

Äldres levnadsförhållanden 1988–2002

Hälsa, funktionsförmåga och
vård- och omsorgsmönster

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 2004-123-23

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2004

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 2003, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att bearbeta uppgifter från SCB:s Undersökning av LevnadsFörhållanden (ULF) 1988/89 och år 2002. Syftet var att belysa utvecklingen av äldres levnadsförhållanden när det gäller hälsa, funktionsförmåga och vård och omsorgsbehov.

Ansvarig för arbetet och föreliggande rapport har varit *docent Bo Malmberg* och *professor Gerdt Sundström*, Institutet för Gerontologi, Hälsohögskolan i Jönköping. Författarna vill också tacka Ingrid Sjöberg och Lars Svensson, vid SCB, för välvillig hjälp med framtagningen av underlagsmaterialet.

Författarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Ulla Höjgård
Enhetschef
Äldreheten

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
<i>Data, metod</i>	8
Resultat	10
<i>Hushåll och boende</i>	10
<i>Familjesituation</i>	12
<i>Hälsa</i>	15
<i>Funktionsförmåga och funktionsnedsättningar 1988/89 och 2002</i>	18
<i>Vem hjälper de äldre? Hjälpmönster och balans mellan formell och informell omsorg</i>	22
<i>Hur når den offentliga omsorgen de äldre? Omsorgspanoramata</i>	26
Diskussion	29
Referenser	31
Bilaga	33

Sammanfattning

Med användning av SCB:s Undersökning av levnadsförhållanden (ULF) 1988/89 och år 2002 beskrivs och analyseras aspekter av äldres levnadsförhållanden med särskild betydelse för behov av vård och omsorg, dvs. främst boendeformer, hälsa och funktionsförmåga samt hur ansvarsfördelningen mellan staten och de anhöriga ser ut i praktiken.

Andelen ensamboende har knappast ökat under perioden, men andelen som bor med en partner enbart har ökat något, på bekostnad av andra hushållsformer. Generellt sett har de äldre ett ”tätare” socialt nätverk idag än tidigare, vilket rymmer med annan forskning. Ensamhetsupplevelser och önskan om mer kontakter förekommer, men är inte allmänt.

Den subjektiva hälsoupplevelsen är i stort oförändrad och möjligen något bättre år 2002 än 1988/89, uppgifter om långvarig sjukdom och nedsatt rörlighet visar inga större förändringar. Män rapporterar genomgående bättre hälsa och ett s.k. hälsoindex visar en svag tendens till förbättrad hälsa, vilket skall ställas mot höjd genomsnittsålder bland alla äldre och i den äldsta gruppen. Upplevd oro och ängslan har inte blivit vanligare.

Hur de äldre faktiskt klarar olika hushållsgöromål och den egna personliga omvårdnaden mättes med s.k. ADL-frågor. Totalt sett för alla dessa ADL-funktioner skedde en klar förbättring, för alla äldre och för de äldsta (80 år och äldre), utöver vad hälsosituationen och höjd ålder (ovan) låter förmoda. Trots ökande antal mycket gamla är *antalet hjälpbehövande* i befolkningen (även mycket gamla hjälpbehövande) ungefär oförändrat eller t.o.m. något mindre år 2002 än tidigare. Förbättringen av hälsan tycks dock inte ha skett i samma takt som före 1988/89.

Distinktionen mellan andel och antal hjälpbehövande har sin särskilda betydelse för den offentliga omsorgen: under perioden har allt färre – absolut och relativt – fått plats i ”särskilt boende” eller hemhjälp. Den offentliga omsorgen har dock krympt mindre än väntat om även service i form av färdtjänst m.m. beaktas. Äldreomsorgen når med detta vidare perspektiv många fler än om enbart ”särskilt boende” eller hemtjänst räknas med, men likväl färre år 2002 än 1988/89. Nedgången i offentlig hjälp har haft sin motvarighet i ökande insatser från anhöriga: partner (lika många män som kvinnor), barn (särskilt döttrar) och andra närstående. Balansen mellan privat och offentligt har förskjutits. Tänkvärt är att lika många gamla *ger* hjälp som tar emot hjälp av något slag.

Den offentliga hjälpen tycks av allt att döma nå dem som behöver den, ensam eller tillsammans med anhöriginnsatser, eftersom andelen som säger sig få för litet hjälp inte har ökat. Troligen har de äldre själva och även deras anhöriga anpassat sina förväntningar till vad som är möjligt att få, men det är också tänkbart att hemtjänstens kvalitet urholkats. Man finner nämligen allt färre som skulle vända sig till hemtjänsten vid ett kortvarigt hjälpbehov. Äldre i ”särskilt boende” har socialt sett blivit mer lika (ensamboende) äldre generellt, men deras funktionsnedsättningar var betydligt större 2002 än 1988/89. Sammanfattningsvis tycks samexistensen av offentlig omsorg och anhängigomsorg hittills ha tillgodosett äldres behov av hjälp och vård.

Bakgrund

Frågor om de äldres hälsa, hjälpbehov och ansvarsfördelningen för deras omsorg har diskuterats och undersökts alltmer intensivt under de senaste två årtiondena. Antaganden om hälsoutvecklingen spelar stor roll för framskrivningar av framtida resurs- och personalbehov (t.ex. Långtidsutredningen 1999/2000). Av mer officiella faktasammanställningar kan man peka på SCB:s återkommande monografier om pensionärer utifrån deras årliga ULF-data, där den senaste nu ligger några år tillbaka i tiden. En sammanfattning av den offentliga omsorgens läge finns i det s.k. Valfärdsbokslutet (SOU 2000:38). Av studier särskilt inriktade på formell och informell omsorg kan nämnas kartläggningarna 1994 och 2000, som dock enbart avsåg hemmaboende personer 75 år och äldre (Socialstyrelsen 1994 och 2000). För den nyligen avslutade utredningen Senior 2005 gjordes analyser av den informella omsorgens förutsättningar (Socialstyrelsen 2004). Bristen på aktuella uppföljningar av situationen för hela gruppen äldre och hur den utvecklats börjar dock kännas besvärande. Jämförbarheten är generellt god i SCB:s ULF-material och deras representativa urval borgar för att uppgifterna beskriver medborgarnas levnadsvillkor, som fångas huvudsakligen genom besöksintervjuer. Trots detta besväras ULF av ett bortfall, som tenderat att öka. Åren 1988/89 var det totalt i den äldre befolkningen (65+) 22 procent, år 2002 ca 28 procent (bland personer 65–84 år 27 procent, bland 85 år och äldre 30 procent). För närmare detaljer om dessa aspekter hänvisas till SCB:s reguljära rapportserie Levnadsförhållanden (SCB 1993 respektive personlig kommentar Ingrid Sjöberg, SCB)

Data, metod

I denna studie har vi använt en specialfil från SCB:s ULF (Undersökning av Levnadsförhållanden) avseende 1988/89 och år 2002, 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 med gängse statistiska metoder. Undersökningen 1988/89 baseras på ett urval av 3 583 personer som var 65 år eller äldre vid undersökningstillfället. Urvalet 2002 omfattade 1 759 personer ur samma åldersgrupp. SCB har konstruerat ett viktningssystem som justerar snedheter i urvalet och som leder till ökad precision i utfallen. Detta viktningssystem har vi utnyttjat. Man får observera att uppgifter om antal urvalspersoner inte kan omräknas till absoluta befolkningstal.

I enskilda tabeller kan summerad totalbefolkning variera något beroende på internbortfall, något som inte påverkar de beskrivna mönstren. Om inget annat uppges avses i det följande alla som är 65 år eller äldre oavsett boendeform, således inte enbart hemmaboende. Det skall påpekas att medelåldern i undersökningspopulationerna ökat drygt ett år från 1988/89 till 2002 från 74,5 till 75,7. Detta torde beaktas vid analyserna av t.ex. hälsa och funktionsförmåga.

Ett allmänt problem med att använda endast två ”mätpunkter” som det här är fråga om, är att man dels kan bli offer för ”skakighet” i data, dels riskerar

felskatta förändringars storlek och riktning. I någon mån har vi försökt motverka detta genom att på några punkter referera till resultat i andra undersökningar. Beträffande funktionsförmåga och rörlighet finns t.ex. uppgifter i 1975 års Pensionärsundersökning och, för att gå längre tillbaka, i den stora Åldringsvårdsundersökningen 1954, världens äldsta bevarade representativa studie av bl.a. dessa frågor. Ett försök till samlad värdering av utvecklingen 1988/89 och 2002 finns i den avslutande diskussionen.

Resultat

Hushåll och boende

Under 1990-talet minskade både antalet och andelen äldre i ”särskilt boende”, i alla åldersgrupper, enligt den officiella omsorgsstatistiken. Detta avspeglas också i ULF-uppgifterna. Med de vägningstal som SCB använder har antalet äldre i ”särskilt boende” minskat från ca 120 000 år 1988/89 till ca 105 000 år 2002, vilket ganska väl svarar mot uppgifter i den offentliga äldreomsorgsstatistiken. Antalet äldre personer 65+ ökade obetydligt och ligger på 1,5 miljoner, men antalet ”äldre-äldre” (80 år och äldre) ökade från drygt 350 000 till drygt 450 000 och de allra äldsta (90 år och äldre) från just över 40 000 till just över 70 000. Även i denna urvalsundersökning har detta medfört höjd medelålder.

