



<http://www.diva-portal.org>

Postprint

This is the accepted version of a paper published in *Tidsskrift for Omsorgsforskning*. This paper has been peer-reviewed but does not include the final publisher proof-corrections or journal pagination.

Citation for the original published paper (version of record):

Jegermalm, M., Sundström, G. (2017)
Det svenska omsorgspanoramå - Givarnas perspektiv.
Tidsskrift for Omsorgsforskning
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2017-01-04>

Access to the published version may require subscription.

N.B. When citing this work, cite the original published paper.

Permanent link to this version:

<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hj:diva-35614>

Vitenskapelig artikel

Det svenska omsorgspanoramats: Givarnas perspektiv

Magnus Jegermalm
Professor socialt arbete
Högskolan Dalarna
Akademi Utbildning, hälsa och samhälle
791 88 Falun, Sverige
Tel: + 46 (0) 23 778568
mjg@du.se

Affilierad till:

Ersta Sköndal högskola
Institutionen för socialvetenskap
Box 441, SE-128 06 Sköndal, Sverige

Gerdt Sundström
Professor Emeritus
Jönköping University
Hälsöhögskolan
Institutet för gerontologi
Box 1026
55 111 Jönköping, Sverige
Tel: + 46 36 101761, + 46 (0)702222180
gerdt.sundstrom@ju.se

SAMMANDRAG

Anhörigomsorg är i Sverige vanlig och möjligen ökande. Med tre undersökningar över tio år med befolkningsdata om omsorgsgivande beskriver vi detta och hur olika omsorgskällor överlappar för mottagaren. Huvudintrycket är att de ofta får flera olika slag av omsorg – huvudsakligen från släkt och offentlig omsorg – sett från givarens horisont. Undantaget är de som vårdar partner eller annan i det egna hushållet, den enda grupp som ofta står ensam och som ger omfattande omsorg. De utgör dock en liten grupp av alla omsorgsgivare. Vi kritiserar förenklade demografiska resonemang om minskande potential för anhörigomsorg.

Nyckelord: Omsorg, anhörigvård, offentlig omsorg, Sverige

ABSTRACT: The Swedish Panorama of Care: The Carers' Perspective.

Family care in Sweden is extensive and possibly expanding. We use representative surveys with caregivers to describe panoramas of care for different recipients. Various types of care often overlap: Other family are the most frequent auxiliary carers, but there is also rather big overlap with public services, and especially for help to someone with extensive needs in another household. Partner carers and others who care for someone in their own household – often for many hours – stand out as a rather isolated but comparatively small group. The article also criticises oversimplified use of demography which suggests a weakened potential for family care.

Keywords: Family care, public services, Home Help, care giver, Sweden

Bakgrund

Omsorg till personer med hjälpbehov kan ses ur både mottagarens och givarens synvinkel, perspektiv som inte nödvändigtvis sammanfaller. De kan ge olika bilder av både tillstånd och förlopp för anhängomsorg respektive offentlig omsorg. I det offentliga givarperspektivet är det ofta brist på eller bortfall av omsorg från anhöriga som dominerar, eftersom anhöriga brukar vara den första – och länge enda – omsorgskällan. Offentlig omsorg, som komplement eller ersättning, kommer ofta senare. Detta är givetvis ingen ny insikt, eftersom anhängomsorg i alla tider och överallt är den dominerande omsorgen.

Vi vill med artikeln analysera det svenska omsorgspanoramats med fokus på anhängomsorgens utveckling under särskilt det senaste årtiondet ur *givarens* synvinkel för olika omsorgsmottagare. Med utgångspunkt i resultaten diskuterar vi det svenska omsorgspanoramats i jämförelse med hur tidigare forskning försökt åskådliggöra ”mixen” av omsorg från olika sektorer i samhället.

Att studera omsorg ur mottagarens respektive givarens perspektiv har olika för- och nackdelar. Att studera omsorgen ur mottagarperspektiv har fördelar, inte minst etiskt, genom att i bästa fall se mottagaren som ett subjekt och det kan även tydliggöra vilka strategier denne använder för att lösa sina omsorgsbehov. Tyvärr dras undersökningar av det slaget ofta med stora (och ökande) bortfall och särskilt för personer med stora omsorgsbehov. Den ansatsen visar att olika omsorgskällor delvis överlappar; de flesta som har hemtjänst har också hjälp av anhöriga, men många som får anhänghjälp använder inte offentlig omsorg. Undersökningar gjorda när den offentliga omsorgen hade stor omfattning på 1970–80-talen visade att de flesta även på den tiden fick anhänghjälp under lång tid, innan man också började använda

hemhjälp under jämförelsevis kort tid – men längre än i dag – eller flyttade direkt till äldreboende (Sundström, 1988).

Omsorgsgivarperspektivet har fördelen att man får en bild av anhörigas situation och eventuella möjligheter att ge (mer) omsorg. Omsorgsgivare är ofta friskare än genomsnittsbefolkningen, även om det också bland dessa kan finnas risk för större bortfall av personer med stora åtaganden, t.ex. partnervårdare. Ansatsen visar också om det är möjligt att förena omsorg med arbete och andra intressen m.m. och det går att värdera påståenden, baserade på förenklad demografi, om sviktande omsorgspotential. I sina mer utrerade former har man använt kvoten mellan medelålders kvinnor i relation till äldre personer, där de förra antas vara (potentiella) omsorgsgivare för de senare. Flera studier har, med varierande definitioner, noterat att denna och liknande kvoter faller dramatiskt, vilket frammanar bilden av sviktande och allt mer betungade anhöriga (t.ex. Moroney, 1976; European Commission, 2012). Sådana abstraktioner bortser från den konkreta familjedemografien, som ofta inte rimmar med förenklade makrodemografiska resonemang (Herlofson & Hagestad, 2011). Dessutom bortser sådana abstraktioner från att många omsorgsgivare själva är äldre (nedan), med äldre avser vi fortsättningsvis personer 65 år och över.

