälp av anhöriga i medel- och högkommunerna (Medel vs. Låg sign.).

Tabell 8. Andel ensamboende äldre med hemtjänst respektive anhörighjälp efter kommuntyp, 2002/03. Procent.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
<i>Ensamboende äldre</i>				
Andel med hemtjänst	11	14	17	14
Hjälp av anhöriga	13	20	22	18
Befolkningsbas 1000-tal	180	195	206	581
N	(416	452	490	1358)

Betydelsen av ensamboende *och* hjälpbehov analyseras närmare i Tabell 9. En hög andel ensamboende äldre med hjälpbehov får hjälp av sina anhöriga (67 procent) och tenderar att få det oftare i hög- än i lågkommunerna (71 respektive 61 procent). För kommunal hjälp till denna grupp är tendensen dock oklar: av ensamboende äldre som behöver hjälp har drygt fem av tio offentlig hjälp i alla kommuntyper. (Små bastal gör att skillnaderna inte är signifikanta.) Sammanfattningsvis får ensamboende äldre med hjälpbehov mer hjälp i högkommunerna tack vare större anhöriginsatser. Detta följer inte direkt av tidigare analyser, även om sannolikheten för det är hög.

Tabell 9. Andel av ensamboende äldre med hjälpbehov som har anhörighjälp respektive hemtjänst, efter kommuntyp, 2002/03. Procent.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
<i>Hemmaboende äldre som bor ensamma och behöver hjälp med ADL</i>				
Andel med anhörighjälp*	61	69	71	67
Andel med hemtjänst	54	51	56	54
<i>Befolkningsbas 1000-tal</i>	38	53	64	156
N	(97	136	159	392)

* Avser hjälp med en eller flera ADL-sysslor av anhörig i hushållet, utanför hushållet och/eller av bekant.

Hemtjänst och annan offentlig omsorg för hemmaboende äldre

Man har tidigare observerat att det samlade offentliga omsorgspanoramata – särskilt boende/ hemtjänst/andra insatser – ger en fördjupad bild av omsorgen: bl.a. konstateras att nedskärningarna av äldreomsorgen varit mindre än man skulle förmoda utifrån enbart uppgifter om särskilt boende och hemtjänst. Man har också förmodat att en del av skillnaderna mellan kommunerna ”utjämnas”, om man beaktar *alla* slag av insatser för hemmaboende äldre (Socialstyrelsen 2000).

I ULF finns för dessa olika slag av insatser enbart uppgift om färdtjänst, som dock är den vanligaste stödformen utanför hemtjänsten. Färdtjänsten får här tjäna som sinnebild för alla offentliga omsorgsinsatser utanför ren hemtjänst (Socialstyrelsen 2004b). Totalt 16 procent av de hemmaboende har enligt ULF färdtjänst, som sammanlagt omfattar 205 000 personer. I lågkommunerna uppgår 12 procent, i mellankommunerna 13 procent och i högkommunerna 18 procent av de äldre att de har färdtjänst. Graden av överlappning mellan hemtjänst och färdtjänst är avgörande för hur detta skall tolkas. Tabell 10 visar att 2 procent har enbart hemtjänst, 6 procent har både hemtjänst och färdtjänst och 9 procent endast färdtjänst. De flesta som har färdtjänst har *inte* hemtjänst, dvs. äldreomsorgens täckningsgrad för de hemmaboende ökar avsevärt när hänsyn tas till andra stödformer än hemtjänst för de hemmaboende.

När färdtjänsten beaktas, som i Tabell 10, framgår att den offentliga omsorgen når dubbelt så många av de hemmaboende som man skulle förmoda utifrån uppgifter om enbart hemtjänsten (Hög vs. Mellan sign. för alla äldre). Äldreomsorgen tycks nå de flesta – i genomsnitt tre av fyra – hjälpbehövande äldre som bor ensamma (Inga skillnader signifikanta på grund av små bastal). I lågkommunerna når man sju av tio och i högkommunerna åtta av tio i denna väldefinierade behovsgrupp, eftersom nästan alla som använder färdtjänst är hjälpbehövande i ADL-termer (analys som ej visas här). Det är inte bara fler som har hemtjänst i högkommunerna än i övriga kommuner, utan också fler som har färdtjänst.

Tabell 10. Service av olika slag till hemmaboende äldre efter hjälpbehov och kommuntyp, 2002/03. Procent.

	Kommuntyp, hemtjänstnivå*				Befolkn.bas 1000-tal
	Låg	Medel	Hög	Alla	
<u>Hemmaboende äldre</u>					
Ej hemtjänst, ej färdtjänst	86	85	80	84	1190
Endast hemtjänst	2	2	3	2	31
Endast färdtjänst	8	8	10	9	124
Både-och	4	5	8	6	80
Summa	100	100	100	100	1425
N	(1023	1086	1118	3226)	
<u>Ensamboende med hjälpbehov</u>					
Ej hemtjänst, ej färdtjänst	29	24	19	23	36
Endast hemtjänst	16	12	14	14	22
Endast färdtjänst	18	25	24	23	35
Både-och	38	39	42	40	62
Summa	100	100	100	100	155
N	(97	136	159	392)	

Överallt är det få som enbart har hemtjänst, men oväntat är att proportionsvis fler och absolut fler har enbart färdtjänst i högkommunerna, emot det förmodade, att högre färdtjänstnivå i lågkommunerna skulle kompensera för deras lägre hemtjänstnivå (Socialstyrelsen 2000). I högkommunerna får de äldre mer av *alla* slag av formell omsorg (hemtjänst-färdtjänst) *och* mer anhörigomsorg, säkerställt för äldre i allmänhet och troligen gällande även ensamboende med hjälpbehov. Av de senare når man, på ett eller annat vis, två av tre (64 procent). De övriga har i allmänhet hjälp av anhöriga. Detta leder oss fram till den avgörande frågan: varför får de äldre mer offentlig omsorg i högkommunerna – finns det rationella skäl för deras höga täckningsgrad?

Kommunala variationer i omsorgen

Vi har sett att relativt fler äldre får hemtjänst bland hjälpbehövande äldre i högkommunerna och att samma mönster gäller för de ensamboende (Tabell 7 och 8). Enligt Socialtjänstlagen är kommunerna skyldiga att ge bistånd till personer som behöver hjälp och inte kan tillgodose behovet på annat sätt. Här kan detta kriterium grovt likställas med ADL-behov i förening med ensamboende. Detta motiverar att närmare granska *hur vanligt det är i befolkningen* att äldre bor ensamma *och* har hjälpbehov, snarare än att analysera informell och formell hjälp till äldre i allmänhet eller undergrupper av dem.