Andelen och antalet äldre som bor ensamma i ”ordinärt boende” har inte ökat nämnvärt under den studerade tidsperioden, utan ligger stabilt på 37 procent. Andelen ensamboende totalt i befolkningen, om man medräknar dem som bor i ”särskilt boende”, är ca 44 procent. Ensamboendet kulminerade under det tidigare 1980-talet, eftersom befolkningsandelen ensamboende i ”ordinärt boende” dessförinnan ökade från ca 26 procent 1954 till 34 procent 1975 (SOU 1956:1 respektive SOU 1977:100). Medräknat de ”institutionsboende” var 40 procent av de äldre ensamboende 1975 (a.a.).

Samtidigt har andelen gifta/samboende som enbart lever med partnern ökat något, på bekostnad av övriga hushållsformer. Giftna och samboende likställs i det följande, de som inte lever med en partner kallas ensamstående, i enlighet med rådande SCB-praxis. Med ensamboende avses enpersons-hushåll. Andra boendeformer (”övriga”) än ensam eller boende med partner är ovanliga och minskande i Sverige och utgörs i den mån de förekommer (drygt 4 procent 1988/89, 2 procent 2002) till ungefär hälften av gifta äldre som bor med barn och ytterligare ungefär lika många ensamstående äldre som bor med barn (sammantaget ca 35 000 personer), vartill kommer en mindre grupp äldre som bor med syskon. Andra konstellationer är klart ovanliga. Hushållspanoramata visas i Tabell 1.

Tabell 1. Hushålls- och boendemönster för äldre i Sverige, 1988/89 och 2002. Procent.

År	I särskilt boende	Ensamboende	Enbart m. partner	Övriga	Summa	Befolkn. motsv.
1988/89	7,3	36,8	51,5	4,4	100	1 526 545
2002	6,8	37,1	53,8	2,3	100	1 543 237

Kort uttryckt finns bara tre vanliga hushållsformer för svenska äldre: gift (motsvarande), ensam eller i ”särskilt boende”. För ganska många torde detta även beskriva en sekvens av livsformer, i samma ordning och minst 30 procent av nyblivna ålderspensionärer kan räkna med att avsluta sitt liv i ”särskilt boende”.

Parrelationernas varaktighet är också av intresse: 1988/89 hade de varat i genomsnitt 42,7 år, 94 procent hade kunnat fira silverbröllop, 23 procent

guldbryllup och 1 procent hade levt samman 60 år eller mer. År 2002 fanns fler kortvariga relationer, vilket medförde att endast 90 procent kunnat fira silverbryllup, men samtidigt fler mycket långvariga band. Därför kunde 31 procent då ha firat guldbryllup och 3 procent hade levt ihop i minst 60 år. Den ökande spridningen i relationernas varaktighet hindrade inte att de i genomsnitt tenderade ha större varaktighet år 2002, med 43,4 år (*s*, det statistiska måttet standardavvikelse för variation kring medelvärdet var 10,2 år 1988/89 och 12,2 år 2002). Utvecklingen rimmar med bearbetningar av äktenskapsstatistiken, som visar att äldres äktenskap varar allt längre och att allt fler kan fira t.ex. guldbryllup (Sundström 2002).

I detta sammanhang kan också nämnas att sambo-relationer blivit allt vanligare även bland äldre. De ingår som nämnts i ovanstående tal, men ökade från 2,5 procent av alla äldre 1988/89 till 5,1 procent år 2002. Det var vanligare bland de yngre-äldre (65–79 år) än bland de äldsta, men har ökat över lag (3 respektive 0,9 procent 1988/89; 6,4 respektive 1,8 procent 2002). Samboende var också vanligare bland männen än bland kvinnorna, men har ökat bland båda (3,5 respektive 1,7 procent 1988/89 och 6,6 respektive 3,9 procent 2002). Vid det första tillfället motsvarade alla samboende äldre 38 000 personer, vid det senare 78 000 personer.

Ensamboendet ökar med åldern och särskilt för kvinnornas del, vilket visas i Tabell 2. Totalt bodde 43 procent av alla äldre ensamma 1988/89 mot 44 procent år 2002, i gruppen 80 år och äldre var andelen ensamboende 66 respektive 67 procent. Bland de yngre-äldre (65–79 år) hade andelen som bodde ensamma minskat från 36 till 33 procent.

Eftersom hushållskonfigurationerna är olika för män och kvinnor samt varierar med åldern har även detta analyserats i Tabell 2. Man kan också notera att de som bodde ensamma hade gjort så i genomsnitt i 15 år 1988/89 mot 16 år 2002. Under perioden hade spridningen kring genomsnittet minskat något, men spridningen var sned; de flesta hade bott ensamma högst 15–20 år, hälften i högst 10–12 år.

Tabell 2. Andel ensamboende bland äldre i Sverige, 1988/89 och 2002 efter kön och efter ålder. Procent.*

Ålder	1988/89			2002		
	Män	Kvinnor	Totalt	Män	Kvinnor	Totalt
65+	27	55	43	28	55	44
65–79	23	47	36	24	42	33
80+	45	77	66	42	81	67

* Med ensamboende avses personer som bor helt ensamma, oavsett förhållanden i övrigt. Där ingår således även äldre i "särskilt boende". Resterande är i huvudsak äldre som bor med partner (nedan), men även ett fåtal andra sammanboendeformer.

Änkor och änklingar hade bott ensamma kortare tid, eftersom ovanstående uppgifter inkluderar livslångt ogifta m.fl. Något oväntat visar det sig att änke-/änklingsstånd hade varat längre år 2002 än 1988/89. År 1988/89 hade änkorna bott ensamma i genomsnitt 12,3 år och änklingarna 8,3 år, år 2002 13,2 respektive 9,9 år. Detta avspeglar möjligen att änkor och änklingar har fått höjd överlevnad. Variationen i hur länge det varat minskade för änkorna men ökade för änklingarna (från *s* = 10,80 till 9,83 respektive från 7,73 till 8,52).

Familjesituation

En något vidare definition av familjesituationen är att samtidigt beskriva de äldres hushåll och om de har barn eller inte. Detta visas i Tabell 3. Av denna framgår bland annat att det blivit mindre vanligt att vara barnlös i alla boendeformer, vilket främst beror på att andelen barnlösa i den äldre befolkningen generellt minskat, från totalt 19 procent år 1988/89 till 15 procent år 2002. Tydligast är utvecklingen för äldre i ”särskilt boende”, historiskt var institutionsvård för äldre förbehållen främst ogifta och barnlösa gamla, som dessutom var fattiga. De som numera bor i dessa boendeformer har så stora funktionsnedsättningar att barnens ökande omsorgsinsatser kanske ändå i längden har svårt att klara situationen.

Tabell 3. Förekomst av barn efter hushållstyp, var för sig och totalt i befolkningen, Sverige 1988/89 och 2002. Procent.

Har barn	Hushållstyp								Summa befolkn. (1000-tal)
	Särskilt boende		Ensam-boende		Med partner*		Övriga		
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	
1988/89	68,1	30,8	72,1	27,5	88,7	11,8	56,4	42,7	1 518,9
<i>Av alla</i>	<i>5,0</i>	<i>2,3</i>	<i>26,6</i>	<i>10,2</i>	<i>45,4</i>	<i>6,1</i>	<i>2,5</i>	<i>1,9</i>	<i>100</i>
2002	80,9	19,1	70,0	20,9	90,3	9,6	82,9	17,1	1 514,5
<i>Av alla</i>	<i>5,5</i>	<i>1,3</i>	<i>29,3</i>	<i>7,7</i>	<i>48,7</i>	<i>5,2</i>	<i>1,9</i>	<i>0,4</i>	<i>100</i>

*med partner enbart

Drygt hälften – och fler än 1988/89 – av alla äldre har både partner och barn (i gruppen övriga ingår ett par procent gifta äldre med barn samt andra kombinationer). Det är också proportionsvis fler av de ensamstående som har barn idag än i slutet av 1980-talet; samtidigt framgår att en tiondel saknar både partner och barn. I stort rimmar dessa mönster med vad som framkommit i andra undersökningar (Socialstyrelsen 2004) och skildrar egentligen bara den senaste fasen av en historisk trend (Gaunt 1980).

Tabell 4. "Tillgång" på anhöriga/vänner för personer 65 år och äldre, efter kön, Sverige, 1988/89 och 2002. Procent.