Det uppges ofta att ”bördan” på anhörgivårdarna blivit allt ”tyngre”, även detta går att värdera med uppgifter om omsorgsgivare vid olika tidpunkter. En dansk studie har intervjuat vuxna barn till föräldrar med hemtjänst (hjemmehjelp), som då vanligen bör vara personer med ganska stora omsorgsbehov: Drygt åtta av tio – män som kvinnor – ger omsorg till honom/henne, vanligen utan större påverkan på fritid, arbete och hälsa. Det handlar oftast om ”mindre” insatser, sällan om personlig vård i form av toalettbesök, bad med mera (AeldreSagen, 2015). Resultaten liknar vad man sett i en kvalitativ studie av relationen mellan

äldre med hemhjälp – de flesta hade små hjälpbehov – och deras barn (Teeland, 1978) och i en norsk studie av barns insatser för åldriga föräldrar (Nergård, 2015). Vid större behov hos ensamboende äldre har ofta det offentliga huvudansvaret och svenska studier visar att de flesta kan förena omsorgsgivande med förvärvsarbete, på kortare och längre sikt (Jegermalm & Sundström, 2014). För en mindre grupp kan det dock få konsekvenser för arbetslivet (Szebehely, Ulmanen & Sand 2014). I den här artikeln låter vi omsorgspanoramata inkludera, förutom anhörigomsorg och offentlig äldreomsorg, även omsorg som ges av ideella/frivilliga organisationer och privata företag som utför omsorg som betalas *direkt* av mottagaren själv (dvs. inte som kommunala entreprenörer). Inte minst under senare år, då de skandinaviska välfärdsstaterna varit under press, har civilsamhällets betydelse som omsorgsgivare för hjälpbehövande personer lyfts fram av forskare, politiker och ”policymakers”. Vi använder huvudsakligen benämningen anhörigomsorg (istället för t.ex. informell omsorg) och inkluderar förutom familj även grannar, vänner m.m. som hjälp- och omsorgsgivare. Det torde av sammanhanget framgå vad vi menar.

Förutsättningar för anhörigomsorg

Vid studier av anhörigomsorg bör man beakta omsorgsgivandets förutsättningar, som kan skifta över tid. Intill nyligen var en internationellt sett stor andel av den svenska befolkningen (förhållandet var likartat i Norge) barnlös och många var ogifta (aldrig gifta), i synnerhet bland kvinnorna: 1954 och in på 1970-talet var drygt 20 procent av de äldre barnlösa, idag (2011) 11 procent (SOU 1956:1 och Carin Lennartsson, Aging Research Center, opublicerade data ur Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old). År 1950 var 13 procent av äldre män ogifta, emot 21 procent av kvinnorna; 2015 hade andelarna sjunkit till 12 respektive 8 procent. Allt fler har partner och/eller barn, de två viktigaste, potentiella

omsorgsgivarna. De ogifta och änkorna/änklingarna utgjorde majoriteten av de boende på fattighusen, ett mönster som ännu anas på äldreboenden (Sundström, 2009).

Det har passerat i stort sett obemärkt att allt fler, äldre och yngre, *har* nära anhöriga, och har allt fler av dem. Dessutom har de flesta någon eller några av dem i närheten, med lokala variationer (Alm Stenflo, 2006). Åtminstone i Sverige minskar dessutom andelen äldre som bor ensamma: Den andelen var 27 procent år 1954 och cirka 40 procent på 1980-talet, men minskade stegvis till 32 procent år 2015 (Sundström, 2009 och egna beräkningar på Statistiska Centralbyråns hushållsstatistik). Den svenska (nordiska) familjesituationen har snabbt förändrats och ur omsorgssynpunkt på flera sätt till det bättre. Det finns färre abstrakta ”döttrar” i den nyssnämnda ”omsorgskvoten”, men fler äldre *har* en dotter. Eller en son och kanske en svärdotter. Att ett mindre antal föräldrar förr hade många barn som höjde kvoten, var inte till glädje för de många som inga hade, eller som hade barn men förlorade dem innan man själv gick ur tiden (Malmberg et al., 2015). Till detta måste fogas om människor *behöver* hjälp-omsorg: Mycket tyder på, i varje fall i Sverige, att en ökande majoritet av hemmaboende äldre klarar sig helt utan s.k. ADL-hjälp, även om de kan behöva bistånd på andra vis: SCB:s befolkningsdata i ULF visar att 1988/89 behövde 32 procent hjälp med ett eller flera ADL-göromål; 2002 var detta 22 procent (Socialstyrelsen, 2004).