Tidigare statistiska analyser av vem som använder hemhjälp har gjorts på mikronivå med individdata, i en enskild kommun (Sundström 1984, Thors-

lund, Norström & Wernberg 1991) eller någon gång på riksdatabaser (Socialstyrelsen 2000). Man har då funnit att hemhjälpinsatser främst förklaras av ensamboende och hjälpbehov, även om samhällsklass och kön stundom också bidragit. Liknande orsaksfaktorer brukar för övrigt redovisas för dem som flyttar till särskilt boende (Larsson 2004).

Andelen äldre med hjälpbehov är lägst i lågkommunerna med 18 procent, emot 24 procent i högkommunerna (Hög vs. Mellan sign.). Detta visas i Tabell 11, som även beaktar anhörighjälp och hemtjänst samt ”överlappning” dem emellan i de olika kommuntyperna.

Tabell 11. Befolkningsandelar (procent) efter kommuntyp, hjälpbehov och hjälpkälla, hemmaboende äldre, 2002/03.

	Hemtjänstnivå*			
	Låg	Medel	Hög	Alla
Har ej behov av hjälp	82	80	76	79
<i>Har behov av hjälp</i>				
Får endast anhörighjälp	11	12	13	12
Får endast hemhjälp	3	3	3	3
Får både-och	3	4	7	5
Får ej sådan hjälp	1	1	1	1
Summa	100	100	100	100
N	(1037	1100	1130	3267)

Av Tabell 11 framgår att fler gamla får hjälp *både* av anhöriga *och* av kommunen i högkommunerna. Intressant är att graden av överlappning mellan informell och formell omsorg också är högre där, något som inte automatiskt följer av de i och för sig större insatserna från respektive källa. Oavsett kommuntyp står mycket få utan hjälp, vilket på riksnivå framgick av Tabell 3.

Ett stöd för att kommunerna faktiskt ofta når hjälpbehövande äldre är att s.k. uppsökande verksamhet som företagits i många olika kommuner sällan finner många äldre med icke-täckta hjälpbehov. Denna verksamhet riktas ju vanligen till äldre som inte är kända av den kommunala omsorgen. Frågan blir därför kanske inte så mycket hur det är ställt med den offentliga omsorgens kvantitativa sida, utan snarare om befintliga insatser håller godtagbar kvalitet.

Till dessa mönster för hjälpbehov kommer att andelen ensamboende ökar, från 39 procent i lågkommuner, till 42 procent i högkommunerna (riksgenomsnitt 40 procent). Skillnaderna kan te sig små (de är ej signifikanta), men betyder mycket för hur många äldre med omsorgsbehov som bör beaktas av kommunerna. Det har tidigare visats – på den tid när det fanns data om ensamboende från folkräkningarna - att andelen ensamboende äldre varierar kommunerna emellan, och att det var den enda faktor som i högre grad ”förklarade” variationer i hemtjänsten (Sundström & Berg 1990). En del av detta har redan berörts, här görs en samlad analys i Tabell 12.

Andelen äldre som bor ensamma *och* behöver hjälp med en eller flera ADL-sysslor är i lågkommunerna 8 procent, i mellankommunerna 11 procent och i högkommunerna 13 procent samt i riksgenomsnittet 11 procent (Låg vs. Medel sign.). Detta är inte detsamma som hur stor andel av de ensamboende som behöver hjälp – den andelen är mycket högre, 27 procent. Omvänt är andelen ensamboende bland äldre med hjälpbehov hela 52 procent.

Tabell 12. Andel ensamboende äldre och andel äldre med ADL-nedsättning bland de ensamboende samt hjälpgivare för ensamboende med hjälpbehov, efter kommuntyp (hemtjänstnivå), 2002/03*. Procent

	Hemtjänstnivå			
	Låg	Medel	Hög	Alla
Andel ensamboende	39	40	42	40
Befolkningsbas 1000-tal	461	492	492	1445
N	(1037	1100	1130	3267)
Andel med ADL-nedsättning av de ensamboende	21	27	31	27
Befolkningsbas 1000-tal	180	195	207	581
N	(416	452	491	1359)
<i>Hjälpgivare till ensamboende med hjälpbehov</i>				
Endast anhörighjälp	37	44	35	39
Endast hemhjälp	29	24	20	24
Både-och	25	28	36	30
Ingendera**	9	5	9	8
Summa	100	100	100	100
Befolkningsbas 1000-tal	38	53	64	155
N	(97	136	159	392)

*avser hemmaboende 65+

** men kan ha hjälp från andra källor

Mycket av skillnaderna i offentliga och informella insatser mellan de olika kommuntyperna verkar således ha sin förklaring i de grundläggande olikheter som beskrivs i Tabell 12: proportionsvis fler äldre bor *ensamma och behöver hjälp* i kommuner med högre nivå på hemtjänsten. Detta svarar uppenbarligen ganska väl emot konstaterade skillnader i hemtjänstnivå i de tre kommuntyperna. Mönstret bekräftas i en analys av åldersgruppen 80+, med t.ex. samma skillnader i hjälp från anhöriga i de olika kommuntyperna, men på högre nivå. Således har t.ex. 34 procent av de hemmaboende 80+ anhörighjälp (visas ej här).

Det är ett faktum att de äldre i högkommunerna inte bara har större hjälpbehov och oftare bor ensamma. De är också i genomsnitt något äldre. Det skall nämnas att en analys som utgår från indelning av kommunerna, inte av befolkningen, också tyder på att det inte är ensamboendet i sig som är orsa-

ken till den högre omsorgsnivån, utan just kombinationen med hjälpbehov (Bilaga 5).

Det är inte bara fler äldre i mellan- och högkommunerna som behöver hjälp; dessutom är deras hjälpbehov mer omfattande i de två senare kommuntyperna (5, 6 respektive 8 procent behöver hjälp med all IADL samt 3, 4 respektive 6 procent med PADL i låg/mellan/hög-kommunerna).

Analys av den kommunala statistiken ger vid handen att vårdtagare i kommuner med högre hemtjänstnivå inte får genomsnittligt fler hjälptimmar, men uttolkningen av detta på individnivå är problematisk. Tidigare analyser har visat att timinsatserna ökar med hjälpbehovet, men också att man får färre hjälptimmar relativt behovet idag (2000) än tidigare (1994) (Socialstyrelsen 2000). Detta kan innebära att ”tröskeln” för att bli vårdtagare och relationen mellan behov och insats kan te sig något olika i kommunerna. Det troliga är att behövande äldre får både mer hjälp och oftare hjälp av såväl anhöriga som hemtjänsten i högkommunerna, men det går, som nämnts, dessvärre inte att analysera med ULF-materialet. Vi noterar att knappt en tiondel av dem inte får hjälp av någondera.

