

Ett halvt århundrade svensk äldreomsorg – var står stat och familj?

Lennarth
Johansson
Forskningsledare,
Stiftelsen Äldrecentrum,
Stockholm
Gävlegatan 16, 113 30
Stockholm
✉ lennarth.johansson
@aldrecentrum.se

Gerdt Sundström
Professor emeritus,
Institutet för gerontologi,
Hälsö högskolan
Jönköpings universitet,
Box 1026, SE-55111
Jönköping, Sverige.
✉ gerdt.sundstrom
@ju.se

Bo Malmberg
Senior Professor,
Institutet för gerontologi,
Jönköping University,
Hälsö högskolan
Box 1026, 551 11
Jönköping
✉ bo.malmberg@ju.se

SAMMANDRAG Den svenska offentliga äldreomsorgen växte starkt från 1950-talet, och nådde sin högsta nivå på 1980-talet, för att därefter minska under 2000-talet. Med hjälp av riksrepresentativa befolkningsundersökningar från 1954 och fram till 2009 studerar vi mönster i äldres hjälpbehov och insatser från familj och offentlig omsorg. Ansvarsförhållandet mellan stat och familj har skiftat över tid, men omsorg från anhöriga och det offentliga överlappar allt mer. De offentliga insatserna minskar samtidigt som allt fler på sikt får hjälp, men mindre och senare i livet. Allt fler äldre har anhöriga, som ger mer omsorg.

Nyckelord
Sverige, Äldreomsorg, Anhöriga, Ansvar

Ett nytt samhällskontrakt för familjen

Familjen har i alla tider svarat för skydd, föda, uppfostran, vård och trygghet för de sina. Först om och när man saknade familj eller dess resurser var uttömda, kunde annan omsorg, om sådan fanns, ta över ansvaret. Under fattigvårdsepoken – i Sverige till 1956 – gällde det offentliga ansvaret naturligtvis fattiga som saknade anhöriga. När Sverige och övriga Norden under 1950-talet utvecklade den offentliga välfärden, innebar det att det offentliga tog över delar av familjens ansvar, och tillhandahöll välfärd, t.ex. omsorg om barn, funktionshindrade och äldre, som helt enkelt inte fanns tidigare, eller var bristfällig. Den nordiska

välfärdsmodellen har karaktären av ett «samhällskontrakt», där förvärvsarbete för både män och kvinnor möjliggörs av väl utbyggda sociala tjänster som frigör familjen från omsorgsansvar. Detta har beskrivits som en «avfamiljisering»: vår försvenskning av den internationella forskningens «defamilisation» (t.ex. Katzin, 2014).

Idag växer debatten om samhällskontraktets giltighet i Sverige, när det gäller ansvaret för vården och omsorgen om äldre, kroniskt sjuka och personer med funktionsnedsättningar. Det hävdas att omsorgsansvaret återförs till familjen, till följd av bristen på äldreboende, snävare biståndsbedömningar m.m. (Katzin, 2014; Ulmanen & Szebehely, 2015).

Med hjälp av en serie befolkningsundersökningar försöker vi här beskriva utvecklingen av ansvarstagandet för de äldre – familjen respektive det offentliga – under en 55-årsperiod. Men först en snabböversikt av svensk offentlig äldreomsorg från 1950-talet och framåt. Med äldre avses gruppen 65 år och äldre om inte annat sägs.

Den offentliga äldreomsorgens utveckling

I början av 1950-talet bestod offentlig äldreomsorg i Sverige i huvudsak av institutionsvård, som framgår av Tabell 1 nedan. Hemhjälp, som det då hette, var på den tiden främst avsedd för yngre familjer, där modern var sjuk eller just fött barn.

Tre procent av de äldre (67+) hade 1954 eget hembiträde (stuepike) och många fler köpte privat hjälp med tvätt m.m., knappt en procent hade någon form av «offentlig» hemhjälp, ofta genom Röda Korset eller husmodersföreningar. Omkring fem procent befann sig på ålderdomshem

och kronikerhem. Där var ogifta (= aldrig gifta) och barnlösa kraftigt överrepresenterade, vilket givetvis speglar den tidens sociala verklighet. Offentlig omsorg var avsedd för fattiga som saknade anhöriga som kunde och, enligt lag, skulle dra försorg om dem.