Personen har: 1988/89				Män	Kvinnor	Alla	Befolkning
Partner	Barn	Syskon	Vän*				
Ja	Ja	Ja	Ja	29,4	20,8	24,5	353 509
Ja	Ja	Ja	Nej	22,3	8,6	14,5	209 268
Ja	Ja	Nej	Ja	5,5	5,3	5,4	78 036
Ja	Ja	Nej	Nej	5,0	1,5	3,0	43 803
Ja	Nej	Ja	Ja	3,2	2,8	3,0	43 302
Ja	Nej	Ja	Nej	2,7	1,0	1,7	25 224
Ja	Nej	Nej	Ja	1,3	0,6	0,9	13 294
Ja	Nej	Nej	Nej	0,8	0,7	0,7	10 535
Nej	Ja	Ja	Ja	8,9	23,2	17,0	246 055
Nej	Ja	Ja	Nej	5,3	10,6	8,3	120 184
Nej	Ja	Nej	Ja	1,5	6,1	4,1	59 373
Nej	Ja	Nej	Nej	1,7	3,7	2,9	41 439
Nej	Nej	Ja	Ja	5,7	6,9	6,4	92 625
Nej	Nej	Ja	Nej	4,0	3,2	3,5	51 164
Nej	Nej	Nej	Ja	2,1	3,1	2,7	38 389
Nej	Nej	Nej	Nej	0,5	1,7	1,2	16 993
<i>Totalt</i>				<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>1 443 195</i>

Personen har: 2002				Män	Kvinnor	Alla	Befolkning
Partner	Barn	Syskon	Vän*				
Ja	Ja	Ja	Ja	29,4	23,8	26,2	375 995
Ja	Ja	Ja	Nej	20,8	7,3	13,2	188 864
Ja	Ja	Nej	Ja	8,6	7,7	8,1	116 378
Ja	Ja	Nej	Nej	4,5	2,0	3,1	44 435
Ja	Nej	Ja	Ja	4,1	2,3	3,2	44 038
Ja	Nej	Ja	Nej	2,4	0,8	1,4	20 760
Ja	Nej	Nej	Ja	1,3	0,5	0,8	11 490
Ja	Nej	Nej	Nej	0,3	0,0	0,2	2 369
Nej	Ja	Ja	Ja	8,6	24,6	17,6	252 751
Nej	Ja	Ja	Nej	4,7	8,4	6,8	97 004
Nej	Ja	Nej	Ja	4,2	9,2	7,0	100 279
Nej	Ja	Nej	Nej	2,3	3,8	3,1	44 978
Nej	Nej	Ja	Ja	4,0	3,8	4,4	63 605
Nej	Nej	Ja	Nej	2,6	1,7	2,1	29 538
Nej	Nej	Nej	Ja	1,7	2,7	2,3	32 415
Nej	Nej	Nej	Nej	0,7	0,6	0,6	9 125
<i>Totalt</i>				<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>1 434 024</i>

* "Har Du någon riktigt nära vän som Du kan ta kontakt med och prata med om vad som helst?"

Undersökningarna tillåter oss också att ta vidare grepp på det som kallas socialt nätverk, dvs. olika släkt- och vänskapsrelationer. Detta visas i Tabell 4. Att beskriva alla konfigurationer låter sig inte göras, men vi noterar att en ökande andel har både partner och barn (47 respektive 51 procent). En oförändrad andel – 39 procent – har dessutom syskon. En minskande andel äldre

saknar både partner och barn: 14 respektive 9 procent. Det kan nämnas att denna andel för ett halvsekel (1954) sedan var 17 procent (SOU 1956:1 s. 257 Tabell 6, egen beräkning). Bland männen har 29 procent alla tre släktrelationerna och dessutom en nära vän, bland kvinnorna 24 procent (totalt 26 procent). År 2002 saknade 3 procent av de äldre alla dessa tre nära släktrelationer, mot 4 procent år 1988/89. Man kan också konstatera att 18 procent bara hade en enda anhörig (exklusive vän), vanligen barn. Knappt en procent har varken nära släkt eller en nära vän. Männen har genomgående fler nära anhöriga, främst beroende på att de oftare har en partner.

Det kan också nämnas att 79 procent av de äldre har barnbarn, i genomsnitt fyra till fem till antalet (84 procent av dem som *hade* barn; denna fråga ställdes inte 1988/89). Det innebär att de flesta äldre tillhör tre- eller flergenerationsfamiljer, något som också visades i en dansk studie där 77 procent av åldersgruppen 60 år och äldre tillhörde tre eller fyra generationer (EGV-Fonden 1988).

Givetvis säger dessa demografiska uppgifter ingenting om varken geografisk eller emotionell närhet inom nätverket. Andra studier visar dock förbluffande stor geografisk närhet för de flesta av dessa relationer och i synnerhet för barnen (Socialstyrelsen 2004), dvs. man inte bara "har" anhöriga, utan har dem ofta också i närheten. I ULF år 2002 hade 50 procent barn inom en mils omkrets, motsvarande 59 procent av dem som *hade* barn och en femtedel (21 procent) hade det närmast boende barnet inom en kilometers radie (25 procent av dem som *hade* barn). Samtidigt hade 17 procent sitt närmaste barn fem mil eller mer bort, 7 procent mer än 20 mil (20 procent respektive 9 procent av dem som *hade* barn).

Kontakterna med barnen är flitiga: två tredjedelar (67 procent) träffade personligen sina barn (beräknat på dem som *hade* barn) minst en gång i veckan 1988/89, år 2002 däremot 57 procent. Nedgången gällde inte äldre som bodde ensamma, dvs. kontaktvariationerna tycks inte ha att göra med eventuella behov av kontakt och omsorg utan avspeglar troligen andra sociala förändringar som inte kan analyseras här.

Ensamhetsupplevelser förekommer bland de äldre och särskilt bland dem som inte har någon partner. Uppgifter om ensamhet finns endast för år 2002, visade i Tabell 5. Totalt uppgav 12 procent av de äldre ensamhetskänsla "ibland", med önskan om mer kontakt, eller att de ofta-alltid kände sig ensamma. Bland de ensamstående var andelen 19 procent och bland personer med partner 7 procent. Av dem som hade barn uppgav 11 procent detta, av de barnlösa 15 procent, motsvarande andelar för dem som har syskon eller inte var 10 respektive 15 procent och för dem som hade en nära vän eller inte 9 respektive 17 procent. Med hänvisning till konfigurationerna i Tabell 4 kan man notera att en nära vän gör särskilt stor skillnad för ensamhetsupplevelsen bland dem som saknar både partner och barn.

I Tabell 5 analyseras frågan om ensamhet efter ett antal sociodemografiska faktorer. Män uppger oftare att de aldrig känner sig ensamma, främst på grund av att de oftare är gifta (motsvarande) och ensamboende äldre har klart oftare oönskade ensamhetsupplevelser, vilket även gäller de äldsta (80 år och äldre). Man kan vidare konstatera att äldre i "särskilt boende" betydligt oftare upplever ensamhet. Allt detta överensstämmer väl med resultat i andra studier av ensamhetsupplevelser.

För ett historiskt perspektiv kan det nämnas att 14 procent kände sig ensamma och önskade mer kontakt i riksundersökningen av äldre år 1954 (SOU 1956:1 s. 245) och i den nämnda Pensionärsundersökningen 1975

uppgav 8 procent att de ”ofta” kände sig ensamma (SOU 1977:100). Skillnader i frågekonstruktionen gör det svårt att se någon systematisk trend i ensamhetsupplevelser bland de äldre, men 69 procent kände sig dock ”aldrig ensam” 1975, mot 52 procent år 2002.

Tabell 5. Ensamhetsupplevelser bland personer 65 år och äldre, efter kön, boendestyp, ålder och boendeform, Sverige 2002. Procent.

	Män	Kv.	Ensam-boende	Sammanboende*	65–79	80+	Ordinärt boende	Särskilt boende	Totalt
Aldrig ensam	60	45	33	65	57	38	52	35	52
Ensam ibland men upplever det inte som ett problem	29	42	48	29	35	42	37	34	37
Ibland ensam och vill gärna umgås med människor	7	8	12	5	6	11	7	11	8
Känner sig ofta ensam	3	3	5	1	2	5	2	13	3
Känner sig nästan alltid ensam	1	1	2	1	1	3	1	5	1
<i>Summa</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

* Alla former av sammanboende, oavsett relation (96 procent med partner).

Hälsa

Data i ULF möjliggör en analys av de äldres subjektiva hälsoupplevelse som svar på frågan ”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”. Detta redovisas i Tabell 6 (uppgifterna avser alla äldre oavsett boendeform).

Tabell 6. Äldres subjektiva hälsa 1988/89 och 2002, efter kön. Procent.

Subjektivt hälsotillstånd	1988/89			2002		
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla
”Gott”*	56	50	52	59	54	56
”Mittemellan”/ ”Någorlunda”**	32	37	35	29	33	31
”Dåligt”***	12	14	13	13	14	13

* 2002 ”mycket gott” och ”gott”

** 1988/89 respektive 2002

*** 2002 ”dåligt” och ”mycket dåligt”

Trots att frågorna inte hade exakt samma svarsalternativ vid de båda undersökningstillfällena kan man troligen jämföra andelen som upplevde sitt hälsotillstånd som gott i ULF 1988/89 med dem som upplevde sitt hälsotillstånd som mycket gott eller gott i ULF 2002. En sådan jämförelse visar att andelen personer i åldrarna 65 år och äldre som ansåg att deras hälsotillstånd var gott ökade från 52 procent till 56 procent mellan åren 1988/89 och 2002. Andelen bland personer 65 år och äldre som menade att hälsotillståndet var dåligt var 13 procent vid båda undersökningstillfällena. Gruppen som uppper ”mittemellan” hälsa har krympt. Det är tveksamt om man kan se

någon generell förändring av den subjektiva hälsoupplevelsen, men andelen som uppgav god (subjektiv) hälsa tycks ha ökat något även bland de äldsta (80 år och äldre, visas inte här). Vid analysen av äldres funktionsförmåga och hälsa får man hålla i minnet att medelåldern i undersökningspopulationerna ökat drygt ett år från 1988/89 till 2002 (från 74,5 till 75,7, $s = 6,95$ respektive 7,47).