Den offentliga svenska äldreomsorgen har haft upp- och nedgångar som möjligen har påverkat anhörigomsorgen. Offentlig äldreomsorg var störst omkring 1975: Då fick 9 procent av de äldre (65 år och över) institutionsvård och omkring 16 procent hemhjälp. Sämre kommunal ekonomi medförde att dessa tal planade ut och började minska, till dagens (2015) drygt 4 procent respektive drygt 11 %. Krav på mer diversifierade insatser ledde på 1980-talet till att man etablerade färdtjänst, trygghetslarm, matdistribution, dagvård m.m. och om även dessa insatser beaktas – många som har t.ex. färdtjänst använder inte hemtjänst – har den offentliga omsorgens nivå, totalt sett, ändrats obetydligt: Det är innehållet som förändrats

(Sundström et al., 2011). Statistiken över offentlig omsorg beskriver i bästa fall tillstånd, inte förlopp. Sverige har faktiskt bättre uppgifter om ”omsättningen” på ålderdomshemmen på 1930-talet än i dagens äldreboenden (SOU 1940:22). Men vi vet ändå att rörligheten ökat: Hemtjänst och, särskilt, institutionsvård används allt kortare tid och allt senare i livet, men just därför hinner omkring 80 procent använda offentlig omsorg innan man går bort, emot ungefär 15 procent för ett halvsekel sedan. Detta går inte att sluta sig till av genomsnittssiffror för offentlig omsorg, som kan vara oförändrade eller t.o.m. fallande (Sundström, 2009; Ernsth Bravell, Johansson, Lundgren & Sundström, 2012). De kortare vårdtiderna är sannolikt resultatet av fler anhöriga (särskilt partners), bättre ekonomi och bostäder samt striktare ransonering av offentlig omsorg.

Civilsamhället som arena för omsorg

Som redan nämnts betonas alltmer det civila samhällets betydelse för att klara bland annat en förväntad omsorgsökning för en åldrande befolkning. I Norge har politikerna uttalat målsättningen att ideella organisationer ska utöka sina insatser kraftfullt inom äldreomsorgen fram till år 2025, och att äldre personer kommer att vara viktiga som frivilliga och inte bara som mottagare av omsorg (Romören, 2012). I Sverige finns det sedan några år tillbaka (2009) en formell överenskommelse mellan regeringen, ideella organisationer och Sveriges kommuner och landsting, med syfte att ”[...] stärka de idéburna organisationernas självständiga och oberoende roll som röstbärare och opinionsbildare, samt stödja framväxten av en betydligt större mångfald av utförare och leverantörer inom hälso- och sjukvården och omsorgen”. Vid definitioner av civilsamhället är det inte alltid klart vad man låter ingå; vi tillämpar en bred definition som använts av flera forskare och som förutom ideella organisationer inkluderar det vi kallar anhörigomsorg, det vill säga ”icke-organiserad”

informellt hjälpgivande och, naturligtvis, familjerelationer (t.ex. Cohen & Arato, 1992; Jegermalm & Jeppsson Grassman, 2012; Zetterberg, 1995).

I ett övergripande perspektiv handlar civilsamhällets betydelse för omsorg om relationer och gränssytor mellan det offentliga (stat), marknaden, civilsamhället (familj och andra anhöriga m.fl.) och de ideella/frivilliga organisationerna. Några tidigare studier, som använt material från olika databaser (t.ex. SHARE, European Social Survey eller Eurobarometer) med en vid definition av anhängomsorg, har visat att anhörigas insatser till någon man inte bor tillsammans med är omfattande i de skandinaviska länderna i jämförelse med länder i södra Europa (van Campen, de Boer & Ledema, 2013; Hank & Stuck, 2008, OECD, 2011; Oudijk, Woittiez & de Boer, 2011; Plagnol & Huppert, 2009). De flesta av dessa studier visar dock inte hur mycket hjälp som ges eller hur lång tid åtagandet pågår. Det kan till exempel vara så att den informella hjälp som ges i de sydeuropeiska länderna är mer omfattande och att det är ett åtagande under en lång tidsperiod, medan anhöriga i de skandinaviska länderna bidrar med färre timmar och inte under så långa tidsperioder. Flera forskare (t.ex. Lamura et al., 2007; Warburton & Jeppsson Grassman, 2011) har försökt utveckla teoretiskt grundade typologier av ”omsorgskulturer” som åskådliggör ”mixen” mellan olika slag av omsorg. Faktorer som ansetts vara relevanta för dessa omsorgstypologier är bland annat skillnader i levnadsvillkor, kultur och förväntningar på att familjen bör ta rollen av att vara omsorgsgivare för personer med vård- och omsorgsbehov. Sverige och Norden i stort kategoriseras i allmänhet som ”Public-Nordic”, där den offentliga omsorgen ses som en central aktör och anhöriga och ideella organisationer förmodas spela en mindre viktig roll. Irland, Grekland och Spanien är exempel på länder där familjen ses som den viktigaste utföraren av omsorg. Omsorgsgivarna i de familjebaserade länderna med mindre offentlig omsorg anses ofta ha den mest omfattande vård- och omsorgsbördan. Åtminstone i det spanska fallet är det klart mindre vanligt med omsorgsgivande i befolkningen än i Norden, antagligen därför att hjälpbehövande äldre ofta bor med något barn (eller andra) och omsorgen därför fördelas på färre händer.

Metod, data

Vårt empiriska material kommer från en serie befolkningsundersökningar genomförda av Ersta Sköndal Högskolas (ESH) enhet för civilsamhällesforskning. Ett obundet slumpmässigt urval av befolkningen i åldern 16–74 år var basen för 1992 års studie och i åldern 16–84 i studierna 1998, 2005, 2009 och 2014 (urvalet inkluderade invandrare, om intervjun kunde genomföras på svenska). Tabell 1 redovisar studiernas nettourval, antal svarande och svarsfrekvens. I tabellen kan vi se att nettourvalet varierar från 1 461 till 2 251 personer och att de fyra första studierna hade en svarsfrekvens på 70 procent medan den låg på 56 procent för 2014 års studie.

