

Kvarboende eller flyttning på äldre dagar – en kunskapsöversikt

Kristina Larsson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2006:9
ISSN 1401-5129



Förord

Den så kallade kvarboendepincipen, det vill säga att samhället ska möjliggöra för den enskilde att kunna bo kvar i sitt eget hem, har varit den officiella policyn i decennier. Äldre personers faktiska möjlighet att bo kvar påverkas av en mängd faktorer som hälsa, familjeförhållanden, ekonomi samt bostädernas tillgänglighet för dem med funktionsnedsättning. Syftet med denna rapport är att sammanställa aktuell kunskap om de äldres boende i vid bemärkelse, både i ordinärt och särskilt boende. Syftet är också att beskriva faktorer som leder till flyttning respektive kvarboende på äldre dagar.

Rapporten är utarbetad på uppdrag av Hjälpmedelsinstitutet, som också finansierat arbetet, av fil. dr. Kristina Larsson vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Boende är ett prioriterat område för Hjälpmedelsinstitutet. Att få en bättre bild av förutsättningarna för att uppnå en god livskvalitet i boendet för äldre personer med nedsatta funktionsförmågor är helt nödvändigt för att rätt beslut ska kunna fattas. Sedan flera år driver Hjälpmedelsinstitutet flera stora projekt som berör metoder och teknik, allt i syfte att ge ett bättre stöd i vardagen till såväl yngre som äldre och deras anhöriga/närstående.

Rapporten är ett av flera bidrag till ett nordiskt projekt – NordBo, delfinansierat av Nordiska utvecklingscentret för handikapphjälpmedel (NUH), där Hjälpmedelsinstitutet deltagit från svensk sida.

Stockholm 2006-12-01

Sven Erik Wånell
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Claes Tjäder
Hjälpmedelsinstitutet

Sammanfattning	1
Inledning	2
Demografisk utveckling	2
Befolkningsprognoser	3
Regionala skillnader.....	3
Övriga länder i Norden.....	4
Ordinärt boende	7
Bostadstyp.....	7
Hushållssammansättning.....	7
Tillgänglighet.....	9
Seniorboende	10
Flyttningar inom det ordinära bostadsbeståndet	11
Förändrade familjeförhållanden	11
Flyttning för att komma närmare anhöriga	12
Livsstilsrelaterade flyttningar.....	13
Faktorer som kan underlätta kvarboende	13
Hemtjänst.....	13
Anhörigstöd	15
Bostadsanpassning	16
Hjälpmedel.....	17
Olycksförebyggande åtgärder.....	18
Brandskydd	18
Fallskador	18
Servicetjänster i hemmet	19
Särskilt boende	19
Vad är särskilt boende?	20
Utvecklingen de senaste decennierna	20
Vilka bor i särskilt boende?	21
Bostadsstandard.....	23
Flyttning inom särskilt boende	23
Vad utlöser en flyttning till särskilt boende?.....	24
Bristande stöd till anhöriga	25
Korttidsboende	26
Hur vill de äldre själva bo?	26
Fortsatta studier behövs	27
Referenser	29

Sammanfattning

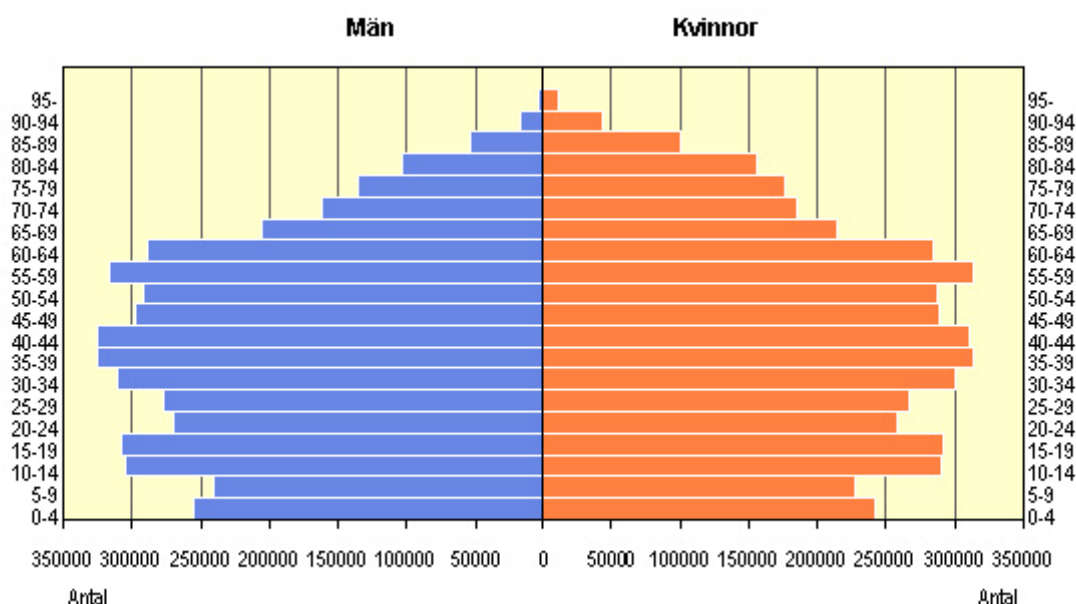
- Sverige har den högsta andelen personer i åldersgruppen 80 år eller äldre i världen; fem procent. Denna andel väntas vara konstant fram till 2020-talet.
- Störst andel äldre personer som är 80 år eller däröver finns i Norrlands inland samt i sydöstra Småland. Lägst andel äldre finns i kranskommunerna runt Stockholm.
- Majoriteten av den äldre befolkningen som bor i "vanliga" bostäder bor i småhus; i åldersgruppen 80 år och däröver hälften av männen och en tredjedel av kvinnorna.
- Hälften av dem som är 80 år eller äldre bor i bostäder med bristande handikapp-tillgänglighet.
- Majoriteten av kvinnorna bor ensamma i slutet av sina liv medan flertalet män är sammanboende livet ut. Störst andel ensamstående äldre personer finns i Norrlands inland samt i Stockholms innerstad.
- De flesta äldre personer bor relativt nära sina barn. Det är framför allt äldre personer i Västerbottens och Norrlands inland som har sina närstående på långt avstånd.
- Hemtjänst kan underlätta för äldre personer att bo kvar i ordinärt boende. Andelen personer som får hemtjänst har minskat under de senaste decennierna och hjälpen har koncentrerats till personer med stora hjälpbehov. De som har mindre omfattande hjälpbehov får i större utsträckning förlita sig till hjälp från anhöriga, eller köpa privata tjänster.
- Merparten av all vård och omsorg till äldre personer i eget boende ges av anhöriga, framför allt av make/maka eller vuxna barn. Stöd till de anhöriga kan underlätta kvarboende. De flesta kommuner erbjuder avlösning/avlastning i hemmet samt dagvård/dagverksamhet.
- Det stora flertalet av dem som får bostadsanpassning är över 65 år. Vanligtvis avser anpassningen mindre åtgärder som justering av trösklar, anpassning av badrum, montering av ramper, anpassning av dörrar, installation av spisvakt/timer och montering av stödhandtag.
- De flesta som använder hjälpmedel är över 65 år. Antalet sålda rollatorer har fördubblats på femton år och det beräknas finnas ca 240 000 rollatoranvändare.
- För att underlätta kvarboende och minska fallolyckor erbjuder vissa kommuner servicetjänster i hemmet, exempelvis för att byta glödlampor eller sätta upp gardiner.
- Andelen äldre som bor i särskilt boende har minskat de senaste decennierna och numera krävs omfattande vård- och omsorgsbehov för att flytta till ett sådant boende. Ca 100 000 personer bor i särskilt boende, de flesta 80 år eller äldre.
- Mellan år 2000 och 2005 minskade antalet personer som bodde i särskilt boende med ca 18 000 st. Det beror bland annat på att kommunerna omvandlat servicehus som inte uppfyller dagens krav på omsorgsboende till seniorbostäder. Den som flyttar till särskilt boende har numera omfattande omvårdnadsbehov och mycket få flyttningar skulle kunnat förhindras eller skjutas upp.
- En successiv förbättring av boendestandarden har skett inom de särskilda boendena. Fortfarande år 2005 delade dock ca 2 000 personer rum med någon som inte var deras make/maka eller annan närstående.

Inledning

En viktig del av den svenska äldrepolitiken är att underlätta för äldre personer att leva ett självständigt liv (1). Den så kallade kvarboendepincipen, det vill säga att samhället ska göra det möjligt för den enskilde att kunna bo kvar i den egna bostaden så länge man själv vill, har varit den officiella policyn i flera decennier. Även för personer som flyttat till särskilt boende är målet ett så självständigt liv som möjligt, liksom kvarboende i den bemärkelsen att man inte ska behöva flytta flera gånger om hälsotillståndet förändras. För att dessa mål ska kunna förverkligas krävs bland annat att bostaden och närmiljön fungerar för den som drabbas av sjukdom eller funktionsnedsättning. Det behövs också en väl utbyggd vård och omsorg som ger hjälp och service till personer som inte klarar sin dagliga livsföring på egen hand.

Demografisk utveckling

År 2005 var drygt 1,5 miljoner svenskar 65 år eller äldre (17 % av befolkningen) och 487 000 var 80 år eller äldre (5 % av befolkningen). Sverige har därmed världens "äldsta" befolkning om man ser till andelen personer som är 80 år eller äldre. Detta är delvis ett resultat av att befolkningen blir allt äldre, men beror också på att andelen personer i yngre åldrar är förhållandevis liten. I början av 1900-talet var den så kallade befolkningspyramiden verkligen pyramidformad, med många barn i botten och ett litet antal äldre i pyramidens topp. Genom att medellivslängden ökat, och att antalet barn per familj minskat, har pyramiden blivit mer spolförmad (Figur 1).



Figur 1. Sveriges befolkning 31 december 2005. Källa: SCB:s hemsida.

Under det senaste århundradet har dödligheten per åldersgrupp minskat avsevärt, även i de äldsta åldersgrupperna. Under 1900-talets första decennium hade en man som blivit 65 år i genomsnitt 13 år kvar att leva; en kvinna i snitt 14 år kvar. År 2004 hade en 65-årig man i genomsnitt 17 år kvar att leva och en 65-årig kvinna i snitt 21 år att leva. Under hundra år har alltså förväntad medellivslängd för 65-åringar ökat med 4 år för män och 7 år för kvinnor.

Ett annat sätt att beskriva ökningen av befolkningens livslängd är att uttrycka det i termer av relativ dödsrisk. Samma dödsrisker som man år 1965 hade som 50-, 65-, 75- och 85-åring har man idag vid 55, 71, 81 respektive 89 års ålder (2).

Befolkningsprognoser

Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) prognoser väntas antalet personer i åldersgruppen 65–79 år öka från 1,1 miljoner år 2005 till drygt 1,4 miljoner år 2015. Den kraftiga ökningen av antalet yngre pensionärer beror på att 1940-talets stora födelsekohorter når pensionsåldern under det närmaste decenniet.

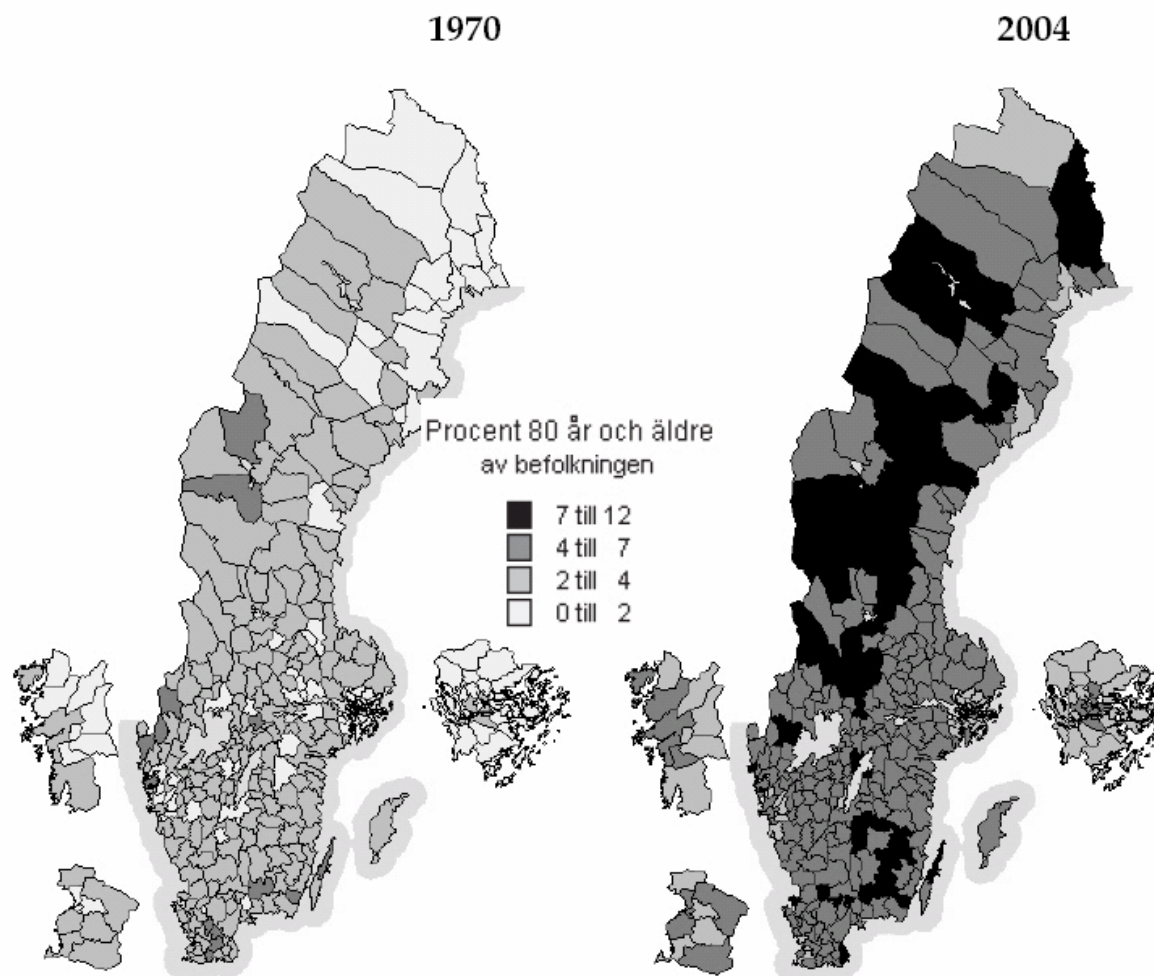
Antalet personer i åldersgruppen 80 år och äldre förväntas dock vara konstant under de närmaste tio åren. Det beror framför allt på att den stora åldersgrupp som föddes i början av 1900-talet successivt försvinner och ersätts av den betydligt mindre ålderskohort som föddes under 1930-talet. Först på 2020-talet väntas en kraftig ökning av åldersgruppen 80 år och äldre; de stora årskullar som föddes på 1940-talet gör då utslag i statistiken när de når den äldsta åldersgruppen (3).