Man kan notera att behovs- och hjälpmönstret är detsamma även med andra gränsdragningar mellan låg/mellan/högkommunerna. Ensam- och samboende efter ålder och kön samt utvecklingen från 1988/89 till 2002/03 redovisas i Bilaga 6. I stort är förändringarna små. Bland de äldsta (80+) har ensamboendet minskat något bland männen och ökat något bland kvinnorna, med motsatt tendens för gift/samboende. I den åldersgruppen var år 2002/03 65 procent av männen och 25 procent av kvinnorna gifta/samboende.

Vi har även analyserat användning av hemtjänst med en statistisk ansats (logistisk regressionsanalys), där man beaktar den samtidiga betydelsen av olika faktorer och deras inbördes vikt. För att inte tynga framställningen återfinns resultaten av denna multivariata analys i Bilaga 7. Det som främst förklarar att äldre använder hemtjänst är faktorerna *ensamboende* och *ADL-nedsättningar*, som båda har stor betydelse. Ålder har i jämförelse med detta viss, men mindre betydelse. Detta förklarar också varför vi inte finner något samband mellan hemtjänst och särskilt boende för äldre i allmänhet (Figur 1), men ser ett visst samband när behovsgruppen snävas in något, som för gruppen 80+ (Figur 2). Ålder enbart fångar inte hjälpbehoven på samma sätt som direkta uppgifter om individerna och deras hjälpbehov.

Det mest intressanta är naturligtvis att nivån på kommunens hemtjänst inte har någon signifikant betydelse för om enskilda äldre har hemtjänst eller ej, ett mönster som är i stort sett väntat efter tabellgenomgången ovan. Vi kan också konstatera att samhällsklass inte har något signifikant samband med användning av hemtjänst. I tidigare studier fann man ett sådant samband, men det försvann när man konstanthöll för hälsovariabler och ensamboende, som båda har en klar klassprofil. Nedsatt hälsa och ensamboende är vanligare i arbetarklassen (Sundström 1984, Thorslund, Norström & Wernberg 1991, Socialstyrelsen 2000). Skillnaderna mellan könen, som man kunde se i tidigare studier, har försvunnit. Det är tänkbart att den ökade knappheten på hemtjänst har lett till en striktare tilldelning av offentlig hjälp, där t.ex. kön eller samhällsklass/utbildning ej längre har någon större betydelse. Allmänt kan man säga att ”träffsäkerheten” ökat, men också att något färre får hjälp. Ett visst samband med utbildning avspeglar sannolikt

bättre hälsa och funktionsförmåga hos de mer välutbildade. Man kan som nämnts notera att ensamboende är mindre vanligt i högre sociala skikt.

Att en äldre person bor ensam är ett fastställbart faktum, men hans/hennes ADL-behov är möjligt att tolka för individen, för hans/hennes omgivning och för omsorgsapparaten. Det kan dessutom – oavsett den objektiva behovsnivån - finnas olika normer och historiska traditioner för insatsnivåer i enskilda kommuner (Daatland & Sundström 1985, Trydegård 2000). Trots detta tycks den kommunala hemtjänsten överallt nå hjälpbehövande äldre i ungefär samma utsträckning, vilket syns när man i analysen tar hänsyn till hur proportionsvis många dessa är i kommunerna.

Uppenbarligen talar vi här om *genomsnitt* i de olika kommuntyperna (låg-medel-hög), inom dessa kan det finnas avvikelser. Men, också den generella nivån på omsorgen och dess förändringar har viss betydelse. Totalt fick som nämnts 12 procent av de äldre hemhjälp 1988/89, emot att 8 procent fick hemtjänst 2002/03 (Socialstyrelsen 2004). Den minskande omsorgsnivån innebär att ensamboende äldre med ADL-problem får hemtjänst något mer sällan idag än tidigare och något mer sällan i låg- och medelkommuner än i högkommunerna. År 1988/89 hade 60 procent av ensamboende äldre med ADL-nedsättningar hemhjälp/hemtjänst (egna beräkningar på ULF 1988/89), år 2002/03 hade andelen minskat till 54 procent. I absoluta tal är förändringen inte dramatisk – det handlar om att kanske 15 000 fler ensamboende äldre med hjälpbehov skulle ha fått hemtjänst, om nivån hade legat kvar på 1988/89 års nivå.

En tidigare analys – avseende 1985 – visade att många kommuner i norra Sverige och över huvud taget i glesbygd gav mer omsorg (Berg & Sundström 1989). Om man utgår från befolkningen, i stället för kommunerna, finner man att 42 procent av de äldre i högkommunerna, 25 procent i lågkommunerna och 17 procent i mellankommunerna bor i de tre storstäderna med omnejd. En minoritet av de äldre (13 procent i genomsnitt) bor i glesbygd (H-region 5 och 6), oavsett kommuntyp. Totalt bor 24 procent av de äldre i den tredjedel av kommunerna som ligger lägst, 29 procent i mellankategorin och 47 procent i den tredjedel av kommunerna som ligger högst (Bilaga 2).

Hjälp: av vem och delad omsorg? Betydelsen av nära anhöriga

I ULF finns uppgifter om vem som ger hjälp med eventuella ADL-behov. Bland hemmaboende äldre har 9 procent hjälp av hushållsmedlem, 10 procent hjälp av anhörig eller bekant/vän utanför hushållet, 2 procent annan privat hjälp, 8 procent hemtjänst och 1 procent annan hjälp. Dessa genomsnittstal är dock mycket olika beroende på om man har nära anhöriga och vilka dessa är (Johansson & Sundström 2005).

De viktigaste anhöriga är maken/makan och barnen; detta är utgångspunkten för Tabell 13. Knappt var tionde äldre (8 procent) saknar båda dessa centrala anhöriga och det är framför allt bland dessa som det är vanligt (65 procent) att hjälpbehövande personer använder hemtjänst och *endast* detta. I något mindre grad gäller detta även dem som har barn, men saknar

partner: av dessa använder också många hjälpbehövande hemtjänst (48 procent). Bland äldre som är gifta och har barn är andelen 19 procent, när barn saknas 26 procent. Endast skillnaden mellan gifta och ej gifta är statistiskt säkerställd, på grund av små bastal. Att ha barn kan vara fördelaktigt inte bara på så vis att de kan ge hjälp och stöd. Det är tänkbart att de ofta även agerar som påtryckare eller ”advokater” i förhållande till den offentliga omsorgen (Daatland & Herlofson 2004).

Tabell 13. Hemmaboende äldre 65+ efter familjesituation, hjälpbehov och hjälpgivare, 2002/03. Procent

	Gift/sammanboende		Ej gift/samboende		Alla	Befolkn.bas 1000-tal
	Har barn*	Ej barn*	Har barn*	Ej barn*		
Alla	54	6	32	8	100	1441
N	(1711	194	1078	277	3260)	
Varav med hjälpbehov**	16	20	27	25	21	299
N	(303	42	315	76	736)	
<i>Därav hjälpta av***</i>						
Bara anhöriga	80	69	42	24	58	173
Bara hemtjänst	5	8	18	47	15	44
Båda	14	18	32	20	23	67
Ingendera	2	5	7	9	5	15
Summa	100	100	100	100	100	299
<i>Befolkn.bas 1000-tal</i>	126	18	124	36	299	

*Avser barn utanför hushållet; 1–2 procent har barn i hushållet, som ej beaktas här.