I ULF-studierna finns också mer direkta frågor om sjukdomar och rörlighet, vilket redovisas i Tabell 7. Den fullständiga frågan avser om man har "någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, något handikapp eller annan svaghet", som följs upp med anteckning om vad det rör sig om. (De senare uppgifterna har vi inte använt.) Långvarig sjukdom m.m. hade 69 procent av alla äldre 1988/89 och 71 procent år 2002.

En fjärdedel av befolkningen uppgav att de hade en sjukdom som i hög grad hindrade dem i deras sysselsättningar (26 respektive 25 procent), ungefär lika många var i någon mån hindrade (23 respektive 25 procent).

Rörelseförmågan graderades efter uppgifter i intervjun (se not Tabell 7). Full rörelseförmåga hade totalt i de två undersökningarna 70 respektive 73 procent, starkt nedsatt rörelseförmåga 20 respektive 21 procent.

Män hade vid båda tillfällena mer sällan långvariga sjukdomar och deras situation beträffande rörligheten var gynnsammare och har dessutom utvecklats på ett fördelaktigt sätt. De hade mer sällan starkt nedsatt rörelseförmåga och sjukdomar som hindrar sysselsättningar har blivit mindre vanliga hos männen men är oförändrat vanliga bland kvinnorna.

Tabell 7. Äldres sjukdomar och rörlighet 1988/89 och 2002, efter kön. Procent.

Sjukdomar/ rörlighet	1988/89			2002		
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla
<i>Har långvarig sjukdom</i>						
Ja	66	72	69	67	74	71
Nej	34	28	31	33	26	29
<i>Sjukdom som hindrar sysselsättning</i>						
I hög grad	26	27	26	22	27	25
I någon mån	21	24	23	24	25	25
Inte alls	53	49	51	54	48	50
<i>Rörelseförmåga</i>						
Full	75	67	70	80	67	73
Lätt nedsatt	9	11	10	6	7	6
Starkt nedsatt	16	23	20	14	26	21

År 2002 definierades "lätt nedsatt rörelseförmåga" som svårt att gå på buss och/eller att inte kunna promenera fem minuter i någorlunda rask takt. Svår nedsättning avsåg, förutom detta, att man använde gånghjälpmedel eller personlig hjälp inom- och/eller utomhus.

Dessa frågor, tillsammans med den subjektiva hälsoupplevelsen bygger upp ett "hälsoindex" som använts av SCB i dess rapporter. Man har här således adderat de olika faktorerna till ett index, där *högre värden avspeglar bättre hälsa*. Detta hälsoindex visas i Tabell 8, där det också framgår att fler kvinnor har svår ohälsa, medan fler män har full hälsa. Totalt har en fjärdedel "full hälsa" och en sjättedel "svår ohälsa", mätt på detta sätt.

Tabell 8. Hälsoindex för alla äldre 1988/89 och 2002, efter kön. Procent

Hälsoindex	1988/89			2002		
	Män	Kvinnor	Alla	Män	Kvinnor	Alla
1. Svår ohälsa	16	19	18	13	20	17
2. Måttligt svår ohälsa	20	24	23	21	21	21
3. Lätt ohälsa	33	33	33	37	37	37
4. Full hälsa	30	24	26	28	22	25
<i>Summa</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Man kan skönja en svag tendens till förbättrad hälsa i varje åldersgrupp, särskilt tankeväckande naturligtvis när det gäller de äldsta, även om förbättringarna är små. Vi erinrar här åter om att intervjupersonerna var i genomsnitt nästan ett år äldre år 2002 än de var 1988/89. Man kan vidare notera att detta hälsoindex har ett påtagligt samband med nedsatt ADL-förmåga, vilket visas i Tabell 9.

Tabell 9. Hälsoindex för alla personer 65 år och äldre 1988/89 och 2002, efter ålder. Procent.

Ålder	Hälsoindex									
	1988/89					2002				
	1	2	3	4	S:a	1	2	3	4	S:a
65-79	14	21	35	31	100	11	20	30	40	100
80+	33	27	28	13	100	32	25	30	14	100
Totalt	18	23	33	26	100	17	21	37	25	100

Vid båda undersökningstillfällena ställdes också frågor om specifika sjukdomar eller besvär, däribland om man upplevde ängslan eller oro. Svartalternativen var "svåra" respektive "lätta" besvär eller att man inte alls hade ett visst besvär.

År 1988/89 hade 2 procent av männen svåra besvär, jämfört med 6 procent av kvinnorna, dessutom hade 8 respektive 20 procent lätta besvär. År 2002 uppgav 3 procent av männen "svåra besvär", mot 6 procent av kvinnorna och 14 respektive 22 procent lätta besvär. Möjligen har det skett en viss ökning av besvär med oro/ängest: totalt ökade andelen med någon form av besvär från 20 till 24 procent.

En annan fråga avsåg oro över egen hälsa, som visade samma skillnad mellan könen men motsatt utvecklingstendens, med färre oroade år 2002 än 1988/89 (totalt 29 respektive 24 procent).

Det är svårt att se någon särskild tendens i dessa mönster, förutom ett starkt samband med ovanstående hälsoindex: räknat från position 1 till 4 var andelen som kände oro/ängslan (mer eller mindre) 46, 32, 18 respektive 8 procent (2002).

Ohälsa avspeglas i oro och ängslan hos de drabbade. Detsamma gäller oro över hälsan och den gjorde det mer 2002 än 1988/89. Intressant är också att oro av båda slagen har ett starkt samband med upplevd ensamhet (ovan): de som kände sig ensamma hyste också mycket oftare oro/ängslan och oro för hälsan.

Funktionsförmåga och funktionsnedsättningar 1988/89 och 2002

Att mäta funktionsförmåga har tradition inom äldreforskningen och har i allmänhet gjorts med frågor om hur man klarar av olika göromål, ofta kallat ADL (Aktiviteter i dagligt liv). Det har efter hand visat sig att svaren på dessa frågor kan vara könsstereotypa eller ha annan social laddning, t.ex. skiftande normer för mathållning, städstandard m.m. Dessutom kan funktionsförmågan påverkas av teknikutveckling; således har introduktionen av "nigande bussar" gjort det omöjligt att jämföra en fråga i ULF-materialen om hur man klarar att gå på en buss.

Trots dessa begränsningar tycks det uppenbart att äldres förmåga att klara vissa hemsysslor har förbättrats sedan början av 1950-talet. Många hade då problem med att klara vardagssysslor och bodde ofta omodernt, vilket troligen också påverkade deras funktionsförmåga (se SOU 1956:1). Utvecklingen under senare år är mer svårbedömd; i Socialstyrelsens undersökningar av äldres levnadsförhållanden med representativa urval personer 75 år och äld

re boende i vanliga bostäder 1994 och 2000 fann man inga mer påtagliga förändringar i vilka hemsysslor undersökningspersonerna behövde hjälp med. De sysslor man oftast uppgav sig behöva hjälp med var städning, tvätt, matinköp, bad/dusch och matlagning (Socialstyrelsen 1994 och 2000).

En något längre tidsperiod och avseende *alla* äldre, således även de som bor i "särskilt boende", beskrivs i Tabell 10 för de sju s.k. ADL-funktioner som täcktes vid båda undersökningstillfällena. De första fyra avser s.k. instrumentell ADL (IADL), de senare tre s.k. personlig ADL (PADL), motsvarande vanliga moment i det som inom hemtjänsten kallas 'service' respektive personlig omvårdnad. I Tabell 10 visas också ett summerat s.k. ADL-index över hur många som behöver hjälp med ingen, en eller upp till alla sju ADL-funktionerna.

Tabell 10. Hjälpbehov med vardagssysslor för personer 65 respektive 80 år och äldre, 1988/89 och 2002. Procentandel som uppger hjälpbehov.

Behöver hjälp med	Alla äldre				Hemmaboende			
	1988/89		2002		1988/89		2002	
	65+	80+	65+	80+	65+	80+	65+	80+
IADL								
Matinköp	22	51	21	43	18	43	16	32
Matlagning	14	35	14	30	10	25	9	18
Tvätten	25	57	18	39	20	50	13	27
Städning	28	63	22	48	23	56	17	37
PADL								
Stiga upp/lägga sig	4	11	5	12	2	4	2	3
Klä av/på sig	5	14	5	13	2	5	2	4
Bada/duscha	10	29	9	22	6	17	5	10

ADL-index*	0	1	2	3	4	5	6	7	S:a	Ge- nom- snitt	s
65+ 1988/89	65	9	7	6	4	4	1	4	100	1,1	1,9
2002	73	7	4	3	3	4	1	5	100	0,9	1,9
80+ 1988/89	27	15	13	12	9	11	4	10	100	2,6	2,3
2002	47	10	7	7	7	9	2	11	100	2,1	2,5

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

För flertalet ADL-funktioner har det skett förbättringar i hela den äldre befolkningen under perioden 1988/89 till 2002 och i några avseenden är situationen oförändrad. De hemmaboende uppvisar förbättrad IADL avseende alla praktiska göromål (som ULF frågar om). Speciellt anmärkningsvärd är förbättringen för den äldre gruppen (80 år och äldre) beträffande praktiska hushållsgöromål. När det gällde personlig omvårdnad (PADL) var andelen hjälpbehövande snarast konstant, med undantag för bad/dusch, som fler uppgav sig klara år 2002. Dessa senare funktioner är sannolikt opåverkade av sociala omvärldsförändringar, medan funktioner i hushållet kan tänkas bli påverkade av höjd bostadsstandard och ändrade förväntningar till följd av minskad offentlig hjälp m.m.

