

Önskemål om informell och formell hjälp och vård

Lars Andersson

Normaliseringsprincipen inom äldreomsorgen, med bl a inriktning mot hemsjukvård, har medfört att de anhörigas roll har kommit att aktualiseras. Det kan då finnas en tendens till att vilja idealisera anhörigvård, och kanske över-skatta dess möjligheter.

I artikeln redogörs för några förhållanden som bör beaktas i resonemangen kring anhörig-vårdens omfattning. Dit hör bl a meningsfullhe-ten i att vidga anhörigbegreppet till att omfatta det informella nätverket, distinktionen mellan sammanhållning och vård, samt hänsynen till de äldres egna önskemål.

Lars Andersson, dr med sc, innehar en fors-kartjänst i omvårdnadsforskning vid Medicinska Forskningsrådet, och är knuten till institutionen för psykosocial miljömedicin, Karolinska Institu-tet.

Välfärdssamhället som vi känner det bygger på grundtanken att resurser tillhandahålls medbor-garna på jämlika villkor. Den väsentliga skillnaden i förhållande till vad som kallats "social security states" (1) består i att systemet omfattar *alla*, dvs samhällets inflytande skall inte begränsas till att stödja utpekade fattiga. På vissa områden, som barn-omsorg och högre utbildning, visar det sig att till-gängligheten varierar och *högre* samhällsklasser an-vänder en proportionsvis större del av resurserna. När det gäller sjukvård eller äldreomsorg däremot, har tillgängligheten generellt sett varit hög och vård-behovet varit avgörande för graden av omhändertag-ande.

Välfärdssamhället är förstås inget alltigenom gi-vet och från tid till annan utsätts det i större eller

mindre grad för kritik. I en ideologisk kritik som utgår från den klassiska motsättningen mellan familj och samhälle (staten), hävdas att familjen utgör samhällets stöttepelare, och har en speciell funktion som en motvikt mot just välfärdssamhället. För äldreomsorgens del har i många länder under senare år uttalats en önskan från styrande håll att familjen och övriga anhöriga skall ta ett större ansvar för vården av de äldre på bekostnad av den offentliga servicen. Man hänvisar därvid bl a till två omstän-digheter: 1. Kontakten mellan generationerna inom familjen är i allmänhet god och de närmaste står för lejonparten av det stöd och den hjälp som kan behö-vas (2, 3, 4), samt 2. de äldre föredrar vid behov att vårdas av anhöriga.

I Sverige har äldreomsorgen under de senaste åren främst påverkats av normaliseringsprincipen, som innebär att varje människa skall ha möjlighet att leva och fungera i sin vanliga miljö och under så normala förhållanden som möjligt. Ett led i denna strävan är ett uttalat stöd för hemsjukvård som ett alternativ till institutionsvård. I och med detta kom-mer de anhörigas situation i blickpunkten på ett helt annat sätt. Ur anhörigas synvinkel kan det kännas mer naturligt att hjälpa till när den äldre vårdbehö-vande vistas hemma. Ur politikerns och administra-törers synvinkel kan det vara frestande att räkna med "besparingar" genom en ökad insats från an-höriga.

I denna artikel uppmärksammas några förhållan-den i skärningspunkten mellan normaliseringssträ-vandena med hemsjukvård m m å den ena sidan och å den andra sidan den ideologiska överbyggnad som konkretiserades i de två punkterna ovan. En grund-tanke i framställningen är att det kan föreligga en risk att omfattningen av de anhörigas insatser i vår-den kan komma att övervärderas.