Tabell 1. Offentlig vård och omsorg om äldre* svenskar, 1954–2016. Procent

År	1954	1975	1989	2003	208/09	2016
Institutionsvård	5	9	8	7	6	4
Hemtjänst	1**	23	18	8	10	8
Totalt	7	32	26	16	16	12

*1954: 67 år och äldre, övriga år 65 år och äldre. Uppgifterna från 1954 är hämtade från SOU 1956:1. Övriga uppgifter är hämtade från den officiella statistiken respektive år.

**Ofta genom husmodersföreningar, Röda Korset m.fl. frivilligorganisationer, med eller utan offentligt stöd.

Från 1960-talet och fram till 1980-talet rådde högkonjunktur i både den svenska ekonomin och i den offentliga äldreomsorgen, som expanderade starkt, men goda data saknas före 1975. Då hade 23 procent av äldre hemhjälp och 9 procent någon form av institutionsvård. Det var mycket lätt att få hjälp, och den sociala profilen hos brukarna var inte längre fattigvårdspräglad, vilket också var avsikten med den nya socialhjälpslagen 1956. Det skulle finnas omsorg för alla. Samtidigt hade privat, köpt hjälp – mycket vanligt 1954 – blivit svår att få tag i, alltför dyr för de flesta och kanske av mindre intresse, givet den generösa tillgången till offentlig äldreomsorg, till en låg kostnad. Bostäderna hade blivit bättre, men hade 1975 fortfarande stora brister. Hemhjälp och institutionsvård stagnerade och började krympa från slutet av 1980-talet, samtidigt som andra insatser expanderade, såsom färdtjänst, trygghetslarm och matdistribution. Service i olika former nådde samantaget därmed ungefär lika stor andel av de äldre som tidigare (Sundström et al., 2011; Johansson, Bravell, Sundström & Lundgren, 2012).

De senaste decennierna domineras utvecklingen av den krympande institutionsvården. Starten för denna utveckling var Ädelreformen 1992, som innebar att kommunerna övertog huvudansvaret för äldreomsorgen och betalningsansvar för «långliggarna» inom sjukhusvården. Detta fick omedelbar effekt och fram till 2015 hade man lagt ned drygt hälften av alla sjukhusplatser i landet. En «andra våg» av nedläggningar, men nu inom den kommunala institutionsvården, innebar att 25 000 till 30 000 sådana platser försvann under samma

tidsperiod (Schön & Johansson, 2015; Johansson, 2017). Samtidigt ökade antalet äldre kraftigt. En konsekvens är att de flesta demenssjuka äldre vårdas hemma, vilket ofta innebär ett ökat ansvar för anhöriga. År 2016 hade fyra procent av de äldre en plats i äldreboende, dvs. lägre än på 1950-talet.

Många äldre får plats på institution först i mycket hög ålder – genomsnittsåldern var 85 år 2016 – och bor där en allt kortare tid innan de går bort (Schön, Lagergren & Kåreholt, 2016). En bearbetning av offentliga register visar att 13 procent av de som flyttar till särskilt boende dör inom två månader, 32 procent inom ett år och 51 procent inom två år (Socialstyrelsen, 2016).

Den ekonomiska sidan – inte direkt jämförbar med statistik om servicenivåer – har belysts av offentliga utredningar. År 1953 gick ungefär 0,5 procent av BNP till äldreomsorg. Denna andel ökade sedan snabbt och 1975 års Pensionärsundersökning (SOU 1977:98) konstaterade att den offentliga äldreomsorgen förbrukade ungefär 2,7 procent av BNP år 1975. Senare uppskattningar gjorda av OECD anger en andel på 2,6 procent för år 1998 och 2,8 procent för år 2009, varav hela tiden det mesta gått till institutionsvård. En mer utvecklad jämförelse borde också beakta pensioner och ekonomiskt bostadsstöd för äldre, som hela tiden varit fyra-fem gånger större än den rena omsorgen. Under perioden ökade andelen äldre (65 och äldre) i befolkningen från 12 procent år 1950 till 15 procent år 1975 och 18 procent år 2009 (och 20 % år 2016). Antalet äldre ökade från drygt sjuhundratusen år 1950 till knappt 1,7 miljoner år 2009 (Statistiska centralbyrån, 2016).