I det samlade ADL-indexet visar det sig att de flesta äldre – och allt fler – inte hade något hjälpbehov alls, både 1988/89 och 2002 (65 respektive 73 procent). För hela gruppen äldre har genomsnittsvärdet minskat svagt, från 1,1 till 0,9 och variationsbredden var oförändrad ($s = 1,9$). En tiondel hade stora hjälpbehov vid båda tillfällena, om man med detta avser dem som behövde hjälp även med PADL. Motsvarande förbättringar, men på en lägre nivå, gällde gruppen äldre-äldre (80 år och äldre). För dem sjönk det genomsnittliga antal sysslor man behövde hjälp med från 2,6 till 2,1 och ungefär en femtedel hade stora hjälpbehov vid båda tillfällena. Att andelen som inte behövde hjälp alls ökat från 27 procent till 47 procent är anmärkningsvärt: frågan är hur mycket av detta som är reellt förbättrad hälsa, vad som avspeglar gynnsamma miljöfaktorer och vad som är minskad anspråksnivå.

Det är möjligt att jämföra flera av dessa ADL-funktioner med äldre uppgifter. I den stora Pensionärsundersökningen 1975 befanns det, med likartade frågor, att 25 procent inte klarade matinköp, 27 procent inte matlagning, 35 procent inte (små)tvätt, 42 procent inte städning samt att vardera 10 procent inte klarade på-/avklädning eller personlig hygien (SOU 1977:100 Tabell 4.53). Dessa uppgifter tyder på en avsevärt snabbare funktionsförbättring under perioden fram till 1988/89 än under de 13 till 14 åren därefter. I vad mån detta berodde på den höjning av bostadsstandarden som skedde under den perioden, hur mycket som avspeglade ”sant” förbättrad funktionsförmåga och i vad mån det handlar om demografiska förskjutningar är svårt att avgöra, men år 1975 fanns 225 000 personer 80+ bland totalt 1 251 000 äldre, 1988 fanns 345 000 mycket gamla (80+) av en och en halv miljon gamla. Även under perioden 1975–1988/89 steg de äldres genomsnittsålder (från ungefär 73,9 år till 74,5).

Hjälpbehov med de s.k. ADL-funktionerna kan komprimeras till en tredelning, för dem som inte har några hjälpbehov alls, de som bara behöver hjälp med IADL samt de givetvis betydligt färre som också behöver hjälp med PADL. Detta redovisas i Tabell 11, som avser enbart hemmaboende äldre.

En ökande andel av den hemmaboende äldre befolkningen har inga hjälpbehov alls: 1988/89 var de 70 procent, 2002 78 procent och samtidigt har en krympande andel stora hjälpbehov. I befolkningstermer minskade antalet äldre med uppgivna hjälpbehov för (dessa) ADL-sysslor från ca 450 000 till ca 310 000. Av de hjälpbehövande var båda åren en minoritet – ungefär en femtedel – i stort behov av hjälp (behöver hjälp med både IADL och PADL). Intressant är att den äldsta gruppen, personer 80 år och äldre, haft en ännu gynnsammare utveckling, mätt med detta ADL-mått. Det ligger nära till hands att förknippa minskad rapportering av ADL-behov med minskade hemtjänstinsatser (nedan), men det är ovisst i vad mån människors uttryckta hjälpbehov direkt avspeglar förändringar i den offentliga omsorgen. Lika tänkbart är att det handlar om förändrade – lägre – normer för vad som är godtagbar städning, mathållning m.m. För personlig vård var förbättringen av ADL mer blygsam och avsåg bad/dusch. Omgivningsfaktorer som förbättrade hygienutrymmen m.m. kan också påverka de uttryckta ADL-behov och därmed hur ofta det är aktuellt med hemtjänst för hushållsgöröml och för personlig vård (Tabell 13).

Tabell 11. Sammanfattande hjälpbehov med vardagssysslor för hemmaboende personer, 65 respektive 80 år och äldre, 1988/89 och 2002. Procentandel med hjälpbehov.

Behöver hjälp	1988/89	Befolkning	N	2002	Befolkning	N
65+						
Inte alls	69,7	980 186	2 081	78,4	1 126 536	1 227
Enbart IADL	24,0	336 659	844	16,9	242 516	297
Både IADL och PADL	6,3	88 454	259	4,8	68 485	85
80+						
Inte alls	30,6	86 250	78	56,8	212 665	258
Enbart IADL	51,1	144 126	172	32,6	122 266	167
Både IADL och PADL	18,3	51 541	75	10,6	39 785	54

I Tabell 12 visas det ovannämnda hälsoindexets starka samband med det förenklade ADL-indexet. Förändringarna över tid är ganska små men kan tolkas positivt, särskilt om man beaktar den ökade medelåldern hos gruppen.

Tabell 12. Hälsoindex och ADL-situation för personer 65 år och äldre 1988/89 och 2002. Procent.

ADL-index (behöver hjälp)	Hälsoindex									
	1988/89					2002				
	1	2	3	4	S:a	1	2	3	4	S:a
Inte alls	3	13	26	24	66	3	14	32	24	74
Endast IADL	8	8	6	2	24	7	5	4	1	17
Både IADL och PADL	7	2	1	-	11	7	2	1	-	9
Summa	18	23	33	26	100	17	21	37	25	100

Utvecklingen för äldre i "särskilt boende" är också av intresse: vid undersökningsperiodens början 1988/89 behövde 14 procent av dessa äldre inte hjälp med vare sig IADL eller PADL, år 2002 endast 7 procent. Hjälp med enbart IADL hade 19 respektive 21 procent och hjälp med både IADL och PADL 67 respektive 72 procent (antal 372 respektive 150). Uppgifterna baseras på ganska små basalar och får tolkas försiktigt, men tyder på att en minskande grupp av äldre i "särskilt boende" inte hade några ADL-nedsättningar alls och att fler var starkt drabbade år 2002, något som rimmade med andra iakttagelser av den generella utvecklingen. Nationella uppgifter om funktionsförmåga och hjälpbehov bland äldre som flyttar till särskilt boende saknas, men upprepade studier i Sundsvalls kommun sedan början av 1980-talet har visat att funktionsnedsättningarna bland inflyttare till särskilt boende ökade påtagligt åtminstone fram till 1999 (Socialstyrelsen 2003).

Vem hjälper de äldre? Hjälpmönster och balans mellan formell och informell omsorg

En undersökning baserad på Socialstyrelsens kartläggningar år 1994 och år 2000 har beräknat att den offentliga hjälpen svarade för 40 procent av den totala hjälpvolymen bland äldre som bodde i vanliga bostäder år 1994, men att den andelen hade sjunkit till 30 procent år 2000. Man fann också att de äldre som fick hemtjänst år 2000 var generellt sett skröpligare än 1994, de fick dessutom färre hjälptimmar vid ett givet behov (Socialstyrelsen 2000; Sundström, Johansson & Hassing 2002). Under en ganska kort tid har stora förändringar skett i balansen mellan den offentliga omsorgen och den privata, främst den informella. Även marknaden i form av köpt, privat hjälp tycks ha ökat (Socialstyrelsen 2000).

Mönster för omsorgen kan analyseras för de äldre som har hjälpbehov enligt ovan. I Socialstyrelsens kartläggningar och i ULF 1988/89 klarlades för varje ADL-funktion vem som gav hjälp, i ULF 2002 fanns däremot endast en sammanfattande fråga om vem/vilka som över huvud taget gav hjälp med ADL, redovisat i Tabell 13. Tyvärr saknas i ULF-materialet uppgift om antal timmar hemtjänst.

Tabell 13. Hjälpgivare för hemmaboende äldre (65 år och äldre) med hjälpbehov, 1988/89 och 2002. Procent.

Hjälpbehov	Närstående	Hemtjänst	Annan*	Summa (flera svar kunde ges)
1988/89				
Enbart IADL	70	33	11	114
IADL/PADL	74	56	12	142
2002				
Enbart IADL	82	28	13	123
IADL/PADL	77	63	5	145

* Begreppet 'Annan' är inte helt jämförbart i de två undersökningarna. Befolkningsmotsvarighet och N (antal): se Tabell 11.

Närstående – vanligen maka/make och/eller barn – dominerade omsorgspanoramats vid båda tidpunkterna, men mer eftertryckligt år 2002. Personer med stora hjälpbehov (PADL) hade både 1988/89 och år 2002 oftare hemtjänst än de som bara behövde hjälp med 'service'. Det var proportionsvis något färre som fick offentlig hjälp med hushållsgöromål år 2002, vilket rimmar med andra studier. Den lilla grupp som även behövde hjälp med personlig vård fick lika ofta hemtjänst år 2002 som 1988/89. En specialanalys av det ovannämnda ADL-indexet visar att även på varje enskilt ADL-trappsteg är andelen med hemtjänst oförändrad (Bilaga). Däremot vet vi inte hur *mycket* hjälp (antal timmar) man får på respektive behovsnivå.

En närmare granskning av de ovannämnda Socialstyrelseundersökningarna 1994 och 2000 visade att närstående, i synnerhet döttrar eller andra kvinnor, tar ett allt större ansvar för hushållsuppgifter och att den offentliga hemtjänsten kraftigt begränsat sitt åtagande. De som hade ekonomiska förutsättningar anlitate i viss grad betald hjälp, men i vad mån marknadslösningar expanderat är svårbedömt eftersom svarsalternativen inte var identis

ka i det avseendet i undersökningarna. Resultaten motsäger i varje fall inte en viss sådan ökning.