Sammanlagt beräknas åldersgruppen 65 år och äldre öka med omkring 326 000 personer fram till år 2015. På grund av att männens dödlighet minskar snabbare än kvinnornas kommer andelen män att öka bland de äldre. Även om det fortfarande kommer att finnas fler kvinnor än män i de äldsta åldrarna så beräknas kvinnoöverskottet att minska i åldersgruppen 65 år och äldre; från 208 000 år 2005 till 167 000 år 2015 (3).

Den minskade dödligheten avspeglas också i att medellivslängden beräknas fortsätta öka. År 2005 var medellivslängden 78,4 år för män och 82,8 år för kvinnor; år 2015 beräknas den ha ökat till 80,1 år för män och 83,8 år för kvinnor. Även på längre sikt räknar man med en minskad dödlighet och år 2050 beräknas medellivslängden vara 83,6 år för män och 86,3 år för kvinnor (3). Befolkningsprognoserna de senaste decennierna har dock genomgående slagit fel eftersom livslängden ökat mer än vad demograferna beräknat. Det är därför möjligt att dödligheten kommer att fortsätta sjunka och att antalet personer i de äldsta åldrarna därmed kommer att öka *mer* än man för närvarande beräknar.

Regionala skillnader

Det finns stora skillnader mellan olika delar av Sverige när det gäller befolkningens ålderssammansättning. Figur 2 visar andel personer som var 80 år och äldre år 1970 respektive 2004. Den visar tydligt hur befolkningen som helhet har åldrats under drygt tre decennier. Andelen äldre (80+) har ökat mest i Norrlands inland samt i sydöstra Småland. År 2004 hade exempelvis Dorotea och Åsele över 9 procent i denna åldersgrupp. Lägst andel äldre finner man i kranskommunerna runt Stockholm (4).



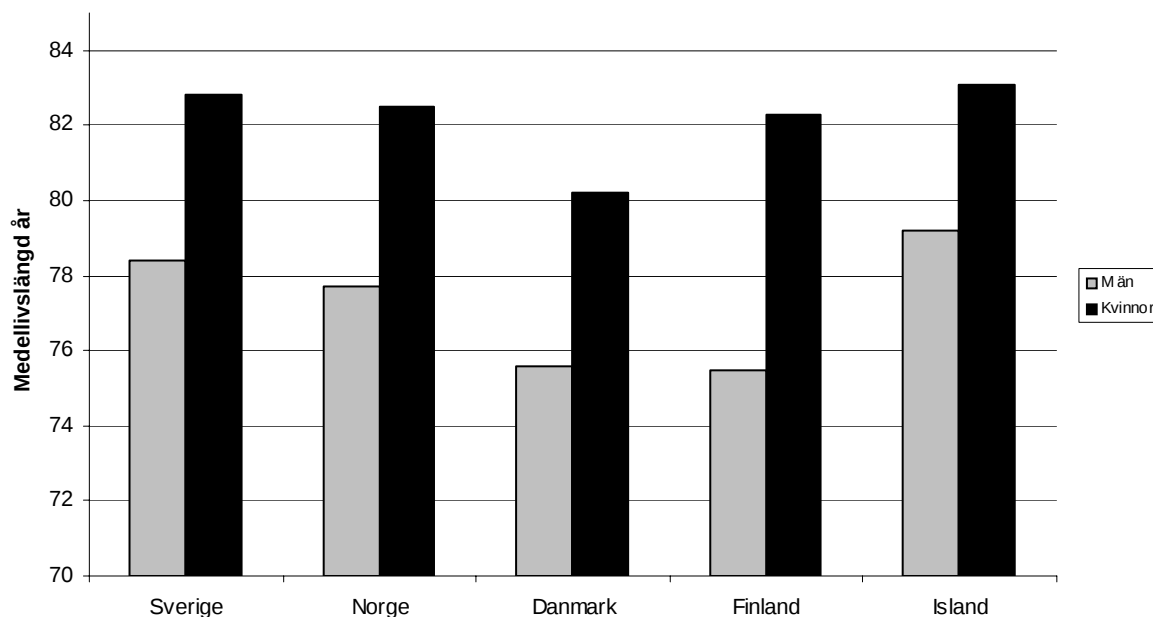
Figur 2. Andel 80 år och äldre 1970 och 2004 i Sveriges kommuner (%).

Källa: Alm Stenflo 2006, sid. 17 (4).

Övriga länder i Norden

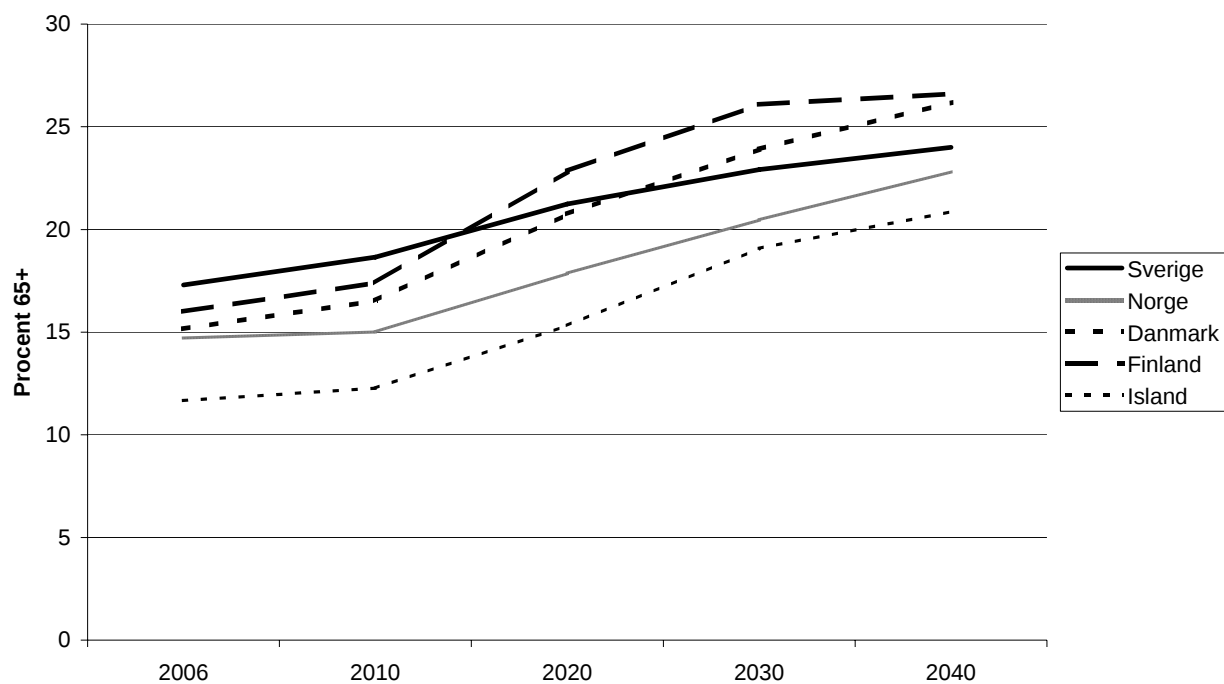
Folkmängden i de nordiska länderna har ökat under de senaste decennierna; den största ökningen har skett på Island och i Norge. I vissa regioner i Sverige och Norge har befolkningen minskat men på nationell nivå har det skett en ökning i båda länderna. Befolkningsökningen är dels ett resultat av ett födelseöverskott men beror också på en positiv nettomigration, det vill säga att fler personer flyttar till landet än som lämnar det. Nettomigrationen har haft störst inverkan på befolkningsökningen på Island, i Norge och Sverige samt på Åland; i övriga länder beror folkökningen på födelseöverskott (5).

Medellivslängden ökar i alla nordiska länder men varierar mellan länderna (Figur 3). Medellivslängden varierar också inom länderna; den högsta medellivslängden i Norden finns exempelvis bland kvinnor på Åland (84,0 år) som ingår i Finlands statistik nedan.



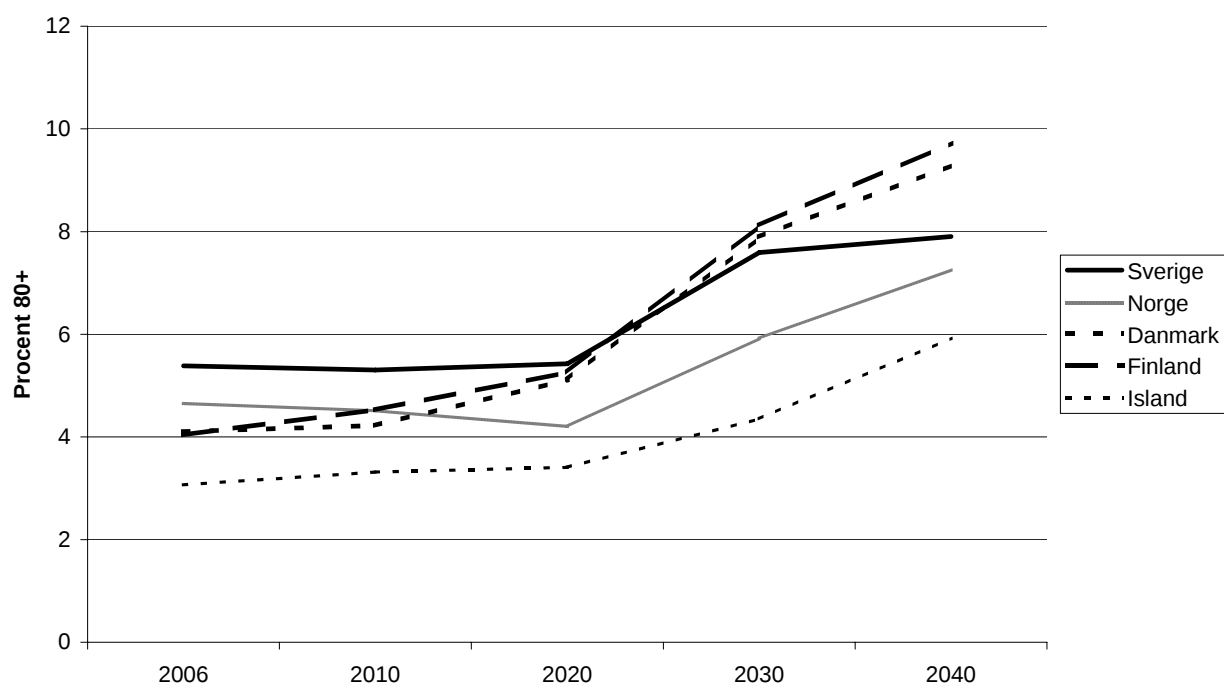
Figur 3. Förväntad medellivslängd vid födseln 2005 för kvinnor och män i de nordiska länderna. Källa: Nordisk statistisk årsbok, sid. 69 (5).

Enligt aktuella befolkningsprognoser kommer den äldre befolkningen att öka i samtliga nordiska länder, både i antal och i andel av befolkningen. Det är framför allt i den äldsta åldersgruppen (80+) som en ökning sker. Som framgår av Figur 4 och 5 beräknas både Danmark och Finland att få en högre andel äldre personer i befolkningen än Sverige. Ju längre tidsperiod prognoserna avser, desto osäkrare är dock prognoserna. Dessa påverkas framför allt av nettomigrationen, vilken är svår att förutse.



Figur 4. Andel av befolkningen 65 år och äldre i de nordiska länderna.

Källa: Nordisk statistisk årsbok, tabell 30 (5).



Figur 5. Andel av befolkningen 80 år och äldre i de nordiska länderna.

Källa: Nordisk statistisk årsbok, tabell 20 (5).