Befolkningsundersökningarna

Den första svenska undersökningen gjordes 1954, då drygt tusen äldre personer 67 år och över intervjuades, dragna från pensionsregistret, med garanterad representativitet eftersom bortfallet var anmärkningsvärda 0,8 procent (SOU 1956:1). Det säger möjligen något om tidsandan, att man ogärna nekade att svara när myndigheter ville ha upplysningar. Detta hade förändrats redan till 1975. Den så kallade Pensionärsundersökningen 1975 intervjuade 990 ålderspensionärer, inklusive ett antal personer i åldrarna 60–64 år som hade ålderspension, med ett bortfall på 18 procent (SOU 1977:100).

Undersökningen 1954 hade sin bakgrund i de skandaler med mystiska dödsfall på ålderdomshemmen som då skakade den offentliga omsorgen. Det framtvängde en utredning som lät göra bl.a. denna undersökning för att höra pensionärernas egen version, en nyhet på den tiden. Motsvarande studier gjordes något tidigare i Finland och Norge (Statistikcentralen, 1953; Ström, 1956). Dessförinnan nöjde sig statliga utredningar med expertutlåtanden och underlag från kommuner och landsting. De äldre ville ha hemvård, inte vårdhem, löd tidens slogan.

Under 1970-talet startade Statistiska Centralbyråns årliga befolkningsundersökningar ULF

(Undersökningen av Levnadsförhållanden). Till en början hade de oftast en övre åldersgräns på 84 år, något som togs bort på 2000-talet. Det ökande bortfallet i ULF undersökningarna från 2010 och därefter gör dock att vi får nöja oss med att sträcka perspektivet fram till 2009, dvs. ett 55-årsspanorama.

De frågor man ställer i undersökningar avspeglar naturligtvis sin tid. 1954 frågade man utförligt om familj inklusive barn, avstånd till dessa och barnbarn etc. Likaså ställdes ingående frågor om bostadens beskaffenhet och standard, eftersom många äldre bodde omodernt och ren misär inte var ovanligt på den tiden. Det fanns t.o.m. äldre som var hemlösa, men som intervjuarna ändå hittade – de hade ju en adress för sin pensionsutbetalning. I samtliga årgångar av befolkningsstudierna har man försökt fånga omsorgsgivande, när det gäller behov av hjälp med IADL (hjälp med praktiska sysslor: inköp, tvätt, städning och matlagning) och PADL (hjälp med personlig omsorg).

Vilka förändringar har skett i omsorgsmönstren – ges nödvändig hjälp av familjen, det offentliga eller både – och under den studerade tidsperioden? Märks förändringarna av den offentliga äldreomsorgen i de intervjuundersökningar som gjorts? I Tabell 2 redovisas insatser från anhöriga och offentliga insatser vid olika tidpunkter.

Tabell 2. Omsorgsmönster för hemmaboende äldre* svenskar, 1954–2009. Procent

År	1954	1975	1988/89	2002/03	2009
Får anhörigomsorg	—	36	23	18	19
– i hushållet	—	—	13	8	8
– utifrån	—	—	12	12	14
Offentlig omsorg**	1	17	13	10	9
Båda	—	8***	6	6	8

*Hemmaboende personer 1954: 67 år och äldre, övriga år 65 år äldre.

**Hemhjälp: Omfattar i Sverige både praktisk hjälp och vård, samma organisation och personal.

*** Stockholm: Hemhjälp och hjälp av barn 1976/77 (efter Sundström, 1983).

Av Tabell 2 framgår att de offentliga insatserna bland hemmaboende äldre minskade relativt sett från 1970-talet, i linje med den officiella statistiken i stort. Men det gjorde också anhörigas insatser. Den enkla förklaringen är nog att äldres hjälpbehov minskade, relativt sett, över tid. Samtidigt fördubblades antalet äldre jämfört med början av 1950-talet.