Ifråga om personliga omvårdnadsinsatser har bortfall av offentlig hjälp inte skett på samma sätt som för 'serviceinsatser' (hushållsgöromål), men man bör betänka att detta vid varje tillfälle handlar om en ganska liten grupp i den hemmaboende, äldre befolkningen. De var ca 90 000 år 1988/89 och ca 70 000 år 2002.

År 1988/89 uppgav totalt 11 procent av alla hemmaboende äldre att de hade kommunal hemtjänst och år 2002 8 procent, vilket rimmar ganska väl med den offentliga hemtjänststatistiken, som visar ungefär samma minskning. Denna statistik kan inte visa hur hjälpen fördelas hushållsvis, men av föreliggande undersökningar framgår att minskningen främst berörde sammanboende äldre: 1988/89 hade 5,1 procent av dessa hemhjälp, 2002 endast 2,9 procent. Bland ensamboende äldre var nedgången proportionsvis något mindre, från 19,9 procent till 15,1 procent. Trots detta var andelen äldre som ansåg att de fick för litet hemtjänst låg båda åren: år 1988/89 2 procent av alla äldre, år 2002 1 procent. Av dem som *hade* hemtjänst ansåg 20 respektive 14 procent att den var otillräcklig (åter enbart hemmaboende äldre).

Mer i detalj visas hjälp av anhöriga respektive offentlig hjälp (hemtjänst) och eventuell överlappning dem emellan i Tabell 14. Man bör observera att för denna jämförelse nyttjas ULF 1988/89 och Socialstyrelseundersökningen år 2000 och enbart för åldersgruppen 75 år och äldre. Detta beror på att ULF 2002 använde ett annat frågebatteri för vem som gav hjälp än 1988/89 och dessvärre inte helt jämförbart. I undersökningen år 2000 var 75 år och äldre urvalspopulation.

Totalt sett minskade andelen med hemtjänst kraftigt bland dessa äldre, från 22 till 15 procent, samtidigt som andelen med informell hjälp minskade något (38 respektive 36 procent). Det senare berodde på (ovan) att färre behövde hjälp med ADL-sysslor. Om förändringarna i stället relateras till dem som behövde hjälp – som ju minskat något – framgår det att anhöriginnsatserna relativt sett ökat och "vägt upp" den krympande offentliga hjälpen. Det vore emellertid fel att enbart se det hela som ett "utbyte", eftersom hjälpinsatserna delvis överlappar och delvis avser olika slag av hjälp. Andelen med överlappande hjälp har dock minskat och fler förlitar sig enbart på hjälp från anhöriga: 27 procent år 1988/89 och 29 procent år 2000. En motsvarande jämförelse på Socialstyrelsens undersökningar 1994 och 2000 visade snarlika mönster (Sundström, Johansson & Hassing 2002).

Bland sammanboende personer 75 år och äldre var hemtjänst klart ovanligare än bland de ensamboende, men har minskat i båda grupperna. I utgångsläget hade 11 procent av de sammanboende männen hemtjänst mot 15 procent av sammanboende kvinnor, år 2002 hade endast 5 procent av dessa män hemtjänst, mot 8 procent av kvinnorna.

År 1988/89 hade 36 procent av de ensamboende männen hemtjänst och 29 procent av de ensamboende kvinnorna, år 2002 var andelarna 20 procent respektive 23 procent, minskningen var således mer markant för männen än för kvinnorna.

Tabell 14. Hjälpmönster för hemmaboende äldre, 75 år och äldre, 1988/89 och 2000¹⁾, efter hushållstyp och kön. Procent.

Hjälp	Ensamboende				Sammanboende*				Alla	
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		1988	2000
	1988	2000	1988	2000	1988	2000	1988	2000		
Endast informell hjälp	21	12	15	15	42	46	33	39	27	29
Endast hemtjänst	22	11	16	9	4	2	4	3	11	8
Båda	14	9	13	14	7	3	11	5	11	7
Ingetdera	43	68	55	62	47	49	52	54	51	56
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	185	181	546	662	611	381	238	242	1 580	1 466

* Oavsett relation.

Not: Hjälp avser insats med en eller flera av ADL-funktionerna inköp/matlagning/städning/tvätt och/eller komma i-ur säng/klä (av) sig/bad-dusch. Med informell hjälp avses hjälp av släktingar och/eller av granne eller god vän/bekant. De som har varken formell eller informell hjälp är huvudsakligen personer som inte behöver hjälp, men också ett fåtal som inte får den hjälp de behöver samt ett antal som anlitar privat, betald hjälp (2000) och/eller löser behovet "på annat sätt".

1) Källa: Socialstyrelseundersökningen 2000 (se Socialstyrelsen 2000).

Intervjupersonerna fick i båda undersökningarna ta ställning till vem man skulle vända sig till för att få hjälp om man skulle bli sjuk och sängliggande en vecka. Svaren på denna något hypotetiska fråga återges i Tabell 15. Uppenbarligen avspeglar de ganska väl de äldres hushållsform, även om svarsalternativen dessvärre inte var helt enhetliga i de två undersökningarna. Totalt sett skulle 31 procent ha vänt sig till anhöriga, grannar m.fl. utanför hushållet år 1988/89, vilket ökade till 37 procent år 2002. Att söka hjälp av offentliga instanser var allt mer sällan aktuellt (12 respektive 8 procent).

Svarsmönstren för de sammanboende visar åter partners betydelse: 1988/89 skulle 89 procent av sammanboende män ha bett partnern om hjälp; motsvarande andel för kvinnorna var 79 procent. År 2002 var motsvarande andelar högre för både män och kvinnor, nämligen 92 respektive 84 procent (vid båda tillfällena ingår ett fåtal "annan hushållsmedlem"). Få bland de sammanboende skulle ha förlitat sig på annan anhörig och än färre på offentlig hjälp.

Bland de ensamboende såg mönstret helt annorlunda ut: de flesta skulle ha sökt hjälp av barn (år 2002 20 procent son, 30 procent dotter) och fler skulle också ha vänt sig till andra anhöriga. (Frågan om i vad mån detta beror på "tillgång" på respektive anhörig utreds inte i detta sammanhang.) Fler bland de ensamboende skulle ha anlitat hemtjänst (inklusive hemsjukvård), men det svarsalternativet har dock krympt, från 25 procent 1988/89 till 15 procent 2002.

Tabell 15. Primär hjälpperson vid en veckas sjukdom med sängläge, hemmaboende äldre 65 år och äldre, 1988/89 och 2002, efter hushållsform. Procent.

Primär hjälp- person	1988/89			Primär hjälp- person	2002		
	Ensam- boen- de	Sam- boen- de*	Sum- ma		Ensam- boen- de	Sam- boen- de*	Summa
Partner	-	84	51	Hushållsmedlem	-	89	54
Annan hushållsmedlem	-	5	3	-			
Nära släkt utanför hushållet	45	6	21	Son*	20	4	10
				Dotter*	30	3	14
Annan släkt, granne, vän*	24	1	10	Annan släkt*	11	1	5
				Bekant/vän*	19	1	9
Hemtjänst	23	3	11				
Distriktssköterska	2	..	1	Kommunen**	15	3	8
Annan	1	Annat privat
				Annan	1
Har ingen att vända mig till	5	..	2	Har ingen att vända mig till	4	..	2

* utanför hushållet

** hemtjänst, hemsjukvård

Not: Med samboende avses här alla personer i samma hushåll, oavsett relation (96 procent är dock en partner). Tal som avrundade är noll anges med .. Vissa kolumner summerar inte till 100 på grund av avrundningar.

Ett fåtal trodde sig stå helt utan hjälpmöjlighet: av de ensamboende 5 procent 1988/89 och 4 procent 2002, motsvarande 2 procent av alla äldre båda åren eller 28 000 respektive 25 000 personer. Det kan vara intressant att jämföra med en äldre uppgift: år 1954 uppgav 12 procent av de ensamboende "äldringarna" (67 år och äldre) i ovannämnda riksundersökning att ingen kunde hjälpa dem vid hastigt påkommen sjukdom, motsvarande 3 procent av alla äldre eller ca 20 000 personer av totalt drygt 600 000 gamla vid den tiden. Problemet var då vanligare i stadsmiljö än på landsbygden (SOU 1956:1 s 264 Tabell 28).

Att döma av detta står inte proportionsvis fler gamla idag än tidigare utan hjälp i ett krisläge, däremot tycks det ha skett en förskjutning i vem som ger hjälpen vid kortvariga hjälpbehov. Mönstren för detta i Tabell 15 liknar i stort dem man fann i riksundersökningen 1954 och i Socialstyrelsens undersökningar 1994 och år 2000, men de senare visade inte samma nedgång i alternativet hemtjänst vid den här typen av mer kortvariga hjälpbehov. Vid långvariga, intima och "tunga" hjälpbehov vill dock de flesta helst ha offentlig hjälp (Socialstyrelsen 1994 och 2000).