Ordinärt boende

Majoriteten av befolkningen som är 65 år eller äldre (94 %) bor i det ordinära bostadsbeståndet. Ca 100 400 personer (6 %) bor i särskilt boende (exempelvis servicehus, ålderdomshem, sjukhem, gruppboende); de allra flesta av dem är över 80 år.

Bostadstyp

I åldersgruppen 55 – 64 år bor två tredjedelar av befolkningen i småhus (villa, kedjehus eller radhus) och en tredjedel i flerbostadshus. I åldersgruppen över 65 skiljer sig boendet åt mellan män och kvinnor för dem som bor i det ordinära bostadsbeståndet. En betydligt större andel av männen bor i småhus; även bland de allra äldsta (80+) bor hälften i småhus. Bland kvinnor i samma åldersgrupp bor två tredjedelar i flerbostadshus (Tabell 1). Detta är ett uttryck för de skillnader i mäns och kvinnors livslängd som redovisats ovan. Majoriteten av männen är gifta och bor med sin maka till livets slut. De har därmed större praktiska och ekonomiska möjligheter att bo kvar i ett småhus.

Tabell 1. Boendeform bland personer i ordinärt boende, per åldersklass och kön, (%) 2002/03

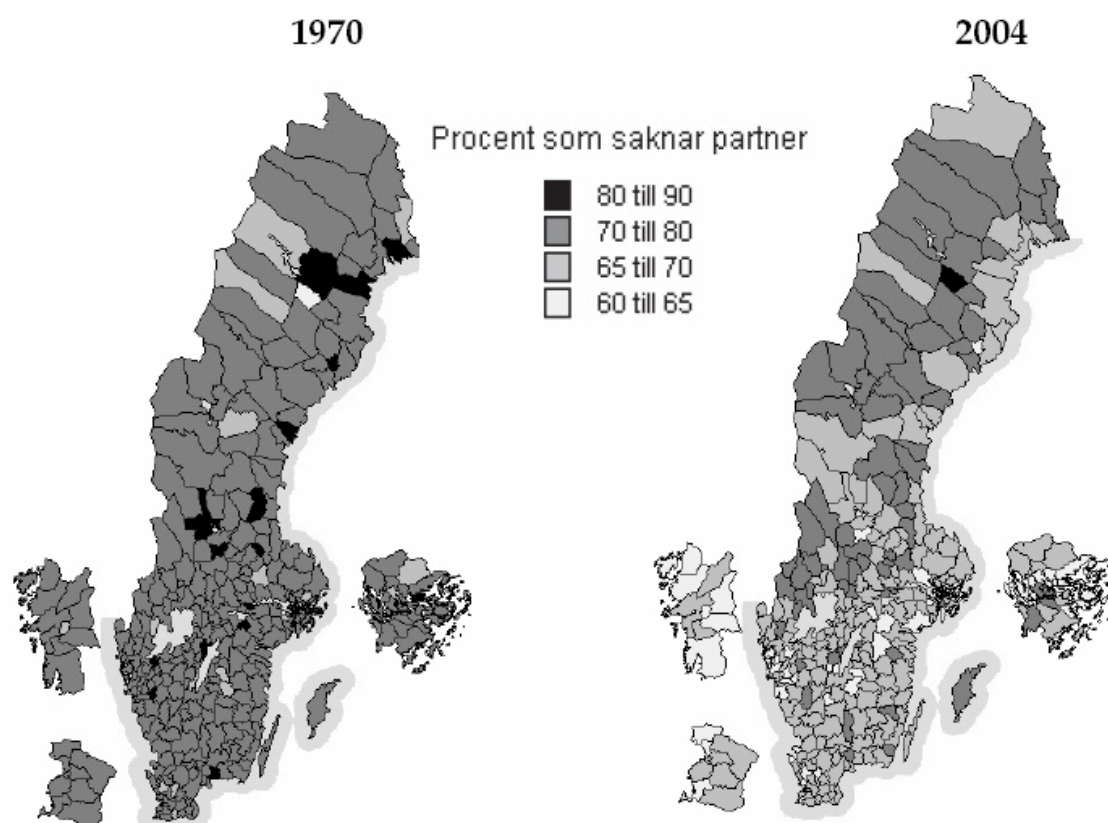
Boendeform	55-64		65-79		80+	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Småhus	69	63	67	51	50	34
Flerbostadshus	31	37	33	49	50	66

Källa: Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) 2002/03, egen bearbetning.

Hushållssammansättning

Sannolikheten för ett långt liv är inte jämnt fördelad mellan könen; i åldersgruppen 80 år och äldre finns det nästan dubbelt så många kvinnor som män (kvoten mellan antalet kvinnor och män är 1,8). De flesta kvinnor har gift sig med män som är äldre än de själva. Kvinnornas lägre ålder vid giftermålet, i kombination med männens högre dödlighet, gör att de löper större risk än män att bli ensamstående på äldre dagar. Detta leder till att majoriteten av kvinnorna bor ensamma i slutet av sitt liv, medan majoriteten av männen är sammanboende livet ut. I åldersgruppen 80 år och äldre lever ca 80 procent av kvinnorna i ensamhushåll, jämfört med ca 40 procent av männen i motsvarande åldersgrupp (6).

Som tidigare nämnts minskar skillnaderna i medellivslängd mellan män och kvinnor; detta innebär att gifta kvinnor blir änkor vid högre åldrar än tidigare. Som framgår av Figur 6 minskar andelen äldre som saknar en partner (make/maka eller sambo med gemensamma barn) över tid. Den högsta andelen ensamstående personer år 2004 fanns i Norrlands inland samt i Stockholms innerstad (4).



Figur 6. Andel personer 80 år och äldre som saknar en partner.
Källa: Alm Stenflo 2006, sid. 22 (4).

Många äldre par får ett långt liv tillsammans, något som tydligt framgår av det stora antalet guldbrylllopsannonser på tidningarnas familjesidor (7). Den ökade livslängden är dock ingen garanti för långa äktenskap eftersom skilsmässofrekvensen också ökat. Av dem som gifte sig 1955 hade endast 16 procent skilt sig efter tjugo år. Av dem som gifte sig 1980 var 34 procent skilda tjugo år senare (8).

I Tabell 2 visas fördelningen per hushållstyp och åldersgrupp enligt ULF-undersökningarna 2002/03. Här framgår att sambo-förhållanden är vanligare i yngre åldersgrupper (55-64 år) än bland äldre personer. Troligtvis kommer det att bli vanligare att vara samboende även i äldre åldersgrupper.

Tabell 2. Civilstånd och hushållstyp, per åldersklass och kön (%), 2002/03.

	Ensamboende		Sammanboende					
			Ensamstående*		Ej gifta		Gifta	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
55-64	20	27	3	4	14	9	63	60
65-79	23	42	2	2	7	4	68	52
80+	40	78	2	5	3	1	55	16

* Änka/änkling, frånskild eller ogift som bor tillsammans med exempelvis barn eller syskon.

Källa: ULF 2002/03, egen bearbetning.

Tillgänglighet

Andelen personer med rörelsehinder ökar med stigande ålder. I åldersgruppen 65 – 79 år uppger en femtedel av de intervjuade i ULF-undersökningarna att de inte kan springa en kortare sträcka, stiga upp på en buss eller ta en kortare promenad. I åldersgruppen 80 år och däröver uppger drygt hälften att de har sådana rörelsehinder. Rörelsehinder är vanligare bland kvinnor än bland män och det gäller både bland yngre och äldre ålderspensionärer (9).

Även om antalet bostäder som är tillgängliga för personer med rörelsehinder har ökat under senare år så bor majoriteten av den äldre befolkningen i bostäder som kan vara svåra att bo kvar i om man får nedsatt rörelseförmåga. Närmare hälften (47 %) av de intervjuade i åldersgruppen 80 år och äldre bodde i en bostad med bristande tillgänglighet (den var inte belägen i bottenvåningen och den saknade hiss till våningsplanet). En ännu högre andel (70 %) bodde i bostäder som inte var tillgängliga för personer i rullstol (med trappor inom- eller utomhus). (Tabell 3).

Tabell 3. Personer i det ordinära bostadsbeståndet som bor i bostäder med bristande tillgänglighet, per åldersklass, 2002/03

	55-64		65-79		80+	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Belägen över bottenvåningen utan hiss till våningsplanet	634 000	58	570 000	54	180 000	47
Trappsteg inom- eller utomhus	837 000	76	802 000	76	271 000	70

Källa: ULF 2002/03, egen bearbetning.

Seniorboende

Seniorboende är en form av kategoribostäder i det ordinära bostadsbeståndet som är avsedda för ”äldre” personer, vanligtvis 55 år och däröver. Begreppet seniorboende är inte strikt definierat men i allmänhet avses man bostäder på den öppna marknaden, reserverade för personer i en viss ålder (ibland finns även en övre åldersgräns för inflyttning). Med denna definition utesluter man lägenheter i servicehus eller motsvarande som förmedlas av socialtjänsten efter individuell behovsprövning.

Seniorbostäder och servicehus har dock gemensamma rötter, som en boendeform mellan vanligt boende och vård- och omsorgsboende. Flera undersökningar under 1950- och 1960-talen visade att pensionärerna hade sämre bostadssituation än den övriga befolkningen. För att råda bot på detta beslöt man i Stockholms stad år 1950 att pensionärslägenheter i första hand skulle byggas i den vanliga hyreshusbebyggelsen. En del av dessa byggdes som pensionärshem, andra som så kallade insprängda pensionärslägenheter (10). Under 1970-talet byggdes olika former av servicebostäder som benämndes som servicehus, pensionärshotell, bostadshotell etc. Syftet var att ge en god bostadsstandard till äldre personer som inte hade så stora behov av omsorg. Genom att flytta till lättskötta bostäder med matsal och annan service skulle den äldre kunna klara sig själv. Trygghet skulle förenas med frihet och självständighet – tankegångar som känns igen från dagens seniorboende. Med Socialtjänstlagen 1982 blev bostad i servicehus en del av det bistånd som äldre personer kunde få inom ramen för kommunens äldreomsorg.

Seniorbostäder i det vanliga bostadsbeståndet började byggas ut i större skala under senare delen av 1980-talet, även om skillnaden mellan specifika ”seniorhus” och vanliga bostadshus med många äldre kan vara marginella (11). År 2000 beräknades antalet seniorbostäder i Sverige till ca 11 400; vid en förnyad inventering 2005 fann man 18 400 seniorbostäder (vilket dock troligtvis är en underskattning) (12). Fördelningen på fastighetsägare vid de två inventeringarna visas i Tabell 4.

Tabell 4. Andel seniorbostäder 2000 respektive 2005 per kategori av fastighetsägare

Fastighetsägare	2000	2005
	Andel (n=11 373)	Andel (n=18 428)
Bostadsrättsföreningar	40	17
Privata fastighetsägare, bolag eller liknande	9	9
Kommunala bolag	24	60
Stiftelser	9	10
Annat (bl.a. kooperativ)	3	4
Går ej att utläsa	15	-

Källa: Sveriges Kommuner och landsting 2005, sid. 3 (12).

Andelen seniorbostäder i kommunala bostadsbolag har ökat från 24 till 60 procent mellan 2000 och 2005 (Tabell 4). Detta beror i stor utsträckning på att kommunerna omvandlat särskilda boenden, framför allt servicehus, till seniorbostäder. Ökningen beror också på att kommunala bostadsföretag gjort om lägenheter i det befintliga bostadsbeståndet till seniorbostäder.

Trenden att omvandla servicehus till seniorboende kommer säkerligen att fortsätta som en konsekvens av att kommunerna fortlöpande koncentrerar äldreomsorgens resurser till personer med stora omsorgsbehov. Många servicehus som byggdes under 1970-talet uppfyller inte dagens krav på särskilt boende för mycket omsorgsbehövande personer och avvecklas därför. Avvecklingen av servicehus innebär också besparingar för kommunen, exempelvis flyttar ansvaret för hälso- och sjukvård, inklusive hjälpmedel, över från kommunen till landstinget när servicehusen "skyltas om" från särskilt till ordinärt boende. Besparingar kan också göras genom att gemensamma ytor som använts som träfflokaler, hobbyrum, matsal etc. avvecklas och kostnaderna förs över från äldreomsorgen till bostadsföretagen/hyresgästerna. När boendet omvandlas till ordinärt boende minskar även kraven på brandlarm, på nattbemanning av omsorgspersonal och lokaler för detta etc.

Utvärderingar av omvandlingar till seniorboende runt om i landet visar att utvecklingen ser väldigt olika ut i olika kommuner. Det är vanligt att man försöker behålla de gemensamma lokalerna, även om ytorna ofta krymps. I vissa fall inrättar kommunen verksamheter som är öppna för pensionärer även i kringliggande områden; i andra bekostar kommunen lokalhyran men det blir upp till ideella krafter att driva verksamheten vidare. Vissa kommuner behåller hemtjänstlokaler, driver restaurang etc. medan andra helt överlåter driften till bostadsföretaget (10, 13).

Flyttningar inom det ordinära bostadsbeståndet

Äldre personer flyttar mer sällan än yngre personer. Den regionala flyttningsfrekvensen (mellan län och kommuner) sjunker ju äldre man blir. Den lokala flyttningsfrekvensen (inom kommun eller församling) sjunker kring pensionsåldern eller decenniet därefter och stiger sedan (14).