Strukturella förändringar

Till att börja med är ett villkor för större satsningar på anhängvård att det finns strukturella förutsättningar. Faktorer som åldersfördelning, hushållssammansättning, antal förvärvsarbetande osv, påverkar onekligen andelen potentiella vårdgivare. Det är visserligen så att andelen äldre i stort sett nått maximum för tillfället – nästa "topp" väntas inträffa omkring år 2020. Men inom ramen för en ytligt sett ganska stabil befolkningsstruktur sker några viktiga förändringar. Främst den stora ökningen av andelen personer i de *äldsta* åldersgrupperna. Då kan speciellt noteras att andelen äldre som bor ensamma ökar. Enligt en demografisk projektion av Pikwer et al. (5), kommer dessutom andelen ensamboende äldre som heller inte har barn att fördubblas inom en 40 års period.

En annan faktor av betydelse i detta sammanhang är den snabba ökningen av *kvinnor* i förvärvsarbete. I åldersgruppen 45 till 54 år har 87% av kvinnorna förvärvsarbete, i åldersgruppen 55 till 64 år är siffran 60%. Detta är betydelsefullt då vård i familjen är en eufemism för vård given av kvinnor. I Jones och Vetter's (6) undersökning av anhängvårdare utgör kvinnorna 79%. Enligt Walker (7) har dock inte kvinnornas inträde på arbetsmarknaden nämnvärt påverkat deras åtaganden att vara vårdgivare även om det ibland skett till priset av fysisk och psykisk förslitning (7).

Finns det några ytterligare resurser att ta till vara? Det mesta tyder på att i stort sett är så inte fallet (8). Den enda inte fullt ut använda resursen utgörs av *männen* i familjen – främst då söner och svärsöner, ty då män förekommer som vårdgivare rör det sig oftast om maken till den vårdade. Men i den mån männen kan fås att ställa upp innebär det sannolikt inget tillskott totalt sett, utan insatsen kommer nog snarare att innebära att kvinnorna i familjen avlastas.

I Storbritannien där regeringspolitiken under första hälften av 80-talet inneburit dels en nedrustning av den offentliga servicen, dels att arbetslösheten tillåtits stiga, har det från styrande håll funnits förhoppningar om att de *arbetslösa* (männen) dessutom själva skulle bidra till nedrustningen av den offentliga vården genom att ägna sig åt omsorgsar-

bete (8). Men det har inte oväntat visat sig att de i *lägre* utsträckning än de arbetande ägnat sig åt några vårdinsatser (8).

Eftersom medelåldern på de vårdbehövande ökar, kan främst på litet längre sikt en ny kategori vårdare bli aktuell – de *pensionerade barnen*. Men frågan är i vilken utsträckning de är beredda att efter ett helt arbetslivs bundenhet, åtaga sig uppgifter där bundenheten kanske är ännu större.

Sammanfattningsvis ger inte siffrorna vid handen att det skulle finnas någon större outnyttjad resurs bland de närmast anhöriga, (se även, 4). Men i resonemangen kring omsorg och vård har anhängbegreppet vidgats till att gälla vad som kallas det informella, eller sociala, nätverket. Man hänvisar då främst till den litteratur som behandlat begreppet socialt stöd, och de hälsoeffekter som påvisats som ett resultat av detta stöd.

Socialt stöd

Intresset inom *forskningen* för social integration kan spåras långt tillbaka. Klassiker som Durkheim och Tönnies mfl har lämnat ofta citerade bidrag. Men det verkliga intresset har kommit först under det senaste decenniet. Forskningen har framförallt koncentrerats runt tre begrepp: socialt stöd, social isolering samt ensamhet (9). Det förefaller onekligen som om "social support" eller "the informal support system" är det tema som generellt sett dominerar åtminstone gerontologin idag (10). Ursprungligen lanserades socialt stöd som en modifierande variabel i den forskning som studerar sambandet mellan påfrestande händelser och dess effekter i form av morbiditet och mortalitet. Socialt stöd fås genom det sociala nätverket, vilket enligt Adams (11) utgörs av de människor med vilka man upprätthåller kontakt och har någon form av bindning till, dvs en blandning av anhöriga, vänner, grannar och anställda i olika verksamheter som man direkt berörs av.