De två vanligaste hjälpkällorna är utan jämförelse makan/maken och barnen. Så länge en hjälpbehövande äldre person är gift (motsvarande), klarar man sig i allmänhet med hjälp från partnern, vare sig den kompletteras av offentlig hemtjänst eller inte. Som just framgått, var detta offentliga komplement inte särskilt omfattande 1988/89 och har därefter minskat. Frågorna i ULF om hjälp till partner och andra hade tyvärr inte exakt samma utformning i båda undersökningarna, men förefaller rimligt jämförbara. År 1988/89 uppgav totalt 51 000 gamla att de själva svarade för "vård och tillsyn" av partner; frågan avsåg då en person som "krävt daglig tillsyn eller

vård under de senaste tre månaderna”. År 2002 var antalet 60 000, med en fråga som avsåg att man ”hjälp regelbundet en person som är gammal, sjuk eller handikappad”.

Vid båda tillfällena var det ett nästan lika stort *antal* gamla män som rapporterade att de hjälpte sin fru (23 000 respektive 28 000) som *antal* kvinnor som rapporterade att de hjälpte sin make (28 000 respektive 31 000).

Eftersom färre kvinnor är gifta blir *andelen* hjälpgivare något högre bland dem (båda åren män 5 procent, kvinnor 7 procent), vilket rimmar med resultat i riksundersökningen av personer 75 år eller äldre år 2000. Då var det 4 procent (totalt 30 000 personer) som vårdade en make/maka, ungefär lika fördelat mellan könen. Liknande resultat har framkommit i andra undersökningar (Busch Zetterberg 1996). En ny dansk undersökning av äldres förväntningar på vem som skall ge hjälp – familjen eller staten (hjemmehjelpen) – visar i stort sett samma mönster, även om fler gamla i Danmark än i Sverige skulle vända sig till hemtjänsten. Detta kan ha att göra med en något högre nivå för den formen av service i Danmark (nedan) (Colmorton m.fl. 2003).

Många äldre hjälper någon och det även *utanför* det egna hushållet, med samma kriterium som ovan. Dessa äldre är faktiskt betydligt fler än de som ger hjälp i det egna hushållet. Det handlade 2002 om totalt 313 000 äldre personer som gjorde detta, oavsett var mottagaren av omsorgen befann sig, motsvarande 22 procent av hemmaboende äldre, åter med små könsskillnader. Proportionsvis 23 procent av männen och 21 procent av kvinnorna var hjälpgivare (145 000 män, 168 000 kvinnor) (1988/89 ställdes inte denna fråga). Också andra undersökningar visar att omsorg oftare sker utanför än i det egna hemmet (a.a.), i varje fall i Norden. Det kan vara värt att uppmärksamma att många äldre – ungefär en av fyra! – är *givare* av omsorg och att de är nästan lika många som de som behöver och tar emot omsorg.

Hur når den offentliga omsorgen de äldre? Omsorgspanoramata

Tidigare analyser har visat att den offentliga hemtjänstens nivå minskat och att det krävs större funktionsnedsättning innan man söker/får sådan hjälp (Socialstyrelsen 2000). I detta material verkar det snarare som att allt fler klarar ADL-behovet såpass väl att detta i sig förklarar den minskande hemtjänsten (Tabell 11, 13, Bilaga). Som nämnts saknar vi dock uppgifter om antalet hjälptimmar på olika ADL-nivåer.

Man måste vidare konstatera att de två traditionellt beaktade omsorgsformerna, ”särskilt boende” och hemtjänst, ingalunda täcker all offentlig äldreomsorg (Socialstyrelsen 2000; Johansson & Sundström 1999). Om man också tar hänsyn till färdtjänst och andra stödformer till hemmaboende äldre framgår att den offentliga omsorgen når många fler: minst dubbelt fler tycks ha *någon* form av insats i det egna hemmet än vad som framgår av uppgifter om den ”rena” hemtjänsten. Med detta avses här det som kallades hemhjälp när den hjälpsformen etablerades för äldre på 1950-talet. Det handlade då om hjälp med praktiska vardagssysslor och personlig omvårdnad, något som frågorna i ULF också gör klart att det handlar om. Ibland har man under följande decennier använt termen hemtjänst som ett vidare begrepp som innefattar även annat stöd; här kan vi bortse från all begreppsförbistring, det viktiga är att offentlig hjälp i praktiken når många fler än man vanligen uppfattar. Det har också framhållits att dessa ”små” insatser kan ha väl så stor

betydelse som ”riktig” hemtjänst (Clark, Dyer & Horwood 1998). Dessa skenbart ”små” och obetydliga insatser gör brukaren känd i ”omsorgssystemet” – man har ”en fot inne” – och de styrs ofta av användaren själv (Johansson & Sundström 1999). Detta behöver inte betyda att sådana andra insatser alltid är likvärdiga med ”riktig” hemtjänst, men det är viktigt att ta ett vidare grepp på äldreomsorgen än som varit gängse.

Det finns ingen samlad statistik över utbudet av alla olika stödformer och inga uppgifter alls om graden av överlappning dem emellan. De kommunala databaser som möjliggör sådana analyser tycks i allmänhet inte heller användas på det viset, med något undantag. När man utfört s.k. uppsökande verksamhet till personer okända för äldreomsorgen har man dock kunnat se att dessa är färre än förväntat om man bara beaktade dem som inte använder vare sig hemtjänst eller ”särskilt boende”. I ULF-databaserna finns tyvärr bara uppgift om en av dessa andra stödformer, dessbättre dock den vanligaste, nämligen färdtjänst, som ofta ”täcker” andra stödformer (Socialstyrelsen 2000). År 1988/89 hade 17 procent färdtjänst, år 2002 14 procent, att jämföras med 11 respektive 8 procent för hemhjälp. Uppgifterna rimmar hyggligt med den offentliga färdtjänststatistiken, som dock angav ett par procent högre täckningsgrad för färdtjänsten vid tiden för första undersökningen och betydligt högre täckningsgrad för hemtjänst 1988/89 (ca 20 procent högre, efter justering för dubbelräknat serviceboende och för årsuppgifter snarare än ULF:s tidpunktsuppgifter). Graden av samband mellan färdtjänst och hemhjälp framgår av Tabell 16.

Tabell 16. Hemtjänst och färdtjänst för hemmaboende äldre, Sverige 1988/89 och 2002. Procent.

		1988/89			2002		
		Hemtjänst			Hemtjänst		
		Nej	Ja	S:a	Nej	Ja	S:a
Färdtjänst	Nej	79,6	3,6	83,2	83,8	1,9	85,7
	Ja	9,4	7,4	16,8	8,5	5,8	14,3
	S:a	89,0	11,0	100	92,3	7,7	100
Befolkn. motsv. (1 000-tal)				1 408,2	1 424,4		

De flesta som hade hemtjänst hade också färdtjänst, men de flesta som hade färdtjänst hade inte hemtjänst. Totalt nådde man därför, som nämnts, många fler än med ”ren” hemtjänst. Kontaktytan mellan offentlig hjälp och de äldre var dock större 1988/89 än 2002: 20,4 respektive 16,2 procent av alla hemmaboende äldre hade endera eller båda insatserna. År 2002 hade som antytts minst dubbelt fler annan insats än hemtjänst.

Bland de ensamboende var ”träffandelen” betydligt högre, men också minskande, från 32,2 till 27,9 procent (visas inte i tabell). Graden av överlappning var konstant med ungefär fyra av tio som hade båda slagen av insatser samtidigt, av dem som över huvud taget hade någon offentlig insats. Bland de ensamboende har, som nämnts, andelen med hemtjänst minskat 5 procent mellan undersökningsåren, men nedgången i färdtjänsten var obetydlig (från 26,4 till 24,8 procent), vilket givetvis vidgar omsorgspanoramata. Även andra insatser har denna effekt, men i praktiken har de allra flesta som använder matdistribution och/eller trygghetslarm *också* färdtjänst. Det är

troligt att färdtjänst ofta varit en ”inkörspport” till eller en första kontakt med det offentliga omsorgssystemet.

I avrundade tal, där vi låter färdtjänst stå för ”andra insatser”, innebär detta att 8 procent av de äldre år 2002 bodde i ”särskilt boende”, 8 procent hade hemtjänst och ytterligare 8 procent andra insatser (men inte hemtjänst), att jämföra med respektive 8-12-10 procent år 1988/89. Den totala täckningsgraden för äldreomsorgen minskade således från 30 procent till 24 procent. Det kan som jämförelse nämnas att den engelska omsorgsstatistiken, upplagd för interkommunala jämförelser, visar ett liknande mönster (2001), där 5 procent av de äldre bor i institution, 5 procent har hemhjälp (Home Help) och 5 procent har andra insatser, dvs. man når där 15 procent av de äldre. Inget tyder på att hälsan är bättre hos de gamla i England, snarare motsatsen, och de bor ungefär lika ofta ensamma som de gamla i Sverige (www.doh.gov.uk/pssratings/starrating0102.htm). Enligt tillgängliga uppgifter var motsvarande andelar i Spanien i mitten av 1990-talet 2-2-1 och 16 procent av de äldre bodde ensamma (Mayte Sancho, IMSERSO, personlig kommentar).