De flesta som flyttar byter till en annan bostad i närheten medan endast en mindre grupp flyttar utanför kommunen. Någon tydlig migrationstrend bland pensionärer kan (ännu) inte ses (14), men kan möjligtvis bli vanligare när de som nu är medelålders blir pensionerade (se nedan avsnittet "Livsstilsrelaterade flyttningar").

Förändrade familjeförhållanden

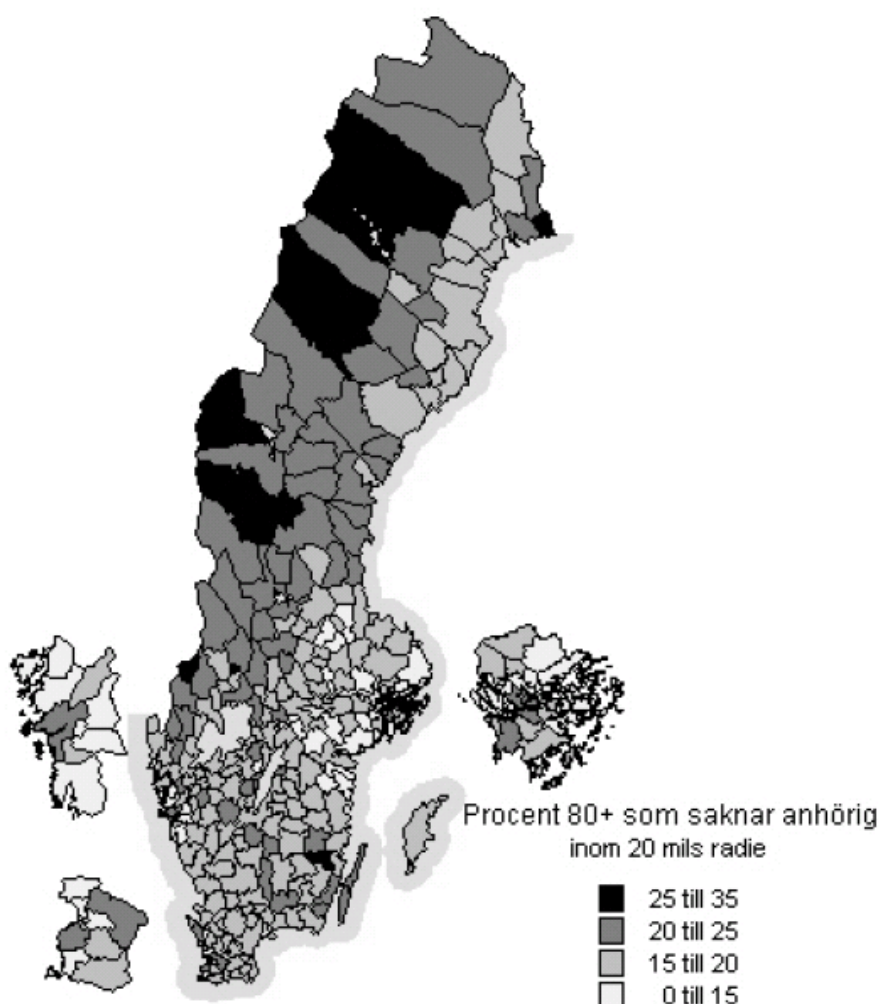
En vanlig orsak till att äldre personer flyttar är förändrade familjeförhållanden, vanligtvis att maken/makan gått bort. En studie från Örebro fann att nästan en femtedel av dem som blivit änkor/änkemän bytte bostad inom två år (Ekström och Danemark 1993, refererad i 15).

Det är framför allt kvinnor som genom sin längre livslängd blir ensamma i hög ålder. Många kvinnor flyttar när de blir ensamma för att få en mindre bostad. I många fall påskyndas detta av att deras ekonomi försämrats när de blivit ensamstående; kvinnor har i genomsnitt lägre pensioner än män i varje åldersklass (16).

Flyttning för att komma närmare anhöriga

Avståndet till anhöriga har betydelse för möjligheten att träffas och ge och ta emot hjälp. Det är förhållandevis ovanligt att äldre personer delar hushåll med sina barn. I den äldsta åldersgruppen (80+) bor 2 procent av männen och 5 procent av kvinnorna tillsammans med barn eller syskon (Tabell 2).

De flesta äldre personer bor ändå nära sina barn. Drygt hälften av alla barn bor i samma kommun eller högst en mil från föräldrarna; 70 procent högst 5 mil från föräldrarna. Ensamboende kvinnor (80+) bor närmare barnen än de som bor med en partner, vilket tyder på att modern (eller barnet) flyttat för att komma närmare. Motsvarande mönster finns inte bland män (4). Det är framför allt äldre personer i Västerbottens och Norrbottens inland som har sina närstående på långt avstånd, 20 mil eller längre bort (Figur 7).



Figur 7. Andel 80 år och äldre som saknar närstående inom 20 mils radie år 2004.
Källa: Alm Stenflo 2006, sid. 27 (4).

Livsstilsrelaterade flyttningar

En tydlig tendens är att äldre personer i större utsträckning *flyttar utomlands*. Närmare tio procent av befolkningen (60+) som flyttade under 1998, flyttade från Sverige; en fördubbling jämfört med tjugo år tidigare (17). En orsak till detta är att personer som tidigare invandrat till Sverige återvänder till sina ursprungsländer efter pensioneringen. Här finns betydande nationella variationer bland äldre med olika ursprung; invandrare från Grekland och Italien återvänder i betydligt större utsträckning än de som kommer exempelvis från Polen eller Turkiet (18). År 2004 emigrerade 1 415 personer från Sverige, drygt hälften av dem var svenska medborgare (19).

En annan trend är att svenskar flyttar utomlands för att komma till ett varmare klimat, ofta till den franska eller spanska medelhavskusten. Om man ska gå efter studier av Kairos Future så planerar många i den så kallade rekordgenerationen (födda 1945-1954) att flytta söderut. Redan idag äger många personer fastigheter utomlands och var fjärde uppger att de med säkerhet kommer att flytta till ett varmare land eller ett land där pensionen räcker längre. Endast 37 procent är främmande för tanken att flytta, medan övriga kan tänka sig att flytta om tillfället är det rätta (20). Troligtvis är uppgifterna om antalet personer som med säkerhet kommer att flytta betydligt överskattade. Fyrtioalisternas möjligheter att realisera sina boendepåplaner påverkas exempelvis av det omsorgsansvar som många har för åldrande föräldrar och/eller barnbarn (21). De som vill flytta kanske i stället blir så kallade snowbirds – personer som pendlar mellan Sverige och något varmare land där de tillbringar en kortare eller längre del av året. I slutet av 1990-talet beräknades över 40 000 svenskar bo permanent eller under längre tidsperioder i Spanien, inklusive Balearerna och Kanarieöarna (22).

Ett scenario för personer som går i pension är att *flytta tillbaka till hembygden*. Bland ”rekordgenerationen” verkar detta dock inte vara ett vanligt val; knappt var femte person planerar att flytta till sin eller sin respektives uppväxtort. Här ingår också personer som är födda och uppväxta i andra länder och där en flytt till hembygden innebär att flytta utomlands (20). Ett annat framtidsscenario är att *flytta till fritidshuset*. Ungefär lika stor andel, knappt var femte i ”rekordgenerationen”, planerar att flytta till sitt fritidshus när de blir pensionerade (20). Tidigare studier har visat att en sådan flytt främst verkar vara ett manligt projekt, det ska byggas om och byggas till på fritidshuset. Kvinnor förknippar fritidshusboende med ökad arbetsbörda i större utsträckning än männen och prioriterar större boendeyta för att behålla kontakt med barnbarnen. Denna könsskillnad bekräftas även i senare studier (21)

Faktorer som kan underlätta kvarboende

Äldre personer bor i allt större utsträckning kvar i sin vanliga bostad även med omfattande funktionsnedsättningar och omsorgsbehov. För att klara sig hemma finns möjlighet att få hjälp från den kommunala hemtjänsten, att få hjälp med anpassning av bostaden samt att få hjälpmedel för att underlätta det dagliga livet.

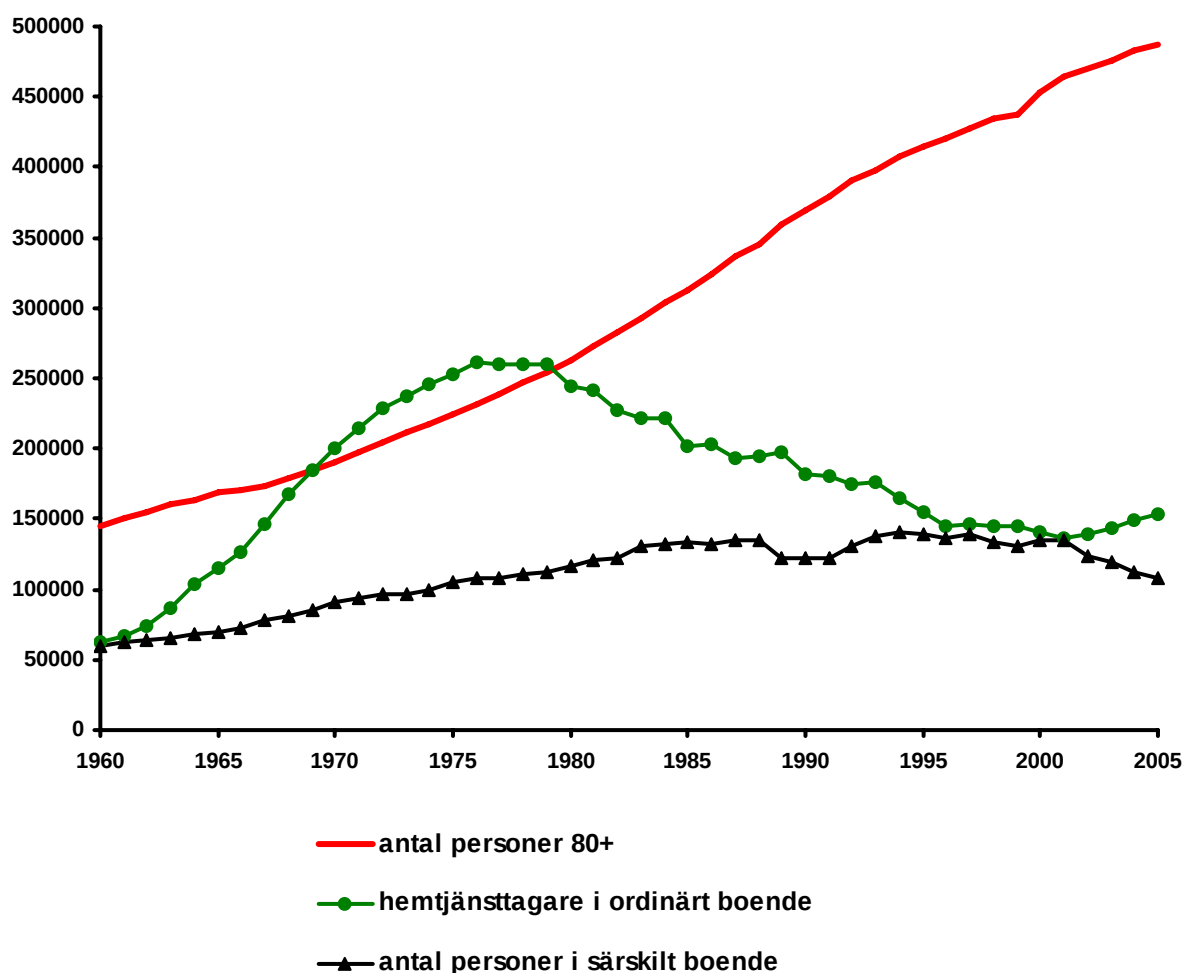
Hemtjänst

Den moderna äldreomsorgen startade i Sverige under 1950-talet när hemtjänst i eget hem introducerades. Dessförinnan var en plats på ålderdomshem den enda äldreomsorg som samhället kunde erbjuda. Författaren Ivar Lo-Johansson startade med sina debattskrifter och reportage i början av 1950-talet en diskussion om svensk åldringsvård som lyfte fram den förnedring och tristess som rådde på många ålderdomshem (23). Hans upprop om ”hemvård i stället för vårdhem” ledde så småningom till att äldreomsorgens inriktning förändrades och att

hemtjänst i eget hem började byggas ut – starten på den så kallade hemmaboendeideologin (24).

Antalet personer med hemtjänst ökade kraftigt från 1960 till början av 1980-talet då närmare en fjärdedel av ålderspensionärerna fick hemtjänst någon gång under året. Därefter har antalet personer med hemtjänst successivt minskat. Samtidigt har antalet personer 80 år och äldre, där majoriteten av hjälptagarna finns, tredubblats sedan 1960. Jämfört med 1980 finns det idag runt 100 000 färre personer (oavsett ålder) som får hjälp från hemtjänsten, samtidigt som antalet 80 år och äldre i befolkningen har ökat med mer än 200 000 (Figur 8).

Det är framför allt bland yngre äldre som äldreomsorgsinsatserna har minskat. År 1980 fick 14 procent av åldersgruppen 65-79 år äldreomsorg i form av hemtjänst eller plats i särskilt boende, jämfört med 5 procent år 2005. En del av denna minskning kan förklaras av förbättrad hälsa bland de äldre, framför allt bland yngre pensionärer (25). Också de äldsta (80+), där hälsoförbättringarna har varit betydligt mer begränsade, har berörts av äldreomsorgsminskningen. År 1980 fick 34 procent av befolkningen som var 80 år och äldre hemtjänst; år 2005 var motsvarande andel 20 procent (26, 27).