Tabell 1

I beskrivningen av omsorgspanoramata använder vi framförallt data från de två senaste studierna. Anhörigas insatser har studerats genom frågor om man regelbundet hjälpt någon man inte sammanbor med (med respektive utan särskilt omsorgsbehov) samt någon i det egna hushållet med särskilt omsorgsbehov. Vidare har vi ställt frågor om insatsernas karaktär, deltagande i informella nätverk och i vilken utsträckning mottagaren av anhörigomsorg fick ytterligare hjälp från granne, vän, offentlig omsorg, ideell organisation etc. Det viktigaste är att dessa studier ger oss en möjlighet att uttala oss om den allmänna utvecklingen av anhörigas insatser i ett tidsperspektiv som spänner över 22 år, och, från 2009–2014, när det gäller omsorgspanoramata ur anhörigas perspektiv.

Resultat

Man kan allra först konstatera att insatser av hjälp-omsorg-vård är mycket vanliga i den svenska befolkningen, men omfattningen beror av frågeformuleringar och definitioner. En Röda Kors-enkät som frågade om *personlig vård* rapporterade en befolkningsandel på 9 procent, studier som avser alla möjliga slag av vård-omsorg-hjälp kan rapportera 52 procent. Undersökningar av det vi till vardags kallar omsorg, brukar ange andelar omkring 20 procent, i ESH:s studier definierat som hjälp till personer med särskilda hjälpbehov till följd av sjukdom, ålder eller handikapp (Jegermalm, Malmberg & Sundström, 2014). Vi kommer att rapportera omsorg och hjälp i både snävare och vidare mening.

I ESH:s första undersökning 1992 uppgav 28 procent av befolkningen 16–74 år sig vara hjälpgivare i vidare mening; därefter har andelen gått både upp och ner, med 46 procent bland 16–84-åringarna år 2014. Variationerna mellan undersökningsåren kan förmodligen till viss del förklaras med att den äldsta åldersgruppen (75–84) inte var inkluderad i den första studien, men huvudresultatet är att många gör mycket. Detta gäller för både män och kvinnor, där kvinnor vanligen rapporterar ett par procent högre andel hjälpare och något fler omsorgstimmar, ett mönster man funnit också i andra svenska studier (t.ex. Socialstyrelsen, 2012). Studier av anhörigas insatser i Danmark och Norge visar samma mönster som i Sverige, dvs. att många ger någon form av hjälp-omsorg-vård, med omkring 50 procent i båda länderna (Boje, 2014; Jegermalm, Fladmoe & Hermansen, 2016).

En viktig aspekt är om det går att urskilja olika grupper av anhöriga beroende på om den man hjälper har ett ”särskilt omsorgsbehov” eller inte. I ESH:s studier från 2005 och framåt har vi frågat om den person man hjälper i annat hushåll har särskilt behov av omsorg, respektive om man hjälper någon i det egna hushållet med sådana behov (N = 315, 157 respektive 59). Hjälptill någon utan särskilt omsorgsbehov kan handla om insatser som passning, tillsyn eller praktisk hjälp som transporter och trädgårdsskötsel. De som hjälper någon med omsorgsbehov ger förutom praktisk hjälp ofta också personlig omvårdnad, såsom hjälp med hygien, medicinering etc. Detta beskrivs summariskt för undersökningarna 2005, 2009 och 2014 i Tabell 2.

Tabell 2

Tabell 2 visar att 26–28 procent i alla tre studierna hjälper någon utan särskilt behov av omsorg i annat hushåll. En minskning har skett i gruppen som hjälper någon i annat hushåll *med* särskilda omsorgsbehov, från drygt 20 procent i 2005 års studie till 14 procent i den senaste studien, vilket möjligen har att göra med att färre tar emot anhörigomsorg utifrån, vid hjälpgivande i det egna hushållet (Tabell 3) och att fler har en partner. Tabell 2 visar också att stabila 5 procent av befolkningen i samtliga tre studier 2005–2014 svarat att man hjälper någon i det egna hushållet med särskilda omsorgsbehov. Att hjälpa någon i det egna hushållet är ungefär lika vanligt bland kvinnor och män. Dessa omsorgsgivare är en liten grupp, men de utför i genomsnitt betydligt fler timmar än de som hjälper någon utanför det egna hushållet. Variationerna i omsorgstimmar mellan de olika studierna i tabellen kanske avspeglar reella förändringar i insatsernas omfattning, men handlar förmodligen också om svårigheten att uppskatta omsorgstid.

En huvudfråga i denna artikel är att ge en bild av omsorgspanoramata ur *omsorgsgivarens* perspektiv. I studierna åren 2009 och 2014 tillfrågades omsorgsgivarna om *mottagaren* fick ytterligare hjälp från det offentliga, ideell organisation, granne/vän eller köpte privat kommersiell hjälp på den öppna marknaden. Tabell 3 visar mönster av hjälpgivare efter mottagarens hushållstyp och hjälpbehov, utifrån *givarens* perspektiv. Eftersom de flesta hjälpte en släkting (nedan) och det ofta handlar om samvaro, kontakt, tillsyn och olika hushållsgöromål (studierna kartlade vari hjälpen bestod), tror vi att omsorgsgivarna visste om mottagaren också hade annan hjälp.