Dessa uppgifter antyder något av svårigheterna med internationella jämförelser av äldreomsorg. I det sammanhanget kan det vara intressant att beröra exemplet Danmark, med troligen världens mest utbyggda hemtjänst (hjemmehjelp): det uppges att 22 procent av de äldre (65+) hade hemmehjelp (hemhjälp) år 2002 (efter Colmorten m.fl. 2003). Det finns tvivel på riktigheten i dessa uppgifter, som medräknar ett stort antal personer i s.k. beskyttete boliger och t.o.m. i plejehjem (Lewinter 2004), men jämförelser längre tillbaka i tiden visar att dansk hemmehjelp ändå har högre täckningsgrad än den svenska hemtjänsten. Problem uppstår dock om man vill fånga hela omsorgspanoramata. Mycket tyder nämligen på att t.ex. färdtjänst (kjörselsordningar) är föga utbyggd i Danmark och tilldelas i första hand personer med stora funktionsnedsättningar som redan har hemmehjelp. Att ha enbart färdtjänst och/eller trygghetslarm och/eller matdistribution men inte hemtjänst är därmed sannolikt mycket mindre vanligt i Danmark än i Sverige. Detta betyder att skillnaden länderna emellan inte är så stor, om man avser det samlade serviceutbudet.

Diskussion

Den viktigaste frågan i denna studie är utvecklingen av de äldres hälsa och funktionsförmåga och hur eventuella omsorgs- och vårdbehov tillgodoses. Jämförelserna av situationen 1988/89 och 2002 visar att hälsa och hjälpbehov tycks ha utvecklats svagt positivt, samtidigt som de äldre blivit än äldre som grupp betraktat. Det rör sig om i medeltal ett års ökning för åldersgruppen 65 år och äldre på mindre än femton år, vilket understryker hälsoförbättringen. Utvecklingen fram till 2002 var dock inte starkare än att man måste tolka detta ytterst försiktigt, vilket förefaller särskilt välbetänkt då hälsoutvecklingen under samma tidsrymd dessförinnan var betydligt mer gynnsam och genomsnittsåldern steg även då. Bedömningar grundade på material från två tidpunkter är problematiska och sett över längre sikt, från t.ex. undersökningarna 1954 och 1975, skulle man kanske snarast säga att en tidigare, gynnsam utveckling nästan stagnerat.

I detta sammanhang bör man försöka särskilja den ”rena” hälsoutvecklingen och demografiska förändringar. Fram till 1988/89 ökade antalet äldre och andelen mycket gamla bland dem, därefter är det främst andelen mycket gamla som stegrats. Under kommande decennier sker ett inflöde av ”unga” pensionärer, vilket också kommer att påverka det samlade hälsopanoramats.

Sett över hela gruppen äldre har antalet hjälpbehövande troligen minskat något eller är oförändrat. Föreställningar om ”rätlinjig”, successivt kraftigt förbättrad hälsa får inget starkt stöd i dessa data, vilket också var den slutsats som drogs i Socialstyrelsens undersökningar 1994 och 2000, men en mycket försiktig optimism är möjligen motiverad. Problem i form av nedsatt rörlighet var ungefär lika vanliga både 1988/89 och 2002, men hjälpbehov med olika ADL-göromål minskade. Färre behövde hjälp år 2002, ungefär så att nedgången ”matchade” minskande offentlig hemtjänst. En säker analys av detta är omöjlig, eftersom benägenheten att rapportera hjälpbehov kan tänkas bero på vilka hjälpmöjligheter man tror finns eller om man alls förväntar sig finna offentlig hjälp.

Förändringar i rapporterade ADL-behov kan också bero på ändrad ”standard” för godtagbar städning m.m. Vi vet inte hur många hemtjänsttimmar man fick på olika ADL-nivåer, men tidigare studier tyder på att insatserna krympt relativt behoven. Det är tänkbart att krympande timsatser på varje behovsnivå gjort hemtjänsten mindre attraktiv, endera i sig själv eller i kombination med förändrat innehåll. Mellan 1988/89 och 2002 blev på många håll t.ex. städningen på olika sätt nedskuren, mathållningen förenklad och promenader inskränkta. Detta kan ha medfört sänkta förväntningar på hemtjänsten, t.ex. så att färre skulle vända sig till den vid hjälpbehov (nedan) och ökande behov av anhörighjälp. Att enbart veta om de äldre har eller inte har hemtjänst, som i detta material, är inte tillräckligt. Man behöver också veta timantalet och hjälpens innehåll.

Att allt färre använder hemtjänst bland de äldre framgår även av den offentliga statistiken. Dessutom är det något färre som får/anlitar annan offentlig omsorg (som det saknas statistik om). Den krympande offentliga hjälpen tycks motsvaras av ökande insatser från anhöriga, främst den nära familjen, men även vänner och grannar skymtar i kartläggningarna. Inget

tyder på att fler står helt utan hjälp år 2002 än 1988/89 eller att misär uppkommit.

Den ökade anhörigomsorgen tar sig också uttryck i att kommunerna i sina biståndsprövningar – med ovisst stöd i lagstiftningen – oftare beaktar närståendes möjlighet att göra insatser. De äldres familjerelationer har i flera avseenden blivit ”tätare” och därmed gynnsamma för att t.ex. förmedla omsorg, men samtidigt finns också de ofta observerade tendenserna till splittning i form av skilsmässor m.m. Studien har klarlagt att ungefär lika många gamla makar som makor hjälper sin partner och bekräftat barnens – särskilt dottrarnas – ökande insatser för hjälpbehövande föräldrar. Den besvärande bristen på hushållsuppgifter i form av folkräkningar eller andra register gör dock att man både under- och överskattar olika familje- och hushållstyper (SCB 2003).

Trots dessa förändrade omsorgsmönster och framför allt minskande offentlig hjälp var andelen äldre som ansåg att de fick för litet hemtjänst låg båda åren: år 1988/89 2 procent av alla äldre, år 2002 1 procent. Av dem som *hade* hemtjänst ansåg dock 20 procent respektive 14 procent att den var otillräcklig. De äldres preferenser illustreras av att ungefär sex av tio av dem som redan hade hemtjänst säger att de skulle ha vänt sig till den instansen om de blev sängliggande en vecka, dvs. många är ingalunda helt beroende av sin offentliga hjälp. Omvänt hade 54 procent av dem som skulle föredra hemtjänst i detta predikament redan hemtjänst. Ytterst få skulle ha anlitat privat (betald) hjälp i denna situation, betydligt fler skulle ha tytt sig till bekanta, vänner eller grannar.

Den minskande täckningsgraden för olika slag av offentlig omsorg innebär inte att de äldre är helt och permanent ”utlämnade” till anhöriga. Det vanliga, även belagt i andra undersökningar, är att det offentliga och de anhöriga delar på omsorgsåtagandet, men att de offentliga insatserna kommer i ett senare skede idag och nu erbjuder delvis annan hjälp än tidigare. Detta syns bl.a. i att färre gamla med små omsorgsbehov har offentlig hjälp numera än (i detta fall) 1988/89. Skenbart paradoxalt är att till slut fler får hjälp idag än tidigare – som annan forskning visat – men det har av allt att döma inneburit senarelagda offentliga insatser, som den enskilde nu använder under kortare tid än förr. Om antalet äldre med hjälpbehov skulle öka kraftigt kan situationen sannolikt snabbt förändras till det sämre.

En aspekt på den offentliga äldreomsorgen som inte belysts här är de ganska stora variationerna i t.ex. täckningsgrad för hemtjänst kommunerna emellan, även om det finns tecken på att dessa olikheter är mindre om man beaktar alla slag av äldreomsorg, så som vi gjort i denna rapport. Totalt sett nås många äldre och äldreomsorgen klarar sitt åtagande relativt väl även vid internationella jämförelser.

Referenser

(SOU anges inte)

Busch Zetterberg K. 1996. Det civila samhället i socialstaten. Stockholm, City University Press.

Clark H., Dyer S. & Horwood J. 1998. 'That bit of help'. Joseph Rowntree Foundation & The Policy Press, Bristol.

Colmorten E. m.fl. 2003. Den aeldre har brug for hjælp. Hvem bør træde til? AKF-Forlaget, Köpenhamn.

EGV-Fonden, 1988. Nye tider – nye aeldre. Befolkningen. EGV-Fondens Fremtidsstudie (förf. G. W. Leeson, H. Spöhr & P. C. Matthiessen).

Gaunt D. 1980. Familjeliv i Norden. Hedemora, Gidlunds.

Johansson L. & Sundström G. 1999. Obelysta insatser kastar nytt ljus över äldreomsorgen. Äldre i Centrum, 4, 23–26.

Lewinter M. 2004. Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. International Journal of Social Welfare, 13, 1, 89–96.

SCB 1993. Pensionärer 1980–1989. S.O.S. Levnadsförhållanden, Rapport 81.

SCB 2003. Ensamstående och sammanboende i folkbokföringen, taxeringen och i verkligheten. Bakgrundsfakta till befolknings- och välfärdsstatistik 2003:11.

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

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

Socialstyrelsen 2003. Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2002. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen 2004. Kommer det att finnas hjälpande händer? Rapport om den informella omsorgens förutsättningar (prel. titel).

Sundström G. 2002. 15 000 guldbryllor..., Välfärdsbulletinen, 2, 17.

Sundström G., Johansson L. & Hassing L. 2002. The Shifting Balance of Long-Term Care in Sweden. The Gerontologist, 42, 3, 350–355.

www.doh.gov.uk/pssratings/starrating0102.htm

Bilaga

Äldres användning av hemhjälp, efter ADL-indexnivå, 65 år respektive 85 år och äldre, 1988/89 och 2002. Procent.

ADL-index		0	1	2	3	4	5	6	7	Totalt
Andel med hemhjälp										
65+	1988/89	2	25	42	54	64	64	37	70	33
	2002	0	27	42	64	31	73	53	74	20
80+	1988/89	0	19	31	40	50	57	47	57	11
	2002	0	17	31	50	27	63	72	58	8