Åtskillig forskning har visat att det föreligger ett positivt samband mellan omfattningen av det sociala nätverket och olika hälsovariabler. Mest omskriven på senare år är säkerligen den studie som först presenterades i en avhandling av Berkman

(12). De positiva resultaten från forskningen har i sin tur föranlett program och kampanjer som då mentalhälsokommissionen i USA 1978 uttalar att program för att befordra naturliga nätverk har en nationell prioritet för anställda inom mentalvården, eller som den stora kampanjen "Friends can be good medicin" i Californien.

En viss försiktighet kan dock vara på sin plats vid tolkningar av resultaten. Det är för det första inte nödvändigtvis så att statistiskt signifikanta skillnader också innebär att skillnaderna är kliniskt signifikanta. Vidare har hypoteser prövats med sambandsanalyser och ej kunnat beläggas kausalt. Man bör också ta hänsyn till att sociala band även visats ha direkt negativa följder. Rook (13) finner dessutom ett visst stöd för antagandet att negativa relationer har en större inverkan på välbefinnandet än positiva relationer, och en förklaring till att ett begränsat socialt nätverk samvarierar med lägre välbefinnande kan tex vara att de som inte har socialt stöd *dessutom* besväras av någon relation som kan vara betungande på olika sätt. Trots reservationerna kan man nog utgå ifrån att de flesta har tillgång till ett fungerande socialt nätverk med värdefulla relationer. Vad innebär detta för möjligheterna till omsorg och vård?

Distinktionen mellan sammanhållning och vårdrelation

Det är fortsättningsvis nödvändigt att tydligt klargöra en distinktion – den mellan god sammanhållning och att utöva vård. När det förstnämnda används som argument för att anhöriga även kommer att vara villiga att ta sig an det sistnämnda ligger antagligen i bakgrunden tanken att tillgivenhet och omtanke styr båda aktiviteterna och att dessa känslor är tillräckligt starka för att stå pall för vårdarbetets påfrestningar. Det finns fog för att anta att detta är ett förenklat sätt att se på saken.

Näst efter maken står i allmänhet barnen närmast den vårdbehövande. Enligt Jarrett (14) är den kulturella normen att dessa bör ta hand om sina äldre av kärlek och tillgivenhet, av relativt sent datum. Tidigare generationer gjorde det främst för att de stod i tacksamhetsskuld. Det var sålunda fråga om plikt-

känsla, vilket anses vara en större garant för genomfört vårdarbete än tillgivenhet och omtanke. I välfärdssamhället ställs inte barnen i tacksamhetsskuld på samma sätt som tidigare då tex livsuppehållet eller utbildningsmöjligheter inte längre är direkt beroende av föräldrarnas uppförelse. För den nuvarande äldregenerationen är inte heller kravet på pliktuppfyllelse från barnens sida lika starkt som för tidigare generationer, då det finns alternativ till barnens insatser. Samvaron karakteriseras numera i högre grad av tillgivenhet och omtanke, men dessa känslor kan utsättas för svåra prövningar. I en sådan situation när tvingande omständigheter inte längre är förhållande, blir utbytet av känslor och beteenden mer "förhandlingsbart". Barnens känslor inför föräldrarna innehåller tex både positiva och negativa beståndsdelar, där de positiva i allmänhet överväger. Men under trycket av påfrestningar av den sort som kan uppstå i en vårdsituation riskerar de negativa sidorna av förhållandet att fixeras. Inför risken att så sker kan barnen dra sig undan vårdrollen. Man vill bevara en positiv bild av förhållandet till föräldrarna, och på motsvarande sätt vill dessa att de skall ihågkommas i positiv dager.