Utvecklingen av hjälpbehov, dvs. självrapporterade behov av hjälp med IADL och PADL, och hur hjälpbehoven förändrats över tid, visas i Tabell 3. Det mest slående är att hjälpbehoven – enligt de äldre själva – praktiskt taget halverades från 1970-talets mitt fram till 2009. Vi noterar att få äldre numera uppger att de står utan hjälp eller får för litet hjälp.

Tabell 3. Behov av ADL-hjälp bland äldre* svenskar, 1954–2009. Procent

År	1954	1975	1988/89	2002/03	2009
Hjälpbehov	42**	42	32	25	22
– med hushållet		25–42***	32	23	21
– med personlig vård		10****	7	6	6
Får för litet/ingen hjälp	9	9	1	2	1

*Hemmaboende personer 1954: 67 år och äldre, övriga år 65 år äldre.

**Personer som utförde högst ett dagligt göromål och fick hjälp med 2–3 dagliga göromål (SOU 1956:1 s. 236).

***25 % behövde hjälp med inköp, med matlagning 27 %, med städning 42 %; vi antar att detta också är det kumulerade behovet.

Detta är den enda undersökning som frågar om stortvätt – besvärligt före tvättmaskinernas tidevarv – vilket 58 % behövde hjälp med.

Källa: SOU 1977:100 Tabellerna 4.53 och 4.56.

****Behövde hjälp med personlig hygien («tvättning och toalettbesty»). Samma källa.

Den ökade «tillgången» på anhöriga kan skönjas i Tabell 3: Allt färre äldre har *enbart* offentlig hjälp: 9 procent 1975, 1 procent 2009, med stor och sannolikt ökande överlappning mellan offentlig hjälp och anhörigvård (Jegermalm & Sundström, 2015). På liknande vis har man sett att äldre i kommuner med högre servicenivåer också får mer anhörigomsorg (Davey, Johansson, Malmberg & Sundström, 2006). Den typiska omsorgskarriären i dagens Sverige är nog för de flesta att man först – och länge – får hjälp och stöd av anhöriga, därefter under en allt kortare tid offentlig omsorg, vid sidan av anhöriginsatserna.

Samtidigt får man komma ihåg att äldre inte bara är mottagare av omsorg, som man skulle kunna tro av den offentliga diskursen. Många äldre är också givare av omsorg och vård, samt av ekonomiskt och annat stöd till barn och barnbarn med flera. Vi uppskattar att äldre utför ungefär 40 procent av all anhörigomsorg (egna beräkningar på Fråga 4 i Bilaga till Socialstyrelsen, 2012). De är färre än de yngre anhörigvårdarna, men utför ofta mycket fler omsorgstimmar för t.ex. en dement man eller fru (partner) och det är lika många män som kvinnor som gör detta. Omkring en femtedel av de äldre är omsorgsgivare, dvs. ungefär samma andel som bland yngre personer (Abellan et al., 2017).

Om detta har vi data bara för en kortare tidsperiod, visade i Tabell 4. År 1954 insåg man uppenbarligen inte frågans vikt, man rapporterade då att två procent i den undersökningen gav «omfattande vård». År 1975 ställdes inga frågor om detta. Undersökningar 2012 respektive 2014 visar ungefär samma andel omsorgsgivare, yngre som äldre, som 2009 (Socialstyrelsen, 2012; Jegermalm & Sundström, 2015).

Tabell 4. Omsorgsgivande bland äldre* svenskar, 1994–2009. Procent

År	1994	2002/03	2009
Ger omsorg	20**	21	19
– Till partner	—	4	4
– Ger dagligomsorg	—	5	5

*Hemmaboende personer 65+

**Efter Busch Zetterberg (1996)

Även om vi inte har data över längre tid i detta avseende, kan man dra slutsatsen att det absoluta antalet äldre omsorgsgivare ökar, eftersom vi har allt fler äldre och allt fler av dem har en partner, barn och andra familjeband. Drygt hundratusen äldre har fortfarande föräldrar i livet (Sundström, 2018). Det ökar sannolikheten att både få och ge omsorg.

Samhällsförändringar under mer än ett halvt århundrade

Under de mer än 50 år som denna artikel spänner över har det skett en dramatisk samhällsutveckling. Det påverkar givetvis ansvarsförhållandet mellan staten och familjen och behov av och tillgång till hjälp på ett mångfasetterat sätt. Den ökade livslängden under detta halvsekel – ca 10 år både för män och kvinnor – har resulterat i att den äldre befolkningen mer än fördubblats under samma tid.