Figur 8. Antal hemtjänstagare i ordinärt boende (alla åldrar), antal personer i särskilt boende inklusive geriatrisk vård (alla åldrar) samt antal personer i befolkningen 80 år och äldre. 1960-2005. Källa: SCB samt Socialstyrelsen för respektive år (16, 27).

Det minskade utbudet av hemtjänst som kan avläsas i Figur 8 blir inte fullt så dramatiskt när det relateras till de äldres egen uppfattning om behov av hjälp. Jämförelser mellan ULF-undersökningarna 1988/89 och 2002/03 visar att andelen äldre personer som rapporterade behov av hjälp i hushållet eller med personlig omsorg minskade under denna femtonårsperiod. När ett flertal behovsrelaterade faktorer vägs samman står det emellertid klart att det minskade utbudet av hemtjänst inte vägs upp av minskade behov i den äldre befolkningen, utan en reell reduktion av andelen hjälptagare i förhållande till behov i befolkningen har skett (33).

Äldreomsorgens resurser har allt mer koncentrerats till personer med stora hjälpbehov. Tröskeln för att få hemtjänst har höjts men de som får hjälp får mer omfattande hjälpinsatser än tidigare. Detta avspeglas i att kostnaderna per äldreomsorgsmottagare (i fasta priser) har ökat med 68 procent mellan 1985 och 2002 (29). De som enbart behöver hjälp med hushållssysslor som städning och matinköp får dock oftare lita till hjälp från anhöriga, eller köpa privata tjänster.

Anhörigstöd

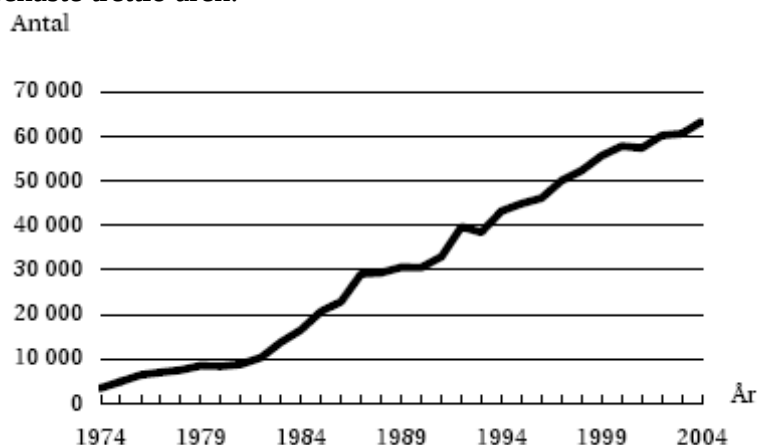
Merparten av all vård och omsorg till äldre personer i eget boende ges av anhöriga. Det är framför allt maka/make eller vuxna barn som hjälper sina närstående med allt från socialt stöd till omfattande omvårdnadsinsatser (30, 31). Anhörigomsorgens omfattning är svår att uppskatta. Den som exempelvis hjälper en dement make kan vara sysselsatt dygnet runt. Många anhöriga försöker också hjälpa till så diskret att hjälpen blir "osynlig". De försök som gjorts att mäta omfattningen av anhörigas hjälp till närstående har kommit fram till att anhörigas insatser motsvarar två till tre gånger den offentliga hjälpen för dem som bor i ordinärt boende (32).

I takt med att andelen äldre med hemtjänst minskat har de anhörigas insatser ökat (31, 33). Det förefaller som att anhöriga fått fylla ut gapet mellan de äldres behov och tillgängliga resurser för vård och omsorg. Det är vanligt att kommunerna prövar om make/maka kan utföra hjälpinsatser till varandra, åtminstone när det gäller husliga sysslor. Det har också blivit vanligare att höra sig för om det finns vuxna barn i närheten som kan hjälpa den äldre. En fjärdedel av kommunerna inkluderar tillgång till vuxna barn i biståndsbedömningen, trots att detta saknar stöd i lagstiftningen (34).

Många anhöriga har en tung omsorgsburda och behovet av stöd har blivit uppenbart under senare år. Staten har avsatt särskilda stimulansmedel i flera omgångar sedan 1999 för att utveckla stödet till anhöriga. En enkät till kommunerna år 2005 visade att den vanligaste formen av stöd till anhöriga är olika former av avlösning/avlastning (35). Samtliga kommuner som uppgivit att de hade anhörigstöd svarade att de kunde erbjuda avlösning i form av *korttidsboende/korttidsvård*. I stort sett alla kommuner kunde också erbjuda avlastning i form av *dagvård/dagverksamhet* samt *avlösning i hemmet*. Tre fjärdedelar av kommunerna satsade på att bryta de anhörigas isolering genom att anordna *anhörigcirklar/anhöriggrupper*, fyra av tio genom att ordna en *anhörigcentral/träffpunkt* och var tredje ordnade *utbildning* för de anhöriga. (Se vidare avsnittet "Vad utlöser en flyttning till särskilt boende").

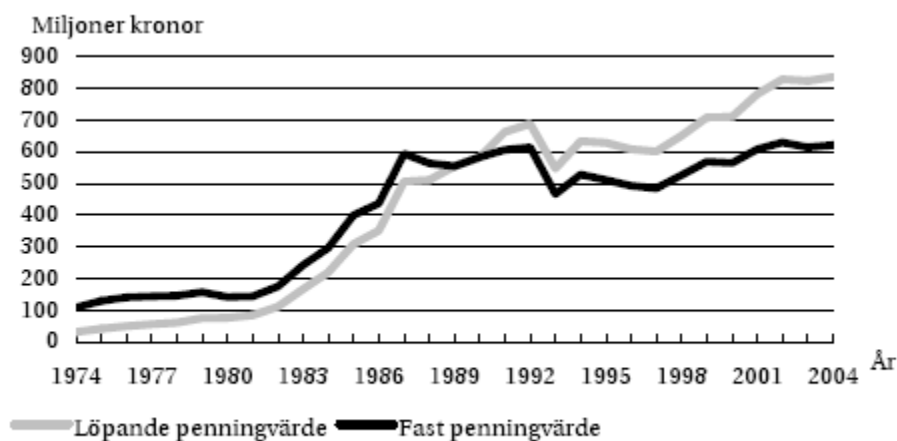
Bostadsanpassning

För att underlätta för personer med funktionsnedsättningar att bo kvar i den egna bostaden har den enskilde möjlighet att söka om bostadsanpassningsbidrag. Det är kommunerna som beslutar om bidragen och som finansierar dem; bidragen regleras i lagen om bostadsanpassningsbidrag m.m. (1992:1574). Som visas i Figur 9 har antalet beviljade bidrag ökat stadigt de senaste trettio åren.



Figur 9. Antal beviljade bostadsanpassningsbidrag per år 1974 till 2004, avser personer i alla åldrar. Källa: Boverket 2005, sid. 11 (36).

Kostnadsutvecklingen för bostadsanpassningsbidrag följer inte samma trend som antalet beviljade bidrag (Figur 10). Fram till år 1987 ökade kommunernas kostnader kraftigt för att sedan minska under perioden 1987-1997, räknat i fast penningvärde. Från 1998 har kostnaderna för bostadsanpassningsbidrag åter ökat, med undantag för år 2003 (36).



Figur 10. Kostnader för bostadsanpassningsbidragen 1974-2004, avser personer i alla åldrar. Källa: Boverket 2005, sid. 12 (36).

Under 2004 beviljade kommunerna i Sverige 63 300 bidrag. Merparten av bidragen avsåg små belopp; drygt hälften av dem (52 %) var på mindre belopp än 5 000 kr medan endast 3 procent var på 100 000 kr eller mer. De vanligaste åtgärderna i hus byggda efter 1995 var justering av trösklar, anpassning av badrum, montering av ramper, anpassning av dörrar, installation av spisvakt/timer och montering av stödhandtag (36).

Det finns ingen nationell statistik som redovisar bostadsanpassningsåtgärder uppdelade på åldersgrupper men majoriteten avser åtgärder för personer över 65 år. I Göteborg beräknar Fastighetskontoret att 90 procent av dem som söker bostadsanpassning är ålderspensionärer (37). Detta bekräftas av en studie riktad till personer som sökt bostadsanpassning i Göteborg; där var medelåldern omkring 80 år. Majoriteten av de sökande var kvinnor som bodde ensamma i sina bostäder. De som sökte bostadsanpassning hade i allmänhet svårt att klara sig själva och tre fjärdedelar fick hjälp av anhöriga eller av hemtjänst. Många hade legat på sjukhus de senaste tre månaderna (43 %) och för de flesta var sjukhusvistelsen relaterad till behovet av bostadsanpassning. Det gick inte att utläsa någon effekt av bostadsanpassningen på antalet timmar som den enskilde fick hjälp av anhöriga eller hemtjänst. Däremot uppgav en majoritet av de svarande att det var lättare att förflytta sig i bostaden efter anpassningen (76 %), att komma in och ut ur bostaden (60 %), att klara sin personliga hygien (70 %) och att säkerheten (avseende risk för olyckor) hade ökat avsevärt (58 %) (38).

Hjälpmedel

Andelen personer med rörelsehinder, värk, nedsatt syn och nedsatt hörsel ökar med stigande ålder (9) och därmed ökar också behovet av hjälpmedel i högre åldrar. Majoriteten av alla personer som använder hjälpmedel (70 %) är 65 år eller däröver (39).

Hjälpmedel till funktionshindrade personer tillhandahålls av sjukvårdshuvudmännen, som kan vara både kommun och landsting. Kommunerna ansvarar för hjälpmedel till personer i särskilt boende och till personer i ordinärt boende i de kommuner som tagit över ansvaret för hem-sjukvården (ca hälften av landets kommuner). Jämförelser mellan ULF-undersökningarna 1988/89 och 2002/03 visar att behovet av hjälp med hushållssysslor (IADL) och till viss del också med personlig omsorg (ADL) har minskat i den äldre befolkningen under den senaste femtonårsperioden (33). En orsak till dessa förändringar kan vara att användning av hjälpmedel ökat. En rollator kan exempelvis underlätta inköp av dagligvaror för den som har yrsel eller har svårt att bära. Under den femtonårsperiod som analyserades fördubblades antalet sålda rollatorer i Sverige, från 25 000 år 1989 till drygt 55 000 år 2004 (40). Totalt beräknas ca 240 000 personer använda rollator i Sverige. Det innebär att var fjärde kvinna mellan 75 och 84 år är rollatoranvändare och närmare varannan av dem som är 85 år eller äldre. En lägre andel bland äldre män använder rollator; 9 procent mellan 75 och 84 år och 27 procent bland dem som är 85 år och äldre.

I en enkätundersökning till personer som arbetar med äldres rehabilitering i kommunerna uppgav närmare hälften att förskrivningen av hjälpmedel har blivit restriktivare under de senaste två åren. (Ett stort svarsbortfall gör dock att resultaten får tolkas restriktivt). Brukarna själva fick exempelvis köpa enklare hjälpmedel som kryckkäppar, sittdynor, korg till rollatorn och äthjälpmedel. I ett landsting fick den äldre själv efter rehabiliteringsperioden bekosta eventuell rollator. I vissa kommuner var det inte längre möjligt att få två rollatorer, en för utomhusbruk och en för inomhusbruk (41). En generös förskrivning av rollatorer är dock samhällsekonomiskt lönsam. Det räcker med att en halv procent av rollatoranvändarna (1 200 personer) undgår att falla och ådra sig höftfraktur för att årskostnaden för samtliga 300 000 rollatoranvändare på 250 miljoner kr ska vara betald (40).

Olycksförebyggande åtgärder

Det finns många åtgärder som kan förebygga olycksfall i hemmet och därmed öka äldre personers möjlighet att kunna bo kvar i eget boende. Detta avsnitt begränsas till tre stora områden; brandskydd, fallskadeprevention och hjälp med praktiskt underhåll i hemmet.

Brandskydd

Äldre personer är överrepresenterade när det gäller brand och brandrelaterade olyckor. Enligt Räddningsverkets statistik berodde var fjärde brand inom "åldringsvården" på *glömd spis, rökning* (12 %) och *levande ljus* (10 %) (42). Samma riskfaktorer finns i ordinärt boende. I takt med att äldre personer bor kvar allt längre i egen bostad, med större funktionsnedsättningar och med demenshandikapp, kommer brandtillbuden att öka. På särskilda boenden har man installerat brandlarm och utbildat personalen i brandskydd och antalet bränder med dödlig utgång har minskat påtagligt (43). Inom brandförsvaret befarar man att antalet bränder ska öka då servicehus görs om till seniorboenden. För att minska denna risk har fastighetsägare i Stockholm valt att träffa överenskommelse med räddningstjänsten om att behålla direktlarmen i servicehus som omvandlats till seniorboenden (10).