**hjälpbehov med ADL

***får ADL-hjälp

I alla kategorier av hjälpbehövande är det betydligt fler som har anhörig-hjälp än hemtjänst, utom bland de ensamstående barnlösa, där fler har hemtjänst (44 respektive 67 procent). I en annan studie har man visat att den sistnämnda gruppen var den enda som fick *ökande* hemtjänstinsatser, när alla andra vidkändes krympande hemtjänst (Johansson, Sundström & Hassing 2003). Även detta tyder på att den offentliga hjälpen fokuserar dem som saknar nära anhöriga eller i varje fall inte har dem i närområdet – mycket få saknar anhöriga helt och hållet (Socialstyrelsen 2004a).

Diskussion

De ovan gjorda analyserna bör ses som början på en lovande ansats, där man beaktar *både* kommunens utbud av service *och* de äldre kommuninvånarnas behov av hjälp och service.

Ett svårbemästrat metodproblem är frågan om vilka skillnader i de beskrivna mönstren som är statistiskt säkerställda ("signifikanta"). I SCB:s gängse rapportering av data ur ULF redovisas en matris, med vars hjälp man kan avgöra om procentskillnader är statistiskt säkerställda. Denna har använts för våra egna jämförelser, som ofta visar signifikanta skillnader mellan grupperna hög- och lågkommuner, men inte mellan var och en i tur och ordning. Detta tillmäter vi mindre betydelse, allrahelst som den multivariata analysen ger samband som är säkerställda. De multivariata mönstren är tydligt i linje med de beskrivande tabellernas resultat, varför vi känner oss rimligt trygga med hållbarheten i de presenterade uppgifterna.

Analysen har bara ytligt (Tabell 13) berört betydelsen av olika "tillgång" på nära anhöriga för de äldres omsorgsmönster. I linje med gällande lagstiftning – kommunen är skyldig att bistå om det finns hjälpbehov och det inte kan tillgodoses på annat vis – har vi inte tagit hänsyn till de äldres avstånd till barn och andra potentiella hjälpkällor än maka/e eller annan samboende. (Att ha barn och avstånd till det närmaste är dock ungefär lika i alla kommuntyper.) Det är känt att omsorgsapparaten alltmer beaktar möjligheten till informell hjälp (Socialstyrelsen 2003). Omvänt kan det vara så att de äldre själva och/eller deras anhöriga idag gör andra avvägningar än tidigare, beroende på den offentliga omsorgens kvantitet, kvalitet och kostnaden för den. Trots detta finner man att äldre som använder hemtjänst oftare har hjälp också av anhöriga, både i denna studie och en tidigare analys av hemmaboende äldre, 75+ år, 2000 (Socialstyrelsen 2000). En nyligen företagen undersökning visar att många av dessa anhöriga finner brister hos den offentliga omsorgen och ofta anser att den inte är värd vad den kostar. Flest nöjda fanns i mindre kommuner och i glesbygd (Socialstyrelsen 2004). En djupare analys av omsorgsmönstren bör troligen inkludera fler strukturella faktorer, såsom kommunens finansiella situation och politiska struktur.

Resultat i föreliggande studie tycks bara delvis bekräfta vad man fann i den tidigare nämnda engelska studien (Evandrou et al. 1992). Den visade påtagliga skillnader mellan olika "local authorities": äldre med samma hjälpbehov hade mycket oftare hemhjälp i "supportive" än i "less supportive" lokalområden (definierade utifrån avgift för hemhjälp, antal hjälptimmar/tusen äldre och lokal ekonomisk satsning på hemhjälp). Samtidigt konstaterade man att en viss del av förklaringen till bruk av hemhjälp handlade om individernas behov. Äldre som bodde ensamma och inte klarade sitt ADL hade oftare hemhjälp, men denna var i stort inte "equitable" (ung. rättvis). I jämförelse är mönstret betydligt mer "equitable" i de svenska kommunerna, eftersom de genuint hjälpbehövande – dvs. ensamboende med hjälpbehov – hos oss har ungefär samma chans att få hjälp i alla kommuntyper. En viktig skillnad jämfört

med den engelska studien, där avgifterna kraftigt påverkade användningen av hemhjälp, är den relativt låga brukarkostnaden i Sverige.

Det kan också nämnas att den engelska studien avsåg början av 1980-talet. Andelen äldre med hemhjälp totalt i England vid den tiden är oss okänd, men var knappast högre än dagens 5 procent. Det uppges att 68 procent av "severly disabled elders living alone" använde hemhjälp, dvs. ungefär samma nivå som i föreliggande studie, om de motsvarar den grupp vi fokuserat (ensamboende med ADL-nedsättning). Enligt en senare studie har 20 procent av alla äldre med "some level of dependency" hemhjälp (efter Deeming & Keen 2003). I vår studie är andelen 37 procent, vilket ter sig rimligt eftersom den svenska hemtjänsten i genomsnitt hjälper 8 procent, emot det engelska genomsnittet på 5 procent. I den engelska undersökningen länkade man på samma sätt som i vår studie uppgifter ur 1980 års GHS (en motsvarighet till ULF) med data om personernas "local authority", dvs. uppgifter om "efterfrågan" respektive om "utbudet". Dock lyckades man bara identifiera den lokala hemvisten för 39 procent av intervjupersonerna, på grund av problem med administrativa gränsdragningar m.m. Fördelarna med den rumsligt enkla svenska administrationen framstår i tydlig dager. Den engelska analysen visade att kommunala variationer i utbudet av hemhjälp och den enskildes kostnader för hjälpen påverkade om man använde den, något som inte tycks vara fallet i Sverige. (Detta avser variationer vid en tidpunkt: striktare behovsbedömningar och taxehöjningar m.m. kan naturligtvis minska efterfrågan över tid och har också gjort det – Lundén & Sundström 1999.)

I vår studie har vi inte beaktat kommunernas *ekonomiska* satsning på hemtjänst respektive särskilt boende, något som det finns data om (Kommunförbundet 2004 Tabell 8b). En definition på en fördelning som är rättvis är att den, som nämnts, ger lika omsorg för lika behov. Detta tycks i stort sett vara fallet i vår analys, även om vi bara vet huruvida de äldre har hemtjänst eller ej. Vi har t.ex. inte kunnat kontrollera hur stor timinsats de äldre får för sina behov, även om uppgifter på *kommunnivå* om antalet hjälptimmar till de äldre inte tycks ha samband med täckningsgraden. Vi känner inte heller kvaliteten på insatserna, kunskap som skulle behövas för att bättre bedöma resultaten.