Tabell 3.

Tabell 3 visar att det var relativt vanligt i alla tre grupper av hjälpmottagare att få ytterligare hjälp från en släkting, dock med en spridning mellan grupperna och vissa förändringar mellan 2009 och 2014 års studier. Vanligast var det bland mottagare med behov av särskild omsorg som inte sammanbodde med hjälpgivaren, minst vanligt i gruppen som hjälpte någon i det egna hushållet, där vi möjligen (talen är små) ser en minskning av hjälp från släkting(ar) från 37 till 27 procent mellan 2009 och 2014. Av mottagare som inte sammanbodde med hjälpgivaren uppgavs omkring en tredjedel få ytterligare hjälp från en granne/vän. Den sortens hjälp minskade (från 24 till 17 procent i 2009 respektive 2014 års studie) bland dem som hjälpte någon i det egna hushållet. I de fall där man hjälpte någon med särskilt omsorgsbehov i annat hushåll var det vanligast att mottagaren också använde offentlig omsorg (vanligtvis hemhjälp och hemsjukvård), med en viss ökning från 53 till 61 procent mellan 2009 och 2014.

En oförändrad, knapp tredjedel av ”ikoniska” hjälpgivare, de som är omsorgsgivare för någon i det egna hushållet, rapporterar att man också tar emot offentlig omsorg. Det mest remarkabla i den gruppen är kanske att andelen mottagare helt utan annan hjälp ökat något mellan 2009 och 2014, dvs. hälften av dem som vårdade någon i det egna hushållet gjorde det ensam, utan

annan hjälp i 2014 års studie. Men, dessa ensamvårdare utgör som nämnts en liten andel (5 procent) av *alla* omsorgsgivare. Här handlar det om makar – lika många av båda könen – eller om omsorg för vuxna barn med någon funktionsnedsättning. Av dem som hjälper någon med särskilda omsorgsbehov i annat hushåll är bara en tiondel ensamma i sitt åtagande. Här handlade det ofta om föräldrar eller annan släkting. Släktband dominerade också i gruppen som hjälpte någon utan särskilda behov, där dock 3 av 10 var obesläktade personer.

Mycket få omsorgsgivare i någon av de tre grupperna angav att mottagarna fick hjälp från frivilligorganisationer eller använde privat, köpt hjälp. Den enda grupp där vi möjligen ser en svag ökning (från 3 procent 2009 till 5 procent 2014) av köpt kommersiell hjälp är de som hjälper någon i det egna hushållet. I stort handlar det om en tämligen tät väv av olika aktörer, dock inte frivilliga organisationer eller privata företag. Tabell 3 visar att olika hjälpgivare ofta överlappar och för personer i annat hushåll med särskilda omsorgsbehov nästan alltid.

Andelen män bland omsorgsgivarna är oförändrad, men omsorgsgivarna blir allt äldre. Detta uppmärksammas sällan, trots att de ofta utför många fler omsorgstimmar än yngre omsorgsgivare. De yngre är fler, men ger genomsnittligt mycket färre timmar. Enligt en beräkning står de äldre omsorgsgivarna för bortåt hälften av all anhörigomsorg, volymmässigt sett (Nilsson & Sundström, 2014). År 2009 var 29 procent av alla omsorgsgivare 60+ och 2014 var den andelen 42 procent. Ökningen av omsorgsgivarnas ålder gällde alla grupper, äldst (66 % var 60+, 22 % var 75–84) var de som gav omsorg till någon i det egna hemmet, yngst var de som hjälpte någon utan särskilda behov. Av mottagarna var totalt (2014) sex av tio 60 år eller äldre. Mottagarna var ofta äldre än givarna och äldst (76 procent) var mottagare med särskilt omsorgsbehov i annat hushåll.

Diskussion

I ett tjugårsårs perspektiv har vi visat att anhörigas insatser av hjälp-omsorg-vård är vanliga i Sverige och har ökat på befolkningsnivå. En viktig aspekt är *hur* anhörigomsorgen studeras; resultaten beror på hur man definierar och hur man frågar. Beträffande omsorg i snävare mening visar flera studier att omkring 20 procent i den vuxna befolkningen är omsorgsgivare, men vi använder i den här artikeln en vidare definition som också fångar upp ”lättare” former av hjälp. Oavsett definition är den samlade bilden från olika studier i Sverige, Danmark och Norge att anhörigomsorg är mycket vanlig. Hur kan vi förstå detta i en skandinavisk välfärdscontext?

I Sverige har viss offentlig äldreomsorg minskat, nämligen institutionsvård och hemtjänst, samtidigt som andra former expanderat. Har detta påverkat anhörigomsorgens utveckling? Kanske, även om vi är böjda att se anhöriginsatser och offentlig omsorg som två separata system, som opererar oberoende av varandra. Visserligen har hemtjänst och institutionsboende minskat i Sverige sedan 1980-talet, men allt *fler* använder dem på sikt. Det sker allt senare i livet och under kortare tid.

Det är möjligt att förändringar av den offentliga omsorgen bidragit till att anhöriga gör mer innan den offentliga omsorgen (också) träder in för att ge hjälp. Som nämnts tyder mycket på att hjälpbehoven generellt minskat bland äldre som helhet och antagligen uppträder senare i livsloppet. Samtidigt har antalet äldre i befolkningen ökat, vilket medför totalt oförändrade eller kanske ökade hjälpbehov.