Installation av spisvakt/timer är, som ovan redovisats, en av de vanligaste åtgärderna vid bostadsanpassning. SABO har initierat en studie med syfte att kartlägga problemområden för äldre personer i ordinärt boende samt belysa om tekniska hjälpmedel kan minska problemen i vardagen. Åtgärder som föreslås är exempelvis att hyresvärdarna ska erbjuda sig att besiktiga elektriska apparater för att sälla bort brandfarliga exemplar, att brandvarnare ska testas regelbundet, att hyresgäster med begynnande demens ska erbjudas sprinkler i sovrummet, att riskgrupper som rökare ska avrådas från att ha lättantändliga material som fleece i hemmet (vanligt i tröjor och filtar), att trygghetstelefoner ska ha brandvarnare kopplad till denna etc. (43).

Fallskador

Ett av de största hälsoproblemen för äldre personer är risken att drabbas av fallskador. Benskörhet ökar med stigande ålder och därmed ökar också risken för att en olycka leder till en fraktur. I Sverige inträffar årligen 70 000 frakturer som har samband med benskörhet, varav 18 000 är höftfrakturer. Genomsnittsåldern för personer som drabbas av olika typer av frakturer varierar och beräknas vara 63 år för underarmsfraktur, 77 år för kotfraktur, 78 år för överarmsfraktur och 81 år för höftfraktur (44).

Bland yngre pensionärer inträffar hälften av skadorna utomhus; bland äldre sker en fallolycka oftast i bostaden. Orsaksbilden är komplex och fallskador inträffar i samspel mellan *individuella faktorer* (ålder, kön, hälsa, livsstil etc.), *aktiviteter vid olyckstillfället* (vilka också är åldersrelaterade; den yngre pensionären ramlar på väg till bussen medan den äldre när han/hon blir yr inomhus) och den *omgivande miljön* (dålig snöröjning utomhus resp. lösa mattor inomhus etc.).

Fallskador går att förebygga även bland äldre personer som bedöms utgöra en högriskgrupp. Följande skadeförebyggande insatser är vetenskapligt belagda (45):

- 1 Fysisk aktivitet exempelvis promenader och balansträning
- 2 Hembesök av sjuksköterska eller arbetsterapeut för att registrera skaderisker och föreslå förändringar i hemmiljön
- 3 Mjuka höftkuddar som visat sig minska risken för höftfraktur betydligt bland personer på olika vårdinstitutioner
- 4 Höga doser av vitamin D med tillägg av kalcium

Servicetjänster i hemmet

Äldre personer har många gånger svårt att klara enklare jobb i hushållet som att byta glödlampor, rensa vasken, sätta upp gardiner etc. Om man inte kan få hjälp med detta ökar risken för olyckor. Förvaltare har stött på lägenheter där nästan alla glödlampor hade slocknat för att den äldre inte kunnat byta dem (43). Risken för fallolyckor är uppenbar när den äldre ska gå i en mörk lägenhet eller balansera på stegar eller stolar för att byta lampor.

I Höganäs kommun inleddes 2000 en försöksverksamhet för att minska fallolyckorna bland äldre personer. Projektet kallades "Fixar-Malte" efter den person som fick jobbet. Försöket är nu permanentat och har fått mer än ett femtiotal uppföljare i andra kommuner (43). Någon studie av i vilken utsträckning fallolyckor har förhindrats genom att äldre personer får hjälp med underhåll i hemmet har mig veterligen inte gjorts. Eftersom samhällskostnaderna för en höftfraktur beräknats till ca 200 000 kr under det första året (45) behövs inte många förhindrade fallskador för att en sådan service ska vara intjänad.

Vid halvårsskiftet 2006 trädde en ny lag i kraft (SFS 2006:492) som ger kommunerna rätt att tillhandahålla servicetjänster åt äldre personer, 67 år eller äldre, utan individuell behovsprövning. Syftet är att kunna erbjuda hjälp med sådant som en yngre, frisk person utan funktionshinder normalt kan utföra själv, exempelvis att byta glödlampor eller lyfta tunga föremål. Tanken är att servicetjänster ska kunna förebygga skador, olycksfall eller ohälsa och därmed i förlängningen öka möjligheten för den äldre att klara sig i ordinärt boende. Kommunerna har dock ingen skyldighet att erbjuda servicetjänster utan biståndsbedömning och det återstår att se hur många kommuner som kommer att erbjuda de äldre invånarna denna service.

Särskilt boende

Vård på institution eller anstalt har funnits i Sverige sedan lång tid. Fattigvårdens anstalter innehöll på 1800-talet en blandning av gamla och orkeslösa, kroniskt sjuka, sinnessjuka, föräldralösa barn, alkoholister etc. Vid förra sekelskiftet började man uppmärksamma de äldres svåra situation på fattigvårdsanstalterna och en utveckling mot en differentierad institutionsvård påbörjades. De första ålderdomshemmen vilka skulle ge försörjning, bostad och vård för fattiga åldringar tillkom omkring 1910 (24). År 1918 ålades varje kommun att ha ett ålderdomshem. Vid en utvärdering i slutet av 1930-talet fann man att de flesta ålderdomshem var mycket små och att en stor del av de boende var sinnessjuka eller kroniskt sjuka.

Under mellankrigstiden började särskilda pensionärshem uppföras med syfte att ge äldre personer en bra bostad till subventionerat pris. Målgruppen var pensionärer som tvingades anlita fattigvården för att klara bostadskostnaderna, eller som bodde i dåliga bostäder. Från 1939 utgick statsbidrag till pensionärshem som var en typ av kategoribostäder utan institu-

tionskaraktär. Inrättandet av pensionärshem kan således ses som ett steg bort från fattigvården (24). Från år 1947 antogs riktlinjer som innebar att ålderdomshemmen inte längre skulle vara fattigvårdsanstalter. Landstingen ålades huvudansvaret för sjukhemmen från 1951 för att avlasta ålderdomshemmen. Även den statliga sinnessjukvården byggdes ut i början av 1950-talet och denna reform syftade bland annat till att minska klientblandningen på ålderdomshem. (Genom Ädel-reformen 1992 blev sjukhemmen åter en del av den kommunala äldreomsorgen och genom Psykiatrireformen 1995 blev "färdigbehandlade" äldre som vårdats inom den psykiatriska heldygnsvården på nytt ett kommunalt ansvar.)

Vad är särskilt boende?

Termen "särskilt boende" infördes i samband med Ädel-reformen år 1992 som en samlingsbeteckning för bostäder som kommunerna tillhandahåller för personer med någon form av vård- eller omsorgsbehov. Dessa bostäder beviljas efter individuell behovsprövning, som bistånd enligt Socialtjänstlagen, och den enskilde kan inte skaffa sig en sådan bostad på egen hand (till skillnad från exempelvis seniorboende).

På nationell nivå används endast begreppet "särskilt boende". Man kan därför inte ur den officiella statistiken utläsa vilken verksamhetsinriktning som olika särskilda boenden har; endast korttidsboende redovisas separat. En kartläggning från 2001 visar att utvecklingen mot att de särskilda boendena inrymmer verksamheter med olika typer av verksamhetsinriktningar är vanlig. Omkring hälften av boendena hade exempelvis särskilda platser eller bostäder för omsorg om personer med demenssjukdom, för rehabilitering, avlösning/växelvård etc. (46).

Utvecklingen de senaste decennierna

Andelen personer som bor i särskilt boende har minskat under de senaste decennierna, även i de äldsta åldersgrupperna. År 1980 bodde 28 procent av befolkningen som var 80 år eller äldre i särskilt boende; år 2005 var motsvarande andel 17 procent. (26, 27).

Minskningen av andelen personer som bor i särskilt boende beror till stor del på förbättringar i den äldre befolkningens hälsa, framför allt bland yngre ålderspensionärer (25). Kommunerna har dock successivt höjt tröskeln för att få flytta till särskilt boende och det krävs numera omfattande vård- och omsorgsbehov för att bli beviljad en sådan bostad. Antalet bostäder i särskilt boende har fortsatt att minska även under 2000-talet (se Tabell 5).

Tabell 5. Antal och andel personer som bodde permanent i särskilt boende 2000 - 2005.

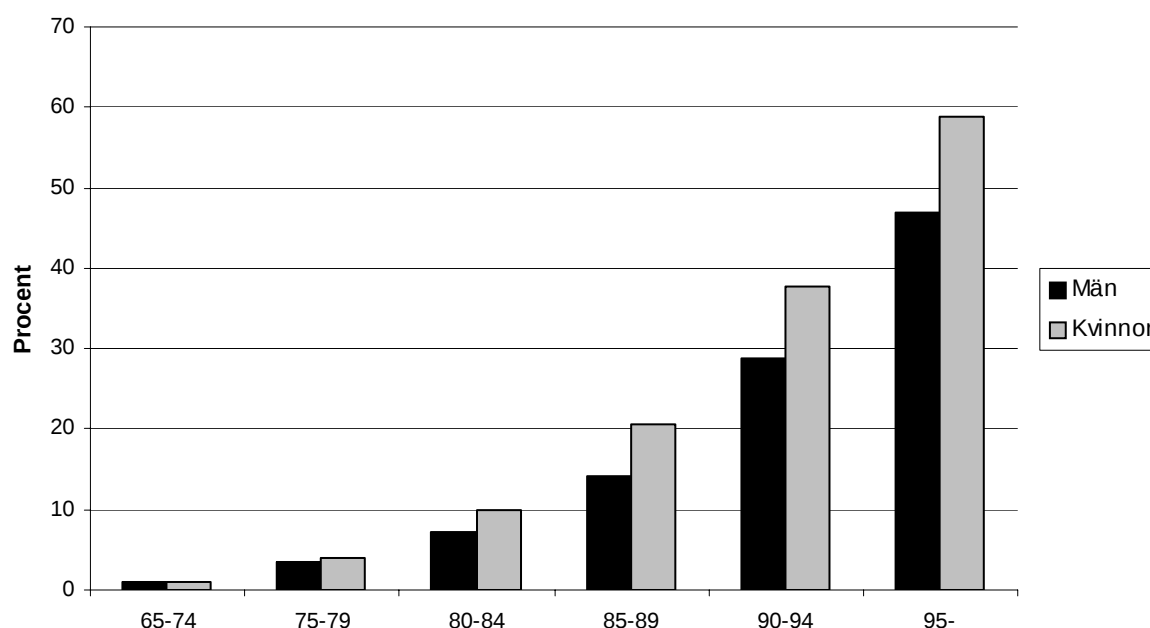
	65-79 år		80+ år		65+ år	
	Ant. boende	Andel av befolkningen (%)	Ant. boende	Andel av befolkningen (%)	Ant. boende	Andel av befolkningen (%)
2000	27 000	3	91 300	20	118 300	8
2001	25 800	2	92 800	20	118 600	8
2002	24 600	2	90 900	19	115 500	8
2003	23 200	2	87 700	18	110 900	7
2004	21 500	2	83 300	17	104 800	7
2005	20 000	2	80 500	17	100 400	6

Källa: Socialstyrelsen 2006 (27).

Vilka bor i särskilt boende?

Drygt 100 000 personer bodde permanent i särskilt boende i oktober 2005. Den övervägande delen var 80 år eller äldre; endast var femte boende var mellan 65 och 79 år. Som framgår av Tabell 5 har antalet boende minskat med närmare 18 000 personer under de senaste fem åren (27).

Majoriteten av dem som bor i särskilt boende (70 %) är kvinnor. Av Figur 11 framgår att andelen kvinnor i särskilt boende är högre än andelen män i alla åldersgrupper. Detta beror på att kvinnor är ensamboende i större utsträckning än män i slutet av livet. Ensamboende personer med funktionsnedsättningar har svårare att klara av att bo kvar i ordinärt boende och både svensk och internationell forskning visar att samboende "skyddas" mot flyttning till institution (47, 48).

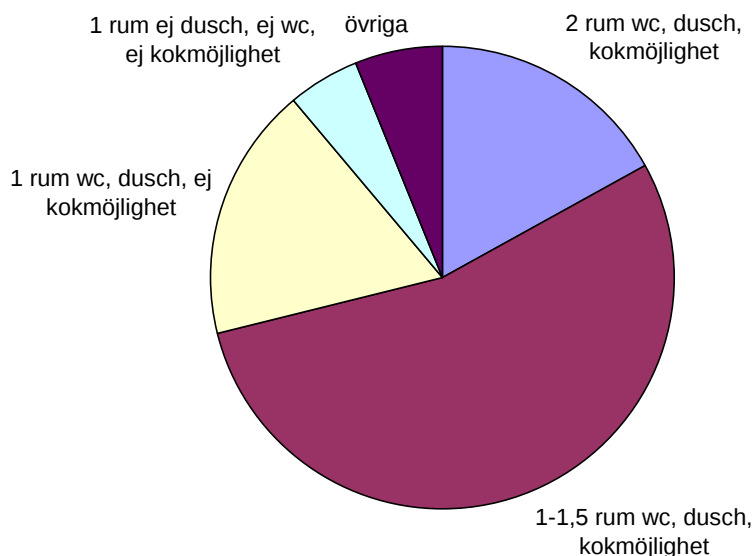


Figur 11. Andel kvinnor och män permanent boende i särskilda boendeformer i oktober 2005
Källa: Socialstyrelsen 2006 (27).