Den demografiska utvecklingen har inneburit att fler, äldre och yngre, har en maka/make/partner och att fler har barn, jämfört med 1950-talet, därtill har 5–7 procent av de äldre en partner man inte bor stadigvarande med («särbo»). Alla samlevnadsformerna tycks ha ökat från slutet av 1900-ta-

let (Bildtgaard & Öberg, 2015). Att allt fler äldre (och yngre) har barn och barnbarn är oväntat för den som sett de vanliga diagrammen om allt färre medelålders i relation till allt fler äldre. Enkla demografiska indikatorer kan visa helt fel (Herlofson & Hagestad, 2011; Sundström, 2018). Proportionsvis allt fler har make/maka och/eller barn, de viktigaste anhöriga i alla studier av omsorgsmönster. Omvänt är det allt fler vuxna som har föräldrar i livet allt längre. Tvärtemot vad många tror så har de flesta äldre också barn boende ganska nära, med lokala variationer (Alm Stenflo, 2006; Sundström 2018).

Proportionsvis allt färre äldre bor ensamma, men ensamboende är relaterat till ålder. När omsorgsbehoven uppstår i allt högre ålder, är man ofta ensamboende. Eftersom ensamboende äldre utgör 8–9 av 10 bland dem som får hemtjänst, påverkar detta också efterfrågan. På 1980-talet bodde ungefär 40 procent av dåtidens 65 år och äldre ensamma, år 2016 cirka 32 procent, men med stora lokala variationer (Sundström, 2014 och beräkningar på www.scb.se).

Till ökad livslängd, demografiska förändringar, och utvecklingen av hälsan bland äldre måste också andra samhällsförändringar läggas. Väsentliga förbättringar av livsvillkoren för de äldre under det studerade halvsekle handlar om ekonomi, bostäder, kommunikationer och annan samhällsservice. Detta i sin tur påverkar också människors attityder och förväntningar på att få offentlig hjälp, liksom möjligheten att (kunna) vara oberoende av anhörigas insatser.

Diskussion

Måhända är det omöjligt att helt exakt beskriva utvecklingen av ansvarsfördelningen mellan familjen och det offentliga av vård och omsorg för äldre? Att det inte skulle uppstå förskjutningar under ett halvsekel framstår som en naiv tanke. Snarare finner vi många olika tolkningar som både bekräftar och motsäger varandra, därför att det inte går att beskriva utvecklingen på ett jämförbart sätt under en så lång tidsperiod. Den typ av tvärsnittsdata vi redovisat och som myndigheter och andra vanligen använder sig av, kan inte helt fånga behoven respektive den omsorg som ges och mottages. Över livsloppet har sannolikt allt fler äldre fått hjälp både av anhöriga och av det offentliga, även om man sett en nedgång i statistiska tvärsnittsdata. Vi använder dock dessa som en bakgrund tillsammans med demografiska

uppgifter och kända samhällsförändringar under tidsperioden för att beskriva utvecklingen.

En stark indikator på «återfamiljisering» av äldreomsorgen är tillgången till institutionsvård, som är det tydligaste exemplet på när det offentliga tar över ansvaret från familjen. Under de senaste decennierna har det skett en kraftig minskning av vårdplatser inom sjukvården och äldreomsorgen. Det innebär att vården «stannar kvar hemma», i familjen, som därmed automatiskt får ett större ansvar. Som nämnts tidigare har institutionsplatserna minskat med ungefär 25 000–30 000 de senaste 15 åren, vilket innebär att proportionsvis färre äldre idag (2018) än på 1950-talet bor på institution.

Bland de allt fler äldre som bor hemma har proportionsvis färre hemtjänst, jämfört med 1970-talet. Om hemtjänsten skall sörja för allt mer hjälpbehövande skulle man vänta sig ökande timinsatser, men intensiteten i hemtjänstinsatserna har inte förändrats nämnvärt över senare tid. När äldreomsorgen resursmässigt stod i zenit på 1970-talet, var det liksom idag ungefär fyra procent av alla hjälptagare som hade 120 timmar eller mer hjälp i månaden.