Man måste också beakta familjemässiga förändringar. En anledning till anhörigomsorgens stora – och kanske växande – betydelse är demografisk: Allt fler har en egen familj och andra anhöriga, familjens relativa betydelse har därför antagligen ökat, inte minskat.

Familjestruktur påverkar omsorgsgivandet, som ökar med antalet nära släktrationer (föräldrar-partner-syskon) i en befolkningsundersökning av gruppen 55 år och äldre (Socialstyrelsen, 2006). Att *mottagen* anhörigomsorg också ökar med antalet släktband är mer välkänt (Sundström 2009).

Det råder ett omfattande utbyte mellan och inom generationerna, särskilt i form av att ge tid, om än bristfälligt studerat i Sverige. Som vi konstaterat är den offentliga omsorgen fortfarande väl utbyggd, men den har kanske nått gränsen för vad den kan uträtta, praktiskt och finansiellt. Att den trots allt ännu når de flesta hjälpbehövande framgår av kommunala satsningar på uppsökande verksamhet till äldre som inte använder offentlig omsorg; man finner då ganska få personer med eftersatta behov. Våra resultat – även om de bör tolkas med försiktighet – visar att omsorg för de flesta hjälpgivare inte är ett ensamt åtagande, utan något som delas med andra, vanligen anhöriga och/eller den offentliga omsorgen. Hjälpmottagande personer i annat hushåll utan behov av särskild omsorg, fick ofta ytterligare hjälp från en släkting och/eller en granne/vän. Få i den gruppen använde offentliga tjänster, hjälp från en frivilligorganisation eller privat köpt hjälp. Detta är ett förväntat resultat eftersom dessa grupper av hjälpgivare och hjälpmottagare har små hjälpbehov. Det betyder inte att denna typ av hjälp är av mindre betydelse, i många fall kan ”små” insatser av hjälp och stöd vara mycket viktiga för mottagaren (Clark, Dyer & Horwood, 1998).

En majoritet av omsorgsmottagare i annat hushåll, som enligt givaren hade ett särskilt behov av omsorg, fick ytterligare hjälp från en annan släkting. Drygt hälften i denna grupp använde också offentliga tjänster, till exempel hemhjälp eller hemsjukvård och bara en av tio omsorgsgivare stod ensam med sitt åtagande. Detta var vanligare bland omsorgsgivare för någon i det egna hushållet; där har ytterligare hjälp från en släkting eller granne/vän möjligen

minskat, men inte den offentliga omsorgen. Hälften (48 procent 2014) av omsorgsgivarna i denna grupp stod ensamma med sitt åtagande. De utgör som nämnts en liten andel av alla omsorgsgivare, men kan behöva uppmärksamhet och (ytterligare) direkt och indirekt stöd t.ex. från det offentliga. Sedan 2009 är svenska kommuner skyldiga att erbjuda stöd till anhörigvårdare, men det har visat sig svårt för myndigheterna att finna dem och de flesta är ointresserade av stöd. Det de möjligen önskar är bra offentlig omsorg för mottagaren av deras omsorg (Grafström & Sundström, 2010). Den sparsamma forskningen visar att det är få anhörigvårdare som vill ha eller erhåller något stöd för egen del. En del önskar ekonomiskt stöd, men sådant erbjuds sällan (Socialstyrelsen, 2012; Jegermalm, Malmberg & Sundström, 2014).

Det var sällsynt i alla tre grupper av anhöriga omsorgsgivare att mottagaren fick ytterligare hjälp från en frivillig/ideell organisation. Detta resultat är i linje med tidigare studier i Sverige, som har visat att relativt få personer med hjälpbehov tar emot hjälp från frivilligorganisationer (Jegermalm & Sundström, 2015; Socialstyrelsen, 2012). Som nämnts har politiker och ”policymakers” under senare tid försökt uppmuntra frivilligorganisationer att tillhandahålla sociala servicetjänster av olika slag (Jegermalm & Jeppsson Grassman, 2013). Den offentliga omsorgen prioriterar alltmer personer med *stora* vårdbehov, vilket leder till förväntningar på att frivilligorganisationer kan träda in och fylla luckor och/eller vara ett komplement till eller ersätta offentliga tjänster. Våra resultat tyder på att frivilligorganisationer i Sverige, ännu så länge, inte i någon större utsträckning utför välfärdstjänster.

Slutligen vill vi beröra hur vår bild av det svenska omsorgspanoramats kan förstås i jämförelse med de omsorgstypologier vi refererade till i början. Där beskrivs Sverige och övriga Norden som länder med en stor offentlig sektor där anhörigomsorg och ideella/frivilliga

organisationer antas ha liten betydelse för omsorgen. Våra resultat tyder på att dessa typologier har begränsad förklaringsförmåga. De synliggör inte heller att mycket av anhängigomsorgen görs av *äldre*, men kan ha ett värde för att åskådliggöra relationen mellan sektorer där omsorg kan förekomma; stat, marknad, familj och ideella organisationer. Det svenska exemplet visar en slags välfärdsparadox med *både* en omfattande offentlig sektor *och* omfattande anhängigomsorg.