Adams (11) menar att de bästa förutsättningarna för en långvarig vårdrelation finns när plikt-känsla förekommer i kombination med en långvarig relation byggd på tillgivenhet och kärlek. Adams kontrasterar denna form av relation mot den som bygger på likhet i attityder och intressen hos de inblandade. Det väsentliga med denna distinktion är att i fråga om den senare typen av relation leder känslomässiga konflikter eller en förändring i samstämmigheten till att den upplöses eller åtminstone till att banden mellan individerna försvagas. Båda typerna av relation fångas sannolikt upp vid kartläggning av socialt stöd, men Adams konstaterar således att det huvudsakligen är den förstnämnda typen som kan leda fram till en vårdrelation. Detta begränsar givetvis antalet potentiella vårdgivare högst väsentligt även om det sociala nätverket kan förfalla omfattande.

En annan sida av vårdarbetet bland äldre som sällan tas upp är att det kan tangera tabugränser i vår kultur. I praktiken handlar vård ofta om att

sköta intimhygienen åt en annan människa. Att då grannen, svärsonen eller barnen skulle kunna engageras i någon större utsträckning får därför anses som mindre troligt.

Anhörigvårdaren

När vårdbehov uppstår och en anhörig dock ställer upp har det visat sig att det är förhållandevis lätt att förutse vem som kommer att ge vården (7). Hörl och Rosenmayr (15) finner i sin österrikiska studie att även bland äldre utan barn finns det i allmänhet möjligheter till hjälp. Walker (8) noterar att den avgörande faktorn vid val av vårdgivare är *kön* och *geografisk närhet*. Det är i allmänhet så att det barn som är mest bundet till föräldern också bor närmast. Hörl och Rosenmayr finner att den typiske vårdgivaren *inte* är den medelålders kvinnan, "woman in the middle", med ansvar för både den äldre, barn och familj samt eget arbete. Den typiske vårdgivaren i deras studie är i stället hemmafru eller pensionär, utan konkurrerande sociala förpliktelser. Det sistnämnda var en avgörande faktor som samverkade med att vårdtagaren ofta ganska fordrande och på ett skuldbeläggande sätt framförde vem som föredrogs som vårdgivare, medan övriga anhöriga drog sig undan och förklarade att de var mindre lämpade för uppgiften.

Vårdandet gav vårdgivarna erkänsla från personer i omgivningen och stärkte självkänslan. Att ha ställt upp, innebar att hamna i ett psykologiskt överläge. I en sådan situation är det mindre troligt att vårdgivarna skulle vara så värst benägna att be om hjälp utifrån, och det visade sig också att de tenderade att "monopolisera" vården. Att man ändå klarade av det betungande arbetet, berodde på de olika former av "belöningar" som förekommer. Hörl och Rosenmayr nämner tre typer.

För det första en djup tacksamhet från den vårdade. Denna gränsade ibland till undergivenhet och fungerade som en immateriell belöning i och med att bilden av en människa som är hjälpsam och inte ryggas för att hugga i när det behövs, kunde upprätthållas.

För det andra förekom olika former av materiella belöningar. Dessa "fringe benefits" var vanligt förekommande men var knappast det främsta motivet

för att ta på sig vårduppgifter. Det fanns även en annan aspekt på den ekonomiska problematiken. Några vårdare såg som sin uppgift att skydda den äldre mot att utnyttjas ekonomiskt. De kontrollerade därför "kritiska" kontakter och förstärkte därmed monopoliseringen.

Den tredje formen av belöning gäller ömsesidighet i den sociala relationen. Den gamle var helt enkelt en samtalspartner och ett sällskap. Många vårdare hade ett mycket begränsat socialt nätverk och utgjorde en klar riskgrupp för ensamhetskänslor. Emellertid upprätthölls denna balanserade relation bara under den första tiden. Allteftersom den vårdades tillstånd försämrades minskade detta utbyte. Om denne dessutom inte var "tillräckligt" tacksam gjorde sig känslan av att bli utnyttjad gällande.

När man ser tillbaka, uppfattas tiden som vårdare som mycket påfrestande. Den sociala kontrollen samt plikt-känslan var de faktorer som gjorde att vårdarbetet fullföljdes, dvs precis som Jarrett (14) konstaterat behöver inte nödvändigtvis ömhet och tillgivenhet finnas med i bakgrunden vid