De demografiska förändringarna, i kombination med en kraftig minskning av institutionsvården, har under 2000-talet inneburit att ett större omsorgsansvar över tid ligger på partnern och i ett senare skede på barnen, som upplever att de ställs inför nya förpliktelser. Barnens omsorgsansvar för föräldrar handlar bland annat om att föra deras talan i kontakter med olika myndigheter. Konkret innebär det att vara advokat, kvalitetskontrollant och samordnare av offentliga insatser för den äldre. Men till detta kommer också att fungera som «komplement» till hemtjänsten och inte minst svara för tillsyn av att den äldre är trygg och säker. Detta ansvar upplevs ofta väl så betungande av barnen – som vanligtvis också är förvärvsarbetande – som personlig vård och omsorg. Därtill har barnen inte någon legal grund att stå på i sitt företrädarskap, vilket ytterligare ökar frustrationen hos de anhöriga vid myndighetskontakter.

Den minskade tillgången på äldreboenden och sjukhusplatser har inneburit att fler anhöriga gör mer, vilket man indirekt kan sluta sig till även om detta inte direkt framgår av statistiken. Fortsätter denna utveckling går vi mot en situation, där den svenska välfärdsmodellen för vård och omsorg om äldre riskerar att rämna. Men inte ens under

sin storhetstid kunde den ha «övertagit» en större del av det anhöriga gjorde eller borde ha gjort. Det räcker (räckte) den knappast till för, eftersom den vanligen bara tillhandahåller (tillhandahöll) några hemhjälpstimmar i månaden eller en allt kortare institutionsvistelse för ungefär hälften av de äldre i slutet av livet.

Huruvida *enskilda* anhöriga faktiskt belastas mer idag än under den offentliga omsorgens storhetstid, går inte att uttala sig om. Livssituationen för de äldre och deras familjer på den tiden var väsentligt annorlunda, jämfört med idag. Vad som är en «bättre» eller «sämre» situation för anhörigas del, har också att göra med vilka förväntningar man har som äldre och anhörig att få hjälp från det offentliga. Nutidens växande anhängomsorg kan också förstås som att allt fler *har* anhöriga (Sundström, 2018). Då genereras mer omsorg. Om detta är en påtvingad omsorg kan diskuteras, liksom talet om att man lastar över ansvar och uppgifter på anhöriga. Och hur ska vi väga in det faktum att äldre är stora omsorgsgivare till andra, både äldre och yngre? Det är inte säkert att familjens synvinkel sammanfaller med makroperspektivet.

Det är svårt att empiriskt belägga förändringar i ansvarsförhållandet, och om och hur de kan avläsas i tvärsnittsdata från olika tidpunkter. Samtidigt är det nämligen proportionsvis allt fler som använder offentlig omsorg på längre sikt, dvs. får hemhjälp och/eller flyttar till institution innan de dör. Det handlar om prioritering, vem som bedöms ha det största behovet vid ett givet tillfälle, dvs. fler får, men de får mindre och får vänta längre. Kanske är den enklaste – och bästa – nyckeln till de mönster vi visat, att familjen helt enkelt gör vad den kan, nu liksom förr och att offentliga insatser har volymmässigt marginell betydelse. Men å andra sidan svarar det offentliga för insatser av speciell karaktär, som sjukvård och omsorg, som inte anhöriga kan svara för. Ett minskat utbud av offentlig äldreomsorg speglar samtidigt anhörigas skiftande roll från att vara den som svarar för vården, till den som företräder den äldre för att få del av den offentliga omsorgen. I stort kan man som Lingsom (1997) och Esping-Andersen (2016) konstatera att familjerna är robusta och förvånansvärt stabila. Offentliga insatser kommer och går, men familjen består, även om dess roll alltid är stadd i förändring.