Det specifika med omsorgen i Sverige (och kanske övriga Norden) är nog, internationellt sett, att den är ett delat eller överlappande projekt mellan främst det offentliga och de anhängiga, i mindre grad frivilliga organisationer. Vi vill inte kalla projektet ”gemensamt” eftersom det frammanar bilden av en samordning, som ofta saknas i de enskilda fallen. Vid små hjälpbehov får mottagaren hjälp främst av anhängiga. Vid större behov får mottagaren mer hjälp och då ofta både av (flera) anhängiga och av det offentliga – som då ofta har huvudansvaret – men inte så ofta från frivilliga organisationer. Det behövs mer forskning som analyserar det komplexa samspelet mellan olika vård- och omsorgsgivare över tid, både kvantitativa och kvalitativa studier.

Tack

Vi tackar Stig Elofsson, Stockholms universitet, för hjälp med statistiska bearbetningar och Marie Lilja Jensen, AeldreSagen, för vänlig hjälp med rådata. Värdefulla synpunkter har lämnats av två anonyma reviewers.

Referenser

- AeldreSagen. (2015). *Voksne børn til modtagere af hjemmehjelp*. Mimeo.
- Alm Stenflo, G. (2006). Äldres omsorgsbehov och närhet till anhöriga. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, *Demografiska rapporter* 2006:1.
- Boje, T. (2014). Uformel frivillighed. I *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004–2012*. Lars Skov Henriksen & Torben Fridberg (eds.) (Vol. 14:09, pp. 225–48). Copenhagen: SFI.
- van Campen, C. Boer, A.H. & Ledema, J. (2013). Are informal caregivers less happy than noncaregivers? Happiness and the intensity of caregiving in combination with paid and voluntary work. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 44–50.
- Clark, H., Dyer, S., & Horwood, J. (1998). *That bit of help. The high value of low level preventative services for older people*. Bristol: The Policy Press and Joseph Rowntree Foundation.
- Cohen, J., & Arato, A. (1992). *Civil Society and Political Theory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Ernst Bravell, M., Johansson, L., Lundgren, D. & Sundström, G. (2012). Omsorgspanoramat: En beskrivning av utvecklingen före, under och efter Ädel. *Äldre i Centrum*, 26, 2, 15–17.
- von Essen, J., Jegermalm, M., & Svedberg, L. (2015). *Folk i rörelse – medborgerligt engagemang i Sverige 1992–2014*. Stockholm: Rapport till Regeringskansliet.
- European Commission. (2012). Long-term care: need, use and expenditures in the EU-27. *Economic Papers* 469/November 2012 (authors B. Lipszyc, E. Sail & A. Xavier).
- Grafström, M., & Sundström, G. (2010). *SPF:s medlemmar i närbild: En enkätundersökning*. (diva 2:932519). Mimeo.
- Hank, K. & Stuck, S. (2008). Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked' productive activities at older ages. *Social Sciences Research*, 37, 1280–1291.

- Herlofson, K. and Hagestad, G.O. (2011). Challenges in moving from macro to micro: Population and family structures in aging societies. *Demographic Research*. 25(10), 337-370.
- Jegermalm, M., & Jeppsson Grassman, E. (2012). Omsorgens gestaltningar i civilsamhället. I E. Jeppsson Grassman, & A. Whitaker. (Eds.). *Åldrande och omsorgens gestaltningar. Mot nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Jegermalm, M., & Jeppsson Grassman, E. (2013). Links between informal caregiving and volunteering in Sweden: a 17-year Perspective. *European Journal of Social Work*, 16, 2, 205–219.
- Jegermalm, M., & Sundström, G. (2015). Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care. Published online in *European Journal of Social Work*. 18, 2, 185–197.
- Jegermalm, M., Malmberg, B., & Sundström, G. (2014). *Anhöriga äldre angår alla*. Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum anhöriga.
- Jegermalm, M., Fladmoe, A., & Hermansen, J. (2016). *Patterns of Informal Helping in the Scandinavian Welfare States*. Paper for presentation at ISTR conference at Ersta Sköndal UC. Stockholm: June 28–July 1.
- Lamura, G., Mnich, E., Bien, B., Krevers, B., McKee, K., Mestheneos, L., & Döhner, H. (2007). *Dimensions of Future Social Service Provision in the Ageing Societies of Europe*, VI European Congress of the International Association of Gerontology and Geriatrics, 5–8 July, St Petersburg.
- Malmberg, B., Sandström, M., Sundström, G., & Lennartsson, C. (2015). När barnen går först – historiska aspekter på att förlora barn. Hälsohögskolan i Jönköping, Institutet för gerontologi. *Working Paper 2*, 2015.
- Moroney, R.M. (1976). *The Family and the State. Considerations for Social Policy*. London: Longmans.