Mot bakgrund av tidigare oro över de stora skillnaderna i omsorg kommunerna emellan är en intressant fråga vilken mekanism som förklarar kommunernas gensvar på vårdbehoven. Varför får den specifika behovsgruppen ensamboende äldre med hjälpbehov hemtjänst ungefär lika ofta i alla kommund typer? Såvitt vi kan se är förklaringen till detta anmärkningsvärt homogena gensvar från kommunernas sida det unika nordiska systemet med "gräsrotsförankrade" hemtjänstgrupper, som besitter stor person- och lokal-kännedom. Så länge denna organisation är intakt är det troligt att hemtjänsten fungerar ganska väl, eller i varje fall når många av de hjälpbehövande. Det vore i sammanhanget intressant att jämföra med den brittiska hemtjänstens lokala organisation.

Man kan också reflektera över slumpmässigheten i biståndsbedömningarna inom hemtjänsten, som tycks vara ett faktum både i England (Evandrou et al. 1992) och i Sverige (Lagergren & Johansson 1996). Kunskapen om hjälpbehoven är god hos de lokalt arbetande vårdbiträdena; att det före-

kommer okunnighet ”högre upp” i omsorgshierarkierna är då kanske ett mindre problem (Sundström & Cronholm 1989). Slumpmässiga variationer av det slaget kan tydligen inte helt kullkasta de större mönster vi beskrivit och analyserat i denna studie, även om de kan göra alla mätvärden litet trubbigare. Det är troligt att den typen av variationer utjämnas i det större perspektivet.

Studiens resultat innebär naturligtvis i sig ett ganska gott betyg åt svensk äldreomsorg, som i praktiken når majoriteten av de hjälpbehövande och ungefär lika ofta överallt, om än inte med millimeterrättvisa för varje individ. Hemtjänstens lokala variationer är delvis blott skenbara och kan ses som en ”rationell” anpassning till skiljaktiga levnadsvillkor för de äldre. (Enstaka kommuner kan naturligtvis avvika kraftigt från detta, utan att det påverkar helheten.) Resultaten tyder på att likhet i offentlig omsorg inte behöver, eller kanske inte ens bör, betyda att t.ex. hemtjänsten är lika överallt. I varje fall kan det tolkas som att den inte behöver hålla samma, generella täckningsgrad. Den svåra frågan är kanske om de offentliga insatserna alltid håller godtagbar kvalitet, snarare än den rent kvantitativa frågan om man når de äldre eller de som behöver hjälp? Om kvaliteten eller hur många timmar hjälp man får för sina ADL-nedsättningar saknas uppgifter.

Man kan spekulera över vad som är orsak-verkan i den kommunala omsorgens nivå och ensamboendet bland de hjälpbehövande. Frågan är om en utbyggd hemhjälp/hemtjänst inte bara var välfärdshöjande utan också ledde till att allt fler äldre kom att bo ensamma. För oss ter det sig troligast att ensamboende med åtföljande hjälpbehov är det primära, eftersom det sannolikt är resultatet av flyttningsrörelser och demografiska villkor som ligger ganska långt tillbaka i tiden eller i varje fall före den stora utbyggnaden av hemhjälp/hemtjänsten. Av allt att döma är det också ett uttryck för de äldres preferenser. Detta har man sett t.ex. i undersökningar i Spanien, där ensamboendet ökar kraftigt bland de äldre. Detta är för övrigt en internationell trend, oavsett om det finns offentlig service för dessa äldre eller ej. Att ensamboendet delvis möjliggjorts av hemhjälp/hemtjänsten är tänkbart, men att se det som enda eller största orsak ter sig föga rimligt. Hemtjänsten kan snarare ses som ett välfärdssvar på en demografisk utmaning, som naturligtvis underlättar för äldre att klara sig i eget boende. Avsikten med denna offentliga service var ju att höja välfärden för de äldre som vill klara sig själva. I ljuset av detta ter det sig önskvärt att data om ensamboende åter blir tillgängliga, vilket de inte varit efter att folk- och bostadsräkningarna upphörde.

Vi har konstaterat att det finns ett tydligt samband mellan anhörighjälp och kommunal hjälp och att detta ökar vid större hjälpbehov. Detta gäller både på individnivå och vid en jämförelse kommunerna emellan. De senare jämförelserna kan närmast ses som ett naturligt experiment. Oavsett hur de äldre och deras anhöriga kan tänkas uppleva saken är den faktiska innebörden att de två systemen – medvetet eller ej – arbetar emot samma mål och därmed kan sägas stödja varandra, dvs. att ansvaret i praktiken är delat eller gemensamt. Offentliga insatser för äldre kan vara direkt stöd till anhöriga i form av anhöriganställningar, avlösning m.m., möjligheter som vi dock vet varierar mycket kraftigt kommunerna emellan. Ett indirekt stöd, i form av hemtjänst och annan omsorg är minst lika viktigt. Det indirekta stödet når

uppenbarligen de allra flesta; det vi inte vet, är som sagt om det håller godtagbar kvalitet.

Även om studiens resultat ger en ganska ljus bild av äldreomsorgen och hur den når de mest hjälpbehövande finns ingen anledning att idealisera situationen, eftersom samtidigt många hjälpbehövande vid en given tidpunkt inte har hemtjänst, om än de flesta har *någon* form av offentlig insats. Många har också kritiska synpunkter på den offentliga hjälpen. En annan omständighet värd att beakta i sammanhanget, är att *på sikt* de allra flesta äldre idag får offentlig omsorg. Detta fångas givetvis inte av de tvärsnittsuppgifter om de äldre och de kommuner de bor i, som vi utnyttjat i denna rapport.

Referenser

- Berg, S & Sundström, G. Kommunal och regional variation inom äldreomsorgen. Jönköping: Institutet för gerontologi, 1989. *Rapport 70*.
- Busch Zetterberg, K. Civilsamhället i socialstaten. Stockholm: City University Press, 1996.
- Daatland, S-O & Sundström, G. Gammal i Norden. Oslo: Nordiska Ministerrådet, 1985.
- Daatland, S O & Herlofson, K. Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv. Oslo: Nova, 2004. Rapport 7/04.
- Deeming, C & Keen, J. A fair deal for care in older age? Public attitudes towards the funding of long-term care. *Policy & Politics*, **31**, 4, 431-446, 2003.
- Evandrou, M, Falkingham, J, Le Grand, J & Winter, D. Equity in Health and Social Care. *Journal of Social Policy*, **21**, 4, 489-523, 1992.
- Johansson, L, Sundström, G & Hassing, LB. State Down, Off-Spring Up: The Substitution Issue in Old-Age Care Reversed in Sweden. *Ageing & Society*, **23**, 3, 269-280, 2003.
- Johansson, L & Sundström, G. Policies and practices in support for family caregivers. Filial obligations redefined in Sweden? *Journal of American Social Policy and Research*. Subm. 2005.
- Svenska Kommunförbundet. Vad kostar verksamheten i din kommun?. Stockholm: Kommentus förlag, 2004.
- Lagergren, M & Tingvall, L. Behovs- och kostnadsskillnader inom äldreomsorgen. Bilaga 4, SOU 1993:53.
- Lagergren, M. The ASIM-system – A tool for monitoring, evaluation and planning of the long-term care for elderly and disabled people. Karolinska Institutet, 1994. Ak. avh.
- Lagergren, M & Johansson, PÅ. Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialdistrikten i Stockholm? Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, 1996. *Rapport 1996:3*.