REFERENSER

- Abellan, A., Perez, J., Pujol, R., Sundström, G., Jegermalm, M. & Malmberg, B. (2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. *International Journal of Ageing and Later Life*, 11(1), 69–89. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.16-305>
- Alm Stenflo, G. (2006). *Äldres omsorgsbehov och närhet till anhöriga* (Demografiska Rapporter 2006:1). Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Bildtgaard, T. & Öberg, P. (2015). Förändrade intimitetsformer bland äldre i det senmoderna samhället. *Sociologisk Forskning*, 52(1), 5–32.
- Busch Zetterberg, K. (1996). *Det civila samhället i socialstaten*. Stockholm: City University Press.
- Davey, A., Johansson, L., Malmberg, B. & Sundström, G. (2006). Unequal but equitable: An analysis of variations in old age care in Sweden. *European Journal of Ageing* 3(1), 34–40. <https://doi.org/10.1007/s10433-006-0020-6>
- Esping-Andersen, G. (2016). *Families in the 21st Century*. Stockholm: SNS Förlag. <https://doi.org/10.1111/padr.12019>
- Herlofson, K. & Hagestad, G.O. (2011). Challenges in moving from macro to micro: Population and family structures in ageing societies. *Demographic Research*, 25, 337–370. [https://doi.org/10.1016/S0195-6310\(07\)00004-X](https://doi.org/10.1016/S0195-6310(07)00004-X)
- Jegermalm, M. & Sundström, G. (2015). Stereotypes about caregiving and lessons from the Swedish panorama of care. *European Journal of Social Work*, 18(2), 185–197. <https://doi.org/10.1080/13691457.2014.892476>
- Johansson, L., Ernsth Bravell, M., Sundström, G. & Lundgren, D. (2012). Omsorgspanoramats: En beskrivning av utvecklingen före, under och efter Ädel. *Äldre i Centrum*, 26(2), 15–17.
- Johansson, L. (2017). Statens reformer slår mot de resurssvaga. *Äldre i Centrum*, 31(4), 46–48.
- Katzin, M. (2014). Tillbaka till familjen: privat och offentligt ansvar i den svenska äldreomsorgen. *Retfaerd: nordisk juridisk tidskrift*, 2, 37–53.
- Lingsom, S. (1997). *The Substitution Issue: Care policies and their consequences for family care* (Rapport 6/97). Oslo: NOVA. <https://doi.org/10.7577/nova/rapporter/1997/6>
- SOU 1956:1. *Åldringvård. Betänkande av 1952 års Åldringvårdsutredning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1977:98. *Pensionär '75. En kartläggning med framtidsaspekter*. Stockholm: Liber Förlag/Allmänna Förlaget.

- SOU 1977:100. *Pensionär '75. Bilaga B. Intervjuundersökningen*. Stockholm: Liber Förlag/Allmänna Förlaget.
- Schön, P., & Johansson, L. (2015). En äldrevård i obalans. *Äldre i Centrum*, 3, 8–9.
- Schön, P., Lagergren, M., & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. *Health & Social Care in the Community*, 24(5), 631–638. <https://doi.org/10.1111/hsc.12237>
- Socialstyrelsen (2012). *Anhörigas omsorg om närstående – omfattning och konsekvenser* (Artikel nr. 2012-8-15). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Statistik om särskilt boende*. (Artikel nr. 2016-12-05). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statistikcentralen (1953). Finlands Statistik: Åldringarnas levnadsförhållanden. *Sociala specialundersökningar XXXII*:20.
- Statistiska centralbyrån (2016). *Befolkningsstatistik. Statistikdatabasen. Befolkning efter ålder och kön. År 1860–2016*.
- Ström, A. (1956). De eldres levkår og helsetilstand. *Norske gerontologiske skrifter* Nr 2. Oslo: De gamles helsekomité.
- Sundström, G. (1983). *Caring for the Aged in Welfare Society*. (Doktorsavhandling) Stockholms universitet, Socialhögskolan, Stockholm.
- Sundström, G. (2014). Var tredje äldre bor ensam. *Välfärd* 1, 10–11
- Sundström, G. (2018). *Den fasta grunden? Svenska familjerelationer, särskilt 1985–2015*. Stockholm: Familjen först (under utgivning).
- Sundström, G., Boll Hansen, E., Daatland, S-O., Herlofsson, K., Johansson, L., Malmberg, B., Puga Gonzalez, M.D. & Tortosa, M.A. (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. <https://doi.org/10.1179/175016811x12883685966936>
- Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential care in Sweden. *International Journal of Social Welfare*, 24(1), 81–92. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12108>