Personer som bor i särskilt boende har oftast omfattande vård- och omsorgsbehov. I takt med att de gamla servicehusen omvandlas till seniorbostäder, och därmed inte längre räknas som särskilt boende, försvinner bostäder för personer med mindre omfattande funktionsnedsättningar från kommunernas äldreomsorg. Kommunerna bygger inte nya särskilda boenden i samma takt som man avvecklar gamla utan resultatet blir den nettoreduktion av omsorgsboende som visas i Tabell 5. Kommunerna inriktar sig i allt större utsträckning på att lösa omsorgsbehoven i den egna bostaden genom att satsa på hemtjänst och hemsjukvård. Socialstyrelsen har påtalat att det finns en risk att minskningen av antalet bostäder i särskilt boende får negativa konsekvenser för vårdens kvalitet eftersom det finns betydande variationer mellan olika kommuner när det gäller att öka utbudet av hemtjänst för personer som bor kvar i det ordinarie bostadsbeståndet (41, 49).

Bostadsstandard

Majoriteten av de drygt 100 000 personer som bodde i särskilt boende (71 %) hade bostäder om 1 – 2 rum där det fanns dusch och wc samt kokmöjligheter i bostaden. Var femte bostad (18 %) hade wc och dusch men saknade kokmöjlighet, medan var tjugonde (5 %) varken hade wc, dusch eller kokmöjlighet (27).



Figur 12. Boendestandard i särskilt boende 2005. Källa: Socialstyrelsen 2006 (27).

Det har skett en successiv förbättring av boendestandarden i särskilt boende i takt med att kommunerna avvecklat äldre enheter. Det finns dock fortfarande personer som bor i flerbäddsrums och delar rum med någon som inte är maka/make eller annan nära anhörig; nästan 2 000 personer bodde på detta sätt år 2005 (27).

Flyttning inom särskilt boende

En av intentionerna med Ädel-reformen var att äldre personer som flyttat till särskilt boende inte skulle behöva flytta igen om deras funktionsförmåga förändrades; hjälp och service skulle i stället flytta till dem. Tidigare fanns specifika beteckningar på äldreboendena som tydligt angav hur omfattande vård- och omsorgsbehov de boende förväntades ha. På servicehuset bodde de piggaste pensionärerna, på ålderdomshem personer med större omsorgsbehov och på sjukhem de svagaste och mest vårdbehövande. Dessa beteckningar finns fortfarande på många håll, hälften av de särskilda boendena uppgav en specifik benämning år 2001, och verkar dessutom fortfarande vara uppdelade efter vårdtyngd. På servicehus behövde exempelvis 36 procent hjälp med toalettbesök, på ålderdomshem 65 procent och på sjukhem 87 procent. På servicehus behövde 9 procent hjälp med måltider, motsvarande andel för ålderdomshem var 16 procent och för sjukhem 35 procent (46). Ett motsvarande mönster finns i Sundsvall där vårdtyngden var högst på sjukhem och demensboende, lägre på ålderdomshem och lägst på servicehus (50). Om den differentierade vårdtyngden på olika boendeformer är ett uttryck

för att äldre personer tvingats flytta inom det särskilda boendet, eller om de flyttat direkt till ett boende anpassat för deras vårdbehov, är dock oklart.

Under 1980- och 1990-talen byggde kommunerna ut en ny typ av särskilt boende som inte funnits tidigare – gruppboende för dementa. (Även gruppboende för personer med andra omsorgsbehov byggdes ut, exempelvis för långvarigt psykiskt sjuka.) Under åren 1991 till 1995 stöddes denna utveckling med särskilda statsbidrag (51). Gruppboendena utformades bland annat efter en vårdmodell som utvecklats i Malmö i mitten av 1980-talet. Boendena skulle vara små (för 6 – 8 personer) med en trygg och hemlik miljö och ge individanpassad omsorg av personal som var särskilt utbildad på demensvård. En utvärdering av vården på gruppboende i Malmö visade att för personer med medelsvår demenssjukdom fungerade gruppboende bättre än sjukhemsvård. De som bodde på gruppboende bevarade sin motoriska och intellektuella förmåga bättre, och denna skillnad kvarstod under lång tid. Eftersom demens är en progressiv degenerativ sjukdom minskar dock den positiva effekten av gruppboendet i takt med att den sjuke successivt får allt större funktionsnedsättningar (52). Att se gruppboendet som en del av en vårdkedja mellan vård i hemmet och på sjukhem strider dock mot målsättningen att den äldre endast skulle behöva flytta en gång. Här finns ett dilemma mellan ”kvarboende” i särskilt boende och vård utformad för personer med specifika behov. Det finns ingen nationell statistik som visar i vilken utsträckning de äldre bor kvar på gruppboendena respektive flyttar till annat boende. I de boenden som kommunerna själva benämner gruppboenden är dock vårdtyngden hög både när det gäller demens och fysisk funktionsnedsättning (46).

Det omvända problemet med ”kvarboende” uppstår när personer som flyttat till särskilt boende utvecklar demenssjukdom. Risken att insjukna ökar med stigande ålder och i åldersgruppen 90+ beräknas var tredje person vara drabbad (53). Här krockar kvarboendepincipen med en annan grundregel för god omsorg - att inte blanda personer med demenssjukdom med dem som är kognitivt klara. Detta motiveras framför allt av hänsyn till de icke-dementa som kan bli störda av de dementas beteende, men även av omsorg om de demenssjuka som behöver en särskilt anpassad vård. Stockholms stads äldreomsorgsinspektörer har regelbundet anmärkt på att personer med demenssjukdom placerats på enheter som är avsedda för ålderdomshemsboende eller på sjukhem med inriktning mot somatiskt sjuka (54). (Här finns en parallell till 1950-talets målsättning att minska klientblandningen på ålderdomshemmen genom att bygga ut sinnessjukvården.)

En longitudinell studie från Stockholm som analyserat äldre personers flyttningar sedan slutet av 1980-talet visar att var sjunde person som flyttat till särskilt boende flyttade ytterligare en gång, några flera gånger. Det vanligaste var att flytten gick från servicehus till sjukhem och det var framför allt personer med demenssjukdom som flyttade (55). Den genomsnittliga boendetiden var 3,6 år; längre för dem med diagnostiserad demenssjukdom (4,3 år) än för övriga personer (3,4 år).

Vad utlöser en flyttning till särskilt boende?

En flyttning till särskilt boende blir aktuell när den enskilde av någon anledning inte längre kan bo kvar i det ordinära bostadsbeståndet. Det kan handla om att behovet av vård och omsorg ökat så att det inte längre kan tillgodoses inom ramen för hemtjänst och/eller hemsjukvård; det kan vara anhöriga som av olika skäl inte längre orkar eller kan ge omsorg i hemmet.

I Sundsvall har man studerat flyttningar till särskilt boende ända från 1980-talet för att få en uppfattning om "institutionsplatserna" utnyttjas på ett optimalt sätt. Dessa inventeringar ger en unik information om orsaker till flyttningar och i vilken utsträckning flyttningen hade kunnat undvikas eller fördröjas. Den långa serien av flyttningsstudier illustrerar en utveckling inom olika särskilda boendeformer som i många avseenden kan generaliseras till andra kommuner. Inventeringarna visar att vårdtyngden (d.v.s. insatser som personal eller anhöriga behöver göra för att hjälpa den enskilde) ökat inom samliga former av särskilt boende. Den genomsnittliga vårdtyngd som boende på sjukhem hade 1978 var lägre än genomsnittet bland boende på servicehus 2005 (50).

I början av 1980-talet bedömde man att ca 40 procent av dem som bodde på ålderdomshem i Sundsvall var "felplacerade". Många av de äldre skulle ha kunnat bo hemma om de fått större hemtjänstinsatser, medan andra borde ha vårdats på långvårdsklinik eller sjukhem. En lika stor andel av patienterna inom långvården borde inte ha vårdats där utan skulle kunnat bo med en lägre grad av omhändertagande (och i en mer hemlik miljö). Vissa flyttningar hade kunnat fördröjas genom insatser i form av hemtjänst, bostadsanpassning, handikapphjälpmedel eller larm (50). Inventeringen 2005 visade däremot att mycket få flyttningar skulle kunnat förhindras eller skjutas upp. Den kommunala äldreomsorgen hade försökt ge hjälp i hemmet så länge som möjligt; majoriteten av de äldre hade hemtjänst innan de flyttade till särskilt boende. Liknande resultat finns från Stockholm där endast en liten andel (ca 5 %) flyttade till särskilt boende med heldygnsomsorg (servicehus ej inräknade) utan att dessförinnan ha fått hemtjänst i sin vanliga bostad (28).

Bristande stöd till anhöriga

Bland äldre par utlöses flyttningen till särskilt boende oftast av att makan/maken inte orkar längre. I vissa fall har man haft omfattande hemtjänstinsatser men bedömt att partnern inte i längden kan vårdas i hemmet. I andra fall har man velat klara sig själv, eller tackat nej till hjälp som man uppfattat som otillräcklig eller dåligt utformad (56). Som ovan beskrivits finns särskilda resurser för att stimulera utvecklingen av det kommunala stödet till anhöriga som vårdar långvarigt sjuka, äldre eller personer med funktionshinder. (Se avsnittet "Anhörigstöd"). Förutom korttidsboende finns möjligheten att få *dagverksamhet* i form av sysselsättning, gemenskap, behandling, rehabilitering etc. Trots insatserna för att öka anhängstödet har antalet personer med beslut om dagverksamhet successivt minskat under senare år, från ca 15 500 år 2000 till ca 12 200 år 2005 (35). Anhöriga kan också få avlösning i hemmet som ger dem möjlighet att överlämna vårdansvaret för den närstående några timmar; här saknas dock statistik som visar hur denna stödform utvecklats över tid.

Kommunerna kan också ge ekonomiskt stöd i form av *anhöriganställning* och *anhörigbidrag*. Trots den statliga satsningen på att stödja anhöriga under den senaste sexårsperioden finns inga tecken på att fler anhöriga får ekonomiskt stöd; drygt 7 000 personer hade anhänganställning eller fick anhängbidrag år 2000 liksom år 2005 (35). En förskjutning hade skett från anhänganställningar (där den närstående får lön) till anhängbidrag (ett mindre belopp som ges till den vårdbehövande själv för att täcka merkostnader).

Korttidsboende

Flyttningen till särskilt boende går för många äldre via så kallade *korttidsplatser* inom särskilt boende. Omfattning och inriktning på korttidsboendet varierar mellan olika kommuner (57); i oktober 2005 bodde nästan 8 700 personer i korttidsboende vilket motsvarar 0,5 procent av befolkningen 65 år och äldre (27). Korttidsboende med rehabiliteringsinsatser, för tillfällig vård när hälsan sviktar för en make/maka eller som avlösning för att en närstående ska få vila ut kan öka möjligheten för den enskilde att kunna bo kvar hemma. I andra fall kan korttidsboendet fungera som en möjlighet att planera och bedöma om den enskilde kan flytta hem efter en sjukhusvistelse eller om han eller hon behöver flytta permanent till ett särskilt boende. I många fall verkar dock korttidsboendet fungera som en buffert för att ta hand om personer som skrivs ut från sjukhus med alltför stora behov av vård och omsorg för att kunna klara sig i eget boende. Vid Ädel-reformen fick kommunerna ett betalningsansvar för personer som bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade på sjukhus, vilket ger ett starkt ekonomiskt incitament att flytta dem till en mindre kostnadskrävande vård i kommunens egna boenden.

Hur vill de äldre själva bo?

En majoritet av dem som går i ålderspension har många år framför sig av förhållandevis god hälsa och funktionsförmåga. Det är därför inte så konstigt att tre av fyra intervjuade i åldersgruppen 55 - 64 år inte hade fattat något beslut om sitt boende på äldre dagar. En tredjedel hade inte ens funderat på frågan; den kändes inte aktuell, man ville inte tänka på sin ålderdom eller man trivdes där man bodde och hade inte funderat. Bland dem som funderat uppgav sex av tio att de tänkte bo kvar där de bodde (58). Framtidens äldreboende verkar alltså vara där man bor som medelålders – för de flesta i villa eller radhus. Det är dock tveksamt om man kan dra några slutsatser av hur medelålders personer säger att de vill bo på äldre dagar – för de flesta av dem dröjer det många år innan de blir i behov av annat boende.

Skillnaderna i livslängd mellan könen leder, som ovan beskrivits, till att de flesta män bor tillsammans med sin fru till livets slut medan de flesta kvinnor är ensamstående under sina sista år. Detta verkar avspeglar sig i preferenser om boende på äldre dagar bland dem som var 55-64 år. Förutom att kvinnor i större utsträckning hade funderat över sitt framtida boende så uppgav de oftare att det är viktigt med hiss, att bo centralt med liv och rörelse, att det finns personal att tillkalla vid behov dygnet runt, att det finns hjälp att få mot betalning med exempelvis städning och matinköp, att det är nära till gemensamma utrymmen som restaurang etc. (58). Kvinnor verkar ha klart för sig att de löper en större risk att bli ensamstående som gamla. Möjligtvis avspeglar svaren också att man inte längre litar på att samhället kommer att ta hand om en när man blir gammal utan man måste själv planera för ett boende med service. Många medelålders kvinnor har erfarenhet av att hjälpa gamla föräldrar/svärföräldrar och vet att tröskeln för att få hemtjänst eller flytta till särskilt boende blivit allt högre. Omkring 170 000 kvinnor och 148 000 män beräknas hjälpa anhöriga utanför hushållet; bland kvinnor är det också vanligare att ge omfattande hjälpinsatser än bland män (59).