Larsson, K. According to Need? Predicting Use of Formal and Informal Care in a Swedish Urban Elderly Population. Socialhögskolan, Stockholms universitet. *Stockholm Studies in Social Work* 20, 2004. Ak. avh.

Lundén, B & Sundström, G. Chockhöjda hemtjänsttaxor: Hur gick det för vårdtagarna? *Socialmedicinsk tidskrift* 76, 4, 387-392, 1999.

Skoglund, A-M. Fattigvården på den svenska landsbygden 1829. Socialhögskolan, Stockholms universitet. *Stockholm Studies in Social Work* 58, 1992. Ak. avh.

Socialstyrelsen. Ljura-projektet. Ett bostadssocialt förnyelseprojekt. Stockholm, Socialstyrelsen, 1988. *Socialstyrelsen redovisar* 1988:15.

Socialstyrelsen. Hemma på äldre da'r. Stockholm, Socialstyrelsen, 1994. *Ädelutvärderingen* 94:17.

Socialstyrelsen. De äldsta i stad och på landsbygd i Jönköping 1996. Stockholm, Socialstyrelsen, 1996. *Ädel* 50.

Socialstyrelsen. Bo hemma på äldre da'r. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000. *Äldreuppsdraget* 2000:11.

Socialstyrelsen. Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003. (www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen. Äldres levnadsförhållanden 1988/89-2002. Stockholm, Socialstyrelsen, 2004. (www.socialstyrelsen.se).

Statskontoret. Äldreomsorg i 43 svenska kommuner. Statskontoret, 1987. *Rapport* 1987:35.

Stjernquist, N & Magnusson, H. Den kommunala självstyrelsen, jämlikheten och variationerna mellan kommunerna. Civildepartementets forskningsdelegation, 1988. *Ds* 1988:36.

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

Sundström, G & Cronholm, I. Hemtjänsten i tiden. En treårsuppföljning av mycket gamla vårdtagare. Jönköping: Institutet för gerontologi, 1989. *Rapport* 73.

Sundström, G & Berg, S. Ensamboende bland de äldre: en analys av kommunala variationer och deras effekter på äldreomsorgen. PM utarbetat för Socialdepartementet. Jönköping: Institutet för gerontologi, 1990. Mimeo.

Thorslund, M, Norström, T & Wernberg, K. The Utilization of Home Help in Sweden: A Multivariate Analysis. *The Gerontologist*, 31, 1, 116-119, 1991.

Trydegård, G-B. Tradition, change and variation. Past and present trends in public old-age care. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. *Stockholm Studies of Social Work* 16, 2000. Ak. avh.

Bilagor

Tabell i a. Befolkningstal (1000tal personer) efter hushållstyp och kön samt efter hjälpbehov och hjälpkälla för hemmaboende äldre 65+, 1988-89.

Har	Ensamboende			Sammanboende			Alla		Totalt
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	
Ej hjälpbehov**	87	272	359	345	277	622	433	550	984
Endast anhörighjälp	17	49	66	97	83	180	115	132	246
Endast hemhjälp	25	45	70	7	7	14	32	53	86
Både-och	12	35	47	12	21	33	25	56	81
Ingendera***	5	9	16	2	2	4	7	11	18
Summa	163	419	582	465	389	854	612	803	1 415
N	(342	958	1300	1057	839	1896	1402	1808	3210)

Tabell i b. Befolkningsandelar (procent) efter hushållstyp och kön samt efter hjälpbehov och hjälpkälla för hemmaboende äldre 65+, 1988-89.

Har	Ensamboende			Sammanboende			Alla		Totalt
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	
Ej hjälpbehov**	60	66	65	74	71	73	71	69	70
Endast anhörighjälp	12	12	12	21	21	21	19	16	17
Endast hemhjälp	17	11	13	2	2	2	5	7	6
Både-och	8	9	9	3	5	4	4	7	6
Ingendera***	3	2	2	1	1	1	1	1	1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	(342	958	1300	1057	839	1896	1402	1808	3210)

* oavsett vem man bor med

** med någon ADL-funktion i ULF

***ej hjälp av anhörig eller hemhjälp/hemsjukvård, men kan få hjälp på annat vis

Bilaga 2

Kommuner efter omsorgsnivå

	Låg	Mellan	Hög	Totalt
<i>Andel av kommunerna</i>	33	33	33	100
Hemtjänst	<6,7	6,7-8,2	>8,2	8
<i>Andel av äldre- befolkningen</i>	24	29	47	100
<i>Andel av kommunerna</i>	33	33	33	100
"Särskilt boende" %	<6,9	6,9-8,2	>8,2	8
<i>Andel av äldrebefolkningen</i>	33	35	32	100

Bilaga 3

Tabell i. Andel äldre 65+ med anhörighjälp* efter kommuntyp (särskilt boende), 2002/03. Procent.

	Särskilt boende-nivå**			Alla
	Låg	Medel	Hög	
<i>Alla äldre</i>				
Andel med hjälp av anhöriga*	18	18	17	16
Befolkningsbas 1000-tal	479	534	536	1550
N	(1087)	1218	1247	3552)
<i>Hemmaboende äldre</i>				
Andel med hjälp av anhöriga*	17	17	16	17
Befolkningsbas 1000-tal	447	502	497	1445
N	(996)	1135	1136	3267)

* Avser hjälp med en eller flera ADL-sysslor av anhörig i hushållet, utanför hushållet och/eller av bekant

** Låg = högst 6,9 procent i ”särskilt boende”, Medel = 7,0–8,0 procent, Hög = 8,1 procent eller mer

Tabell ii. Andel äldre 65+ med anhörighjälp efter kommuntyp (samlad äldreomsorg*), 2002/03. Procent.