- Nergård, T. B. (2015). Plikt eller kjaerlighet? Om voksne børns hjelp till aldrende foreldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1, 2, 108–118.
- Nilsson, L., & Sundström, G. (2012). De äldre – en outnyttjad resurs? *Äldre i Centrum*, 27, 2, 47–48.
- OECD. (2011). Help wanted. Providing and Paying for Long-Term Care. From www.oecd.org/health/longtercare/helpwanted
- Oudijk, D. Woittez, I. & de Boer, A. (2011). More family responsibility, more informal care? The effect of motivation on the giving of informal care by people aged over 50 in the Netherlands compared to other European countries. *Health policy*, 101: 228–235.
- Plagnol, A.C. & Huppert, F.A. (2009). Happy to Help? Exploring the Factors Associated with Variations in Rates of Volunteering Across Europe. *Social Indicators Research*, 97: 157–176.
- Romören, T. I. (2001). *Den fjerde alderen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Romören, T. I. (2012). *Voluntary Work in Norwegian Long Term Care – Prevalence, Forms, Interaction with Professionals and Potentials for the Future*. Research Project – Helseomsorg: Number: 222312.
- SOU 1940:22. Socialvårdskommitténs betänkande. *Statistisk undersökning angående kommunernas ålderdomshem*.
- SOU 1956:1. Åldringvård. Betänkande av 1952 års Åldringvårdsutredning.
- Sundström, G. (1988). Kvarboende – i Ljura och i allmänhet. I *Ljuraprojektet: Ett bostadssocialt förnyelseprojekt*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sundström, G., Ángeles Tortosa, M., Boll Hansen, E., Daatland, S.O., Herlofson, K., Johansson, L. & Puga Gonzalez, D. (2011). Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries. *Journal of Care Services Management*, 5, 1, 35–42.

- Socialstyrelsen (2004). *Äldres levnadsförhållanden. Hälsa, funktionsförmåga och vård- och omsorgsmönster*. (www.socialstyrelsen.se Förf. B. Malmberg & G. Sundström).
- Socialstyrelsen (2006). *Omsorg människor emellan. En översikt av omsorgsgivande i den svenska befolkningen*. (www.socialstyrelsen.se Förf. G. Sundström & B. Malmberg).
- Socialstyrelsen (2012). *Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser*. (www.socialstyrelsen.se).
- Sundström, G. (2009). Demography of Aging in the Nordic Countries. I P. Uhlenberg (Ed.). *International Handbook of Population Aging*. New York: Springer.
- Szebehely, M., Ulmanen, P. & Sand, A-B. (2014). Att ge omsorg mitt i livet: hur påverkar det arbete och försörjning? Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete, *Arbetsrapport 2014:1*.
- Teeland, L. (1978). Keeping in Touch. The Relation Between Old People and Their Adult Children. Göteborgs universitet. *Monograph from the Department of Sociology* 16. Ak. avh.
- Warburton, J., & Jeppsson Grassman, E. (2011). Variations in older people's social and productive ageing activities across different social welfare regimes. *International Journal of Social Welfare*, 20: 180–191.
- Zetterberg, H. (1995). Civila samhället, demokratin och välfärdsstaten. I L. Trägårdh (Ed.). *Civilt samhälle kontra offentlig sektor*. Stockholm: SNS förlag

Tabell 1. Befolkningsstudier genomförda av Ersta Sköndal högskola av anhörigas insatser 1992, 1998, 2005, 2009 & 2014

| | Nettourval | Intervjuade (n) | Svarsfrekvens (%) |
|------|-------------------|------------------------|--------------------------|
| 1992 | 1461 | 1045 | 70 |
| 1998 | 1580 | 1104 | 70 |
| 2005 | 2000 | 1393 | 70 |
| 2009 | 1776 | 1244 | 70 |
| 2014 | 2252 | 1258 | 56 |

Tabell 2. Anhörigomsorg för någon utanför och i det egna hushållet, efter hushållstyp, hjälpbehov och insats. Sverige 2005, 2009 och 2014, 16–84 år. Befolkningsprocent och genomsnittligt antal omsorgstimmar per månad

| | Hjälp utanför eget hushåll, ej särskilt behov av omsorg | Hjälp utanför eget hushåll, särskilt behov av omsorg | Hjälp i eget hushåll, särskilt behov av omsorg |
|---------------------------|---|--|--|
| 2005: Anhöriginsatser (%) | 28 | 22 | 5 |
| Timmar i genomsnitt/månad | 9 | 14 | 67 |
| 2009: Anhöriginsatser (%) | 24 | 19 | 5 |
| Timmar i genomsnitt/månad | 15 | 20 | 91 |
| 2014: Anhöriginsatser (%) | 26 | 14 | 5 |
| Timmar i genomsnitt/månad | 14 | 15 | 47 |

Källa: von Essen, J. Jegermalm, M. & Svedberg, L. (2015).

Tabell 3. Hjälpgivare 16–84 i Sverige efter mottagarens hushållstyp, hjälpbehov och omsorgspanorama, 2009 och 2014. Procent

| | Hjälp utanför eget hushåll, <i>ej</i> särskilt behov av omsorg | | Hjälp utanför eget hushåll, särskilt behov av omsorg | | Hjälp i eget hushåll, särskilt behov av omsorg | | Alla omsorgsgivare | |
|--|--|-------------|--|-------------|--|-------------|--------------------|-------------|
| Mottagaren av anhörighjälp fick ytterligare hjälp från: | | | | | | | | |
| | <u>2009</u> | <u>2014</u> | <u>2009</u> | <u>2014</u> | <u>2009</u> | <u>2014</u> | <u>2009</u> | <u>2014</u> |
| Släkting/ar | 45 | 48 | 59 | 61 | 37 | 27 | 52 | 48 |
| Granne/vän | 33 | 34 | 31 | 34 | 24 | 17 | 32 | 29 |
| Frivillig-organisation | 2 | 0 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Offentlig omsorg | 9 | 9 | 53 | 61 | 29 | 31 | 28 | 26 |
| Privata företag | <1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 | 2 | 2 |
| Inget av alternativen | 34 | 35 | 10 | 11 | 41 | 48 | 25 | 28 |

* N 2009 = 570, 2014 = 531. Källa: Egna beräkningar på ESH:s studier 2009 och 2014.