Fortsatta studier behövs

Den övergripande frågeställningen när det gäller äldre personers boende är vilka *behov* som finns i den äldre befolkningen - av tillgängliga bostäder i det ordinära bostadsbeståndet respektive av olika typer av särskilt boende (60). Den officiella policyn har varit och är alltjämt att man ska kunna bo kvar i sin egen bostad så länge som möjligt. Stora insatser görs för att öka den enskildes möjlighet till kvarboende även med handikapp eller funktionshinder, bland annat genom bostadsanpassning och hemtjänst. Den pågående teknikutvecklingen kommer att öka möjligheten ytterligare för personer med funktionsnedsättningar att kunna bo kvar i det egna hemmet, eller i annat anpassat boende i det ordinära bostadsbeståndet. Ett exempel på det är hjälpmedel för personer med kognitiva funktionshinder, som demenssjukdom. Som tidigare redovisats har anhörigas insatser ökat i takt med att andelen äldre med hemtjänst minskat. När ny teknik införs är det därför viktigt att också studera vilka effekter ett förlängt kvarboende har för anhörigvårdare som makar/makor och vuxna barn.

Andelen äldre personer i särskilt boende har inte ökat i samma takt som andelen äldre personer i befolkningen. Detta är till stor del ett resultat av förbättrade bostäder som gör det möjligt att kunna bo i det ordinära bostadsbeståndet även för personer med rörelsehinder. Det är också ett resultat av förbättrad funktionsförmåga i den äldre befolkningen, åtminstone bland yngre ålderspensionärer. Minskningen av antalet bostäder i särskilt boende under de senaste åren kan dock inte förklaras av att behoven har minskat i den äldre befolkningen, framför allt inte när antalet personer över 80 år fortsatt att öka. Här handlar det i stället om att gränsen för "när det inte längre är möjligt att bo kvar" har förskjutits uppåt. Man kan rent av tala om att en ny boendeform har uppstått – kvarbo – som innebär ett påtvingat kvarboende för äldre personer (och deras anhöriga) som vill men inte får flytta till särskilt boende (61). Frågan om vilken nivå av särskilt boende som är "rätt" är dock inte enkel att besvara och är delvis av politisk natur. Forskningen kan däremot beskriva vilka grupper som har svårt att klara sig i eget boende samt konsekvenserna för de äldre och deras anhöriga av ett påtvingat kvarboende (56).

Upplevelser av ensamhet och otrygghet kan ligga bakom en önskan att flytta till seniorboende eller servicehus. En generell trend inom äldreomsorgen under senare år har varit att verksamheter som tidigare var öppna för en bredare målgrupp av äldre personer (exempelvis hobby- och fritidsaktiviteter) nu blivit en insats som erbjuds den enskilde efter biståndsbedömning. Målgruppen är oftast personer med demens, psykiska funktionshinder eller äldre som behöver rehabilitering. Här saknas interventionsstudier som belyser effekten av trygghetsskapande åtgärder och i vilken mån insatser i form av exempelvis dagverksamhet, trygghetsringningar, träfflokaler etc. kan minska efterfrågan på särskilt boende.

Antalet seniorbostäder ökar, både genom nybyggnation och genom att gamla servicehus görs om. Många som flyttar till ett seniorboende gör det säkert i förhoppning om att kunna bo där resten av livet och inte behöva flytta en gång till om de får stora funktionsnedsättningar eller omvårdnadsbehov. Det saknas dock kunskap om utvecklingen under längre tid för personer som flyttar till seniorbostäder; har de större möjlighet till "kvarboende" eller måste de flytta till särskilt boende i lika stor utsträckning som äldre i andra typer av bostäder? Det finns också ett intresse av att följa utvecklingen i seniorbostäder där äldreomsorgen förstärkt servicen i huset (exempelvis genom att ha personallokal i huset, erbjuda de boende trygghetslarm etc.). I vilken utsträckning underlättar ett sådant "förstärkt seniorboende" kvarboendet för äldre personer?

Sammanfattningsvis kan man konstatera att äldre personers boende är ett angeläget forskningsområde. Systematiska studier behövs för att kunna svara på frågor om:

- i vilken utsträckning fler äldre personer skulle kunna bo kvar i ordinärt boende om de fick stöd i form av mer hemtjänst, bättre samordning mellan sjukvård och äldreomsorg, bättre eller annorlunda utformad rehabilitering, mer hjälpmedel eller andra typer av hjälpmedel, mer eller bättre utformat stöd till anhöriga, bättre utbud av trygghetsskapande åtgärder som dagverksamheter etc. – eller om det är andra former av stöd som efterfrågas,
- i vilken utsträckning det förekommer att äldre personer bor kvar i ordinärt boende trots att de skulle vilja flytta till särskilt boende, vilka förväntningar de har på den vård och omsorg de efterfrågar, om de gjort en formell ansökan och hur denna bedömts och handlagts,
- i vilken utsträckning äldre personer som flyttat till särskilt boende måste flytta igen när hälsa eller funktionsförmåga förändras,
- hur äldre personers bostadssituation påverkar deras upplevelse av livskvalitet och känsla av kontroll.

Referenser

1. Regeringens proposition: Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. 1997/98:113
2. Malmberg B: Demografi och social utveckling, i Social rapport 2006. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006, 26-44
3. SCB: Sveriges framtida befolkning 2006-2050. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 2006
4. Alm Stenflo G: Äldres omsorgsbehov och närhet till anhöriga. Stockholm, SCB, 2006
5. Nordisk statistisk årsbok 2006. Köpenhamn, Nordiska ministerrådet, 2006
6. SCB: Opublicerade uppgifter ur HEK, Hushållens ekonomi. Örebro, 2002
7. Sundström G: 15 000 guldbryllor. Vårdförhållanden 2002(2):17
8. Statistisk årsbok för Sverige 2005. Stockholm, Statistiska centralbyrån, 2005
9. Larsson K, Thorslund M: Äldres hälsa, i Folkhälsorapport 2005. Socialstyrelsen, 2005, 272-290
10. Wånell SE, Schön P: Hem ljuva hem. En studie om vad som definierar ett servicehus och ett seniorboende och hur processen fungerat i Stockholm när servicehus omvandlats till seniorboende. Rapport 1995:5. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2005
11. Paulsson J, Sundberg S: Seniorboende i Sverige. Idéer, erfarenheter och framtidsperspektiv. Göteborg, Arkitektursektionen, Chalmers, 2001
12. Seniorbostäder. Resultat av en enkät om seniorbostäder, 55+ eller 65+ bostäder i landet. Stockholm, Sveriges Kommuner och Landsting, 2005
13. Dederling S: Förslag till program för seniorboende; på uppdrag av FB Servicehus AB, 2005
14. Fransson U: Lokal omflyttning och regional migration bland äldre - en översikt, i Äldrelandskapet. Äldres boende och flyttningar. Uppsala, Institutet för bostads- och urbanforskning, Uppsala universitet, 2004, 25-40
15. Fransson U: Äldrelandskapet. Äldres boende och flyttningar. Gävle, Institutet för bostads- och urbanforskning, Uppsala universitet, 2004
16. Larsson K: Äldre sociala förhållanden, i Social rapport 2006. Socialstyrelsen, 2006, 302-325
17. Håkansson J: Befolkningsprognoser om äldre i Sverige med utblick mot övriga Västeuropa, i Äldrelandskapet. Äldres boende och flyttningar. Fransson U. (red) Uppsala, Institutet för bostads- och urbanforskning, Uppsala universitet, 2004, 61-77
18. Klinthall M: Retirement return migration from Sweden. International Migration 2006; 44(2):153-180
19. Tabeller över Sveriges befolkning 2004. Örebro, Statistiska Centralbyrån, 2005
20. Lindgren M, Furth T, Krafft G, Kempe M: Rekordgenerationen. Vad de vill och hur de tänker. Stockholm, Kairos Future, 2005
21. Tillberg-Mattsson K: Boendeplaner för pensionsåldern - i fyrtiotalisternas perspektiv, i Äldrelandskapet. Äldres boende och flyttningar. Fransson U. (red) Uppsala, Institutet för bostads- och urbanforskning, Uppsala universitet, 2004, 79-101
22. Gustafson P: Retirement migration and transnational lifestyles. Ageing & Society 2001; 21:371-394
23. Lo-Johansson I: Älderdoms-Sverige: en stridsskrift. Stockholm, Bonnier, 1952
24. Edebalk PG, Lindgren B: Från bortauktionering till köp-sälj-system. Svensk äldreomsorg under 1900-talet, i Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen. Eliasson R. (red) Lund, Studentlitteratur, 1996, 138-150

25. Batljan I, Lagergren M: Kommer det att finnas en hjälpande hand? En analys av framtida behov och kostnader för vården och omsorgen om de äldre 2000 - 2030. Bilaga 8 till Långtidsutredningen 1999/2000. Stockholm, Fritzes offentliga publikationer, 2000
26. Szebehely M: Äldreomsorg i förändring - knappare resurser och nya organisationsformer, i Velfärd, vård och omsorg. SOU 2000:38. Stockholm, Socialdepartementet, 2000, 171-223
27. Socialstyrelsen: Äldre - vård och omsorg år 2005. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006
28. Larsson K, Thorslund M, Kåreholt I: Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural model on longitudinal data of a Swedish urban older population. *European Journal of Ageing* 2006; 3(1):22-33
29. Äldrevårdsutredningen: Sammanhållen hemvård : slutbetänkande. Stockholm, Fritzes offentliga publikationer, 2004
30. Jeppsson Grassman E: Medmänniska och anhörig. En studie av informella hjälpinsatser. Stockholm, Sköndalsinstitutet, 2001
31. Szebehely M: Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser, i Forskarrapporter till Jämställdhetspolitiska utredningen SOU 2005:66. Stockholm, Fritzes offentliga publikationer, 2005, 131-203
32. Sundström G, Johansson L, Hassing LB: The shifting balance of long-term care in Sweden. *Gerontologist* 2002; 42(3):350-5
33. Larsson K: Care needs and home-help services for older people in Sweden: does improved functioning account for the reduction in public care? *Ageing & Society* 2006; 26:413-429
34. Socialstyrelsen: Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm, Socialstyrelsen, 2003
35. Socialstyrelsen: Kommunernas anhörigstöd. Utvecklingsläget 2005. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006
36. Boverket: Bostadsanpassningsbidragen 2004. Karlskrona, 2005
37. Arman R, Lindahl L: Nyttan och värdet av bostadsanpassningar ur olika perspektiv. Göteborg, FoU i Väst, 2005
38. Lindahl L, Arman R: Att ta bort trösklarna till ett självständigt liv. Slutrapport från studien om nyttan och värdet av bostadsanpassningar. Göteborg, FoU i Väst, 2006
39. Hjälpmedelsinstitutet: Äldrestatistik - februari 2006. Stockholm, 2006
40. Hjälpmedelsinstitutet: Rollatorns betydelse - för äldre med rörelsehinder. Stockholm, Hjälpmedelsinstitutet, 2005
41. Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2004. Stockholm, 2005
42. Räddningsverket: Räddningstjänst i siffror. Fakta om räddningstjänstens insatser 1996-2004. Karlstad, 2005
43. Beckius J: Kartläggning av problem och risker vid förlängt kvarboende för äldre. Stockholm, SABO, 2005
44. SBU: Osteoporos - prevention, diagnostik och behandling: en systematisk litteraturöversikt. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2003
45. Hökby A: Äldres skador. Att förebygga fallolyckor. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2000
46. Socialstyrelsen: Vad är särskilt i särskilt boende för äldre? En kartläggning. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001
47. Larsson K, Thorslund M: Does gender matter? Differences in patterns of informal support and formal services in a Swedish urban elderly population. *Research on Aging* 2002; 24(3):308-337

48. Szebehely M: Särskilt boende - en fråga om klass och kön. Vårdbulletinen 1999; 1:11-13
49. Socialstyrelsen: Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2005. Stockholm, 2006
50. Thorslund M, Wimo A: Äldre som flyttar till service och vård. Uppföljning av situationen i Sundsvall 2005. Stockholm, 2006
51. Socialstyrelsen: Ädelreformen. Slutrapport. Stockholm, 1996
52. Annerstedt L: On group-living care for the demented elderly. Experiences from the Malmö Model. Lund, Lunds universitet, 1995
53. Fratiglioni L, Rocca W: Epidemiology of dementia, i Handbook of Neuropsychology: Aging and dementia. Boller F, Cappa S. (red) Amsterdam, Elsevier Science, 2001, 193-215
54. Hirsch U, Lindgren E, Lisslö I: Äldreomsorgsinspektörernas årsrapport 2006. En sammanfattning från granskningen 2005. Stockholm, Stockholms stad, 2006
55. Socialstyrelsen: Boende och vårdinsatser för personer med demenssjukdom, 2005
56. Gurner U, Thorslund M: Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm, Natur och Kultur, 2003
57. Wånell SE: Korttidsboende. Värdefull insats som söker sin struktur. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2002
58. TEMO: Boende på äldre dar. TEMO-undersökning på uppdrag av Senior 2005, i Tillgänglighet och boende. Stockholm, SOU 2002:29, 2002
59. Sundström G, Malmberg B: Omsorg människor emellan. Stockholm, Socialstyrelsen, 2006
60. Thorslund M, Larsson K: Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden. Stockholm, Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2002
61. Söderberg M: Nej till särskilt boende - vad händer sen? En utvärdering av avslagens konsekvenser för de äldre och deras närstående. Haninge, Nestor FoU-center, 2005