	Nivå för samlad offentlig äldreomsorg			Alla
	Låg	Medel	Hög	
<i>Hemmaboende äldre</i>				
Andel med hjälp av anhöriga**	16	16	18	17
Befolkningsbas 1000-tal	477	424	545	1445
N	(1070)	951	1246	3267)

*Hemtjänst och särskilt boende enligt officiell statistik: Låg = högst 14,6 procent, Medel= 14,7–16,4 procent, Hög = 16,5 procent eller mer.

** Avser hjälp med en eller flera ADL-sysslor av anhörig i hushållet, utanför hushållet och/eller av bekant

Bilaga 4

Tabell i. Befolkningsandelar (procent) efter kommuntyp (nivå särskilt boende respektive hemtjänst) samt efter hjälpbehov och hjälpkälla, hemmaboende äldre 65+, Sverige 2002/03.

Hemtjänstnivå*	Kommuntyp, särskilt boende									Alla
	Lågkommun			Medelkommun			Högkommun			
	L	M	H	L	M	H	L	M	H	
<i>Har</i>										
Ej hjälpbehov**	82	81	75	80	81	76	83	78	77	79
Endast anhörig-hjälp	12	12	13	13	12	13	10	13	12	12
Endast hem-hjälp	3	3	3	2	4	3	3	3	5	3
Både-och	3	4	8	4	3	8	3	5	5	5
Får ej hjälp	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Befolkning 1000-tal	140	178	128	118	185	197	203	128	165	1444
N	(312	396	288	268	418	447	457	285	393	3264)

* L = låg nivå, M = medelnivå, H = hög nivå

** med någon ADL-funktion i ULF

Bilaga 5

Tabell i. Andel ensamboende äldre och andel äldre med ADL-nedsättning bland de ensamboende samt hjälpgivare för ensamboende med hjälpbehov (ADL), efter kommuntyp (hemtjänstnivå) fördelad efter kommun (ej intervju-person), 2002/03*

	Kommuntyp, hemtjänstnivå			
	Lågkommun	Medelkommun	Höggommun	Alla
Procent av komm.	33	33	33	100
Procent m. hemtj.	<6,7	6,7-8,2	>8,2	8
Andel ensamboende	40	38	42	40
Befolkningsbas 1000	350	414	675	1444
N	(832)	902	1533	3267)
Andel med ADL-nedsättning av de ensamboende	21	25	31	27
Befolkningsbas 1000-tal	138	158	281	578
N	(339)	359	661	1359)
<i>Hjälpgivare</i>				
Endast anhörighjälp	37	47	36	38
Endast hemhjälp	31	20	23	23
Både-och	24	27	34	30
Ingendera**	7	8	8	8
Summa	100	100	100	100
Befolkningsbas 1000-tal	26	39	86	154
N	(80)	100	212	392)

*allt avser hemmaboende 65+

** men kan ha hjälp från andra källor

Källa: egna beräkningar på ULF

Bilaga 6

Ensam- och samboende äldre, efter ålder och kön, 1988/89 och 2002/03. Procent.*

		1988/89		2002/03	
		65+	80+	65+	80+
Ensamboende	Män	24	38	26	35
	Kvinnor	51	71	52	75
Samboende	Män	76	62	74	65
	Kvinnor	49	29	48	25
Befolkning	1000-tal	1409	280	1445	388
N		(3196	848)	(3267	999)

* Oavsett civilstånd, dvs. gifta + ”sambo”.

Multivariat analys av bruk av hemtjänst bland hemmaboende äldre 65+ 2002/03

Det har veterligen bara gjorts tre tidigare svenska analyser av användning av hemtjänst med multivariat teknik, med litet olika ansatser.

En studie av hemhjälp bland äldre 65+ i Stockholm 1976–77 använde diskriminantanalys (Sundström 1984). Vid den tiden hade 20 procent av dessa äldre hemhjälp. I en analys av 75+ gruppen i Tierps kommun 1986 hade 58 procent hemhjälp. Här var antalet hjälptimmar utfallsvariabeln och man använde regressionsanalys med beräkning av relativ risk av olika faktorer för utfallet (Thorslund, Norström & Wernberg 1991). En analys av riksrepresentativa data för hemmaboende i åldersgruppen 75+, använde också regressionsanalys med s.k. odds-ratios. I den studien hade 15 procent hemtjänst (Socialstyrelsen 2000). Samtliga studier fann att hög ålder, ensamboende och fysisk/psykisk nedsatthet innebar kraftigt höjd risk för att använda hemhjälp/hemtjänst.

I de två första analyserna var könsskillnaderna påtagliga: för män kunde hemhjälp kompensera att de var ensamboende, för kvinnorna handlade det om hjälp vid dålig hälsa. I den första studien ”skyddade” utbildning/högre samhällsklass i någon mån emot beroende av hemhjälp (den andra analyserade inte detta). I den sista studien hade i stort sett könsskillnaderna försvunnit, något som också olika tabellanalyser bekräftade. Det är tänkbart att omsorgsapparaten gynnade män med ”hushålls-handikapp” vid en tid när hemhjälp hade stor omfattning (1970–80-tal), men att så inte längre är fallet. Vi har ovan sett att skillnaderna i offentlig hjälp är ganska små könen emellan år 2002/03 (Tabell 3).

I en analys av dagens hemtjänst skall de tidigare studerade faktorerna användas, tillsammans med samhällsklass och utbildning, anhörighjälp samt nivån på hemtjänsten i den egna kommunen. (De exakta definitionerna av variablerna nedan.) Män och kvinnor får separata analyser. Först skall vi inspektera de enskilda korrelationerna i en bivariat analys.

Korrelationsmatris*

	Ålder	Utbildning	ADL	Kommunnivå	Samhällsklass	Ensamboende	Anhörighjälp	Har hemtjänst
Ålder	-	-.126	.347	.062	.039	-.144	.334	.270
Utbildning	-.223	-	-.084	.047	-.538	.052	-.083	-.075
ADL	.409	-.129	-	.042	.039	-.032	.792	.528
Kommunnivå	.010	.032	.064	-	-.044	.014	.025	.048
Samhällsklass	.143	-.444	.084	-.029	-	-.142	.042	.056
Ensamboende	-.361	.051	-.059	-.034	-.180	-	.013	-.190
Anhörighjälp	.331	-.124	.692	.041	.094	-.014	-	.294
Har hemtjänst	.378	-.115	.643	.064	.075	-.198	.352	-

*Män i övre, kvinnor i nedre halvan

Variabeldefinitioner

Diskreta variabler	Fördelning %
Hemtjänst	Ja/Nej 1/0 8/92
Hjälp av anhöriga: <i>hjälp med ADL-göromål</i>	Ja/Nej 1/0 17/83
Ensamboende	Nej/Ja 1/0 60/40
Socialklass*: <i>arbetare/medelklass och "överklass"</i>	1/0 54/46

* Företagare och lantbrukare har förts till respektive grupp, kvinnor som är/varit gifta till mannens socialklass.

Kontinuerliga variabler

ADL: antal ADL-göromål man ej klarar 0–7 (0 klarar allt och 7 klarar inget av: inköp – städning – matlagning – tvätt - i/ur säng - klä (av) sig - bada/duscha)

Utbildning: från folkskola till universitetsexamen i 12 nivåer

Kommunnivå: promille av 65+ med hemtjänst enligt officiell statistik, kontinuerlig 35,04–191,11.

Resultat

Det är samma faktorer (och i samma storleksordning) för män och kvinnor som samvarierar starkt med hemtjänstbruk: ålder, ADL som mått på fysisk funktionsförmåga och ensamboende. Ålder och ADL har större betydelse för kvinnorna, men intressant är att ensamboende har samma betydelse för män som för kvinnor idag, vilket inte var fallet i tidigare studier. Hjälp från anhöriga har, som vi sett tidigare, också ett tydligt, positivt samband med att

använda hemtjänst, men kan naturligtvis inte ses som en orsak till användning av hemtjänst, annat än indirekt genom anhörigas påtryckningar på den offentliga omsorgsapparaten. Den generella nivån på den egna kommunens hemtjänst har bara ett svagt positivt samband med användning av sådan hjälp. Items som skall fånga minnesproblem finns i ULF bara – och med stort bortfall – för gruppen 75+.

I övrigt visar korrelationsmatrisen ett starkt samband mellan nedsatt funktionsförmåga och anhörighjälp, särskilt för männen. Ålder har, för båda könen, starkt samband med anhörighjälp, funktionsförmåga och ensamboende (de två senare gäller särskilt kvinnorna).

Resultaten kan sägas bekräfta och något fördjupa vad som framkommit i tabellanalyserna: äldre använder hemtjänst därför att de har nedsatt funktionsförmåga och bor ensamma. De får ofta samtidig hjälp av anhöriga. Ingenta av dessa hjälpkällor påverkas av nivån på kommunens hemtjänst: denna kan snarare ses som ett gensvar på hur vanligt det är att äldre bor ensamma med nedsatt funktionsförmåga, något som varierar mellan kommunerna. En separat analys för var och en av de tre kommuntyperna (låg-mellan-hög hemtjänstnivå) visar i stort samma mönster, vilket tyder på att individbundna ”efterfrågefaktorer” snarare än kommunala ”utbudsfaktorer” avgör om äldre med hjälpbehov använder hemtjänst.

Regressionsanalys

Den ovan redovisade bivariata analysen ger ingen riktigt bra bild av hur de oberoende variablerna tillsammans påverkar om man har hemtjänst eller ej. De oberoende variablerna korrelerar ibland ganska högt med varandra, vilket försvårar överblicken i en bivariat analys.

För att få en uppfattning om vilken eller vilka av de variabler som påverkar om man har hemhjälp eller ej, har vi gjort en multivariat logistisk regressionsanalys. Som framgår av den bivariata analysen finns det nyansskillnader mellan mäns och kvinnors bruk av hemtjänst och tidigare undersökningar tyder på skillnader i mönstren av orsaksfaktorer mellan könen. Vi har därför analyserat män och kvinnor var för sig.

Som beroende variabel används således uppgiften om man har hemhjälp eller ej. Som oberoende variabler, alltså variabler som kan tänkas påverka (eller samspela med) den beroende variabeln har vi använt ålder, utbildningsnivå, socialklass (om man huvudsakligen har haft arbetaryrken eller ej) och vidare hjälp av anhöriga med ADL-göromål, ADL-problem, ensamboende och nivån på hemtjänst i intervjupersonens kommun (som en kontinuerlig variabel från lägsta till högsta procentuella nivå). Resultaten redovisas i Tabell i.

De ingående variablerna bidrar till 60 procent av variansen i hemtjänstanvändning för kvinnorna och 54 procent för männen (Nagelkerke $R^2 = 0,60$ respektive $R^2=0,54$). Det är alltså förhållandevis viktiga variabler, eftersom de förklarar ganska mycket av variansen. Störst betydelse har ensamboende som ökar risken (chansen) att ha hemtjänst 8–9 gånger. ADL-nedsättningar är också viktiga och ökar risken (chansen) ungefär 3 gånger. Denna variabel är egentligen alltför snedfördelad för att en regressionsanalys, men vi har valt att använda den i stället för en dikotom variabel (har/har ej ADL- pro-

blem) eftersom utfallsvariabeln konstruktionsmässigt är knuten till ADL-nivån: ingen utan ADL-nedsättning får hemtjänst och alla som använder hemtjänst har någon ADL-nedsättning. Ökad ålder bidrar något till ökat hemtjänstbruk för båda könen, men anhörighjälp har signifikant betydelse bara för männen. De generella kommunala variationerna i hemtjänstens nivå enligt den officiella statistiken saknar betydelse för användning av hemtjänst på individuell nivå, för både män och kvinnor.

Tabell i. Jämförelse mellan de som har respektive inte har hemtjänst med avseende på ett antal oberoende variabler.

Variabler	Kön	Oddsquot	Signifikansnivå*	Konfidensintervall
Ålder ^a	Man	1,103	***	1,056–1,152
	Kvinna	1,072	***	1,037–1,108
Utbildning ^a	Man	0,985	N.S.	0,962–1,008
	Kvinna	0,994	N.S.	0,997–1,011
Socialgrupp ^a	Man	1,069	N.S.	0,541–2,111
	Kvinna	0,987	N.S.	0,617–1,581
Anhörighjälp	Man	3,897	*	1,347–11,275
	Kvinna	1,386	N.S.	0,796–2,412
Ensamboende	Man	9,449	***	4,529–19,713
	Kvinna	7,729	***	4,141–14,426
Kommunnivå	Man	1,011	N.S.	0,997–1,026
	Kvinna	1,006	N.S.	0,995–1,017
ADL	Man	2,793	***	2,217–3,520
	Kvinna	3,024	***	2,542–3,598

a Ålder, utbildning och socialgrupp togs in i ett första block.

Signifikansnivå * p<0,05, *** p<0,001.

Det sistnämnda är intressant att jämföra med den tidigare engelska undersökningen. I den länkade man på samma sätt som i vår studie uppgifter ur GHS år 1980 (en motsvarighet till ULF) med data om personernas "local authority", dvs. uppgifter om "efterfrågan" respektive om "utbudet". Dock lyckades man bara identifiera den lokala hemvisten för 39 procent av intervjupersonerna, på grund av problem med lokal arrondering m.m. Fördelarna med den rumsligt enkla svenska administrationen framstår vid jämförelse i tydlig dager. Den engelska analysen visade att kommunala variationer i utbudet av hemhjälp och den enskildes kostnader för hjälpen påverkade om man använde den, något som således nästan inte är fallet i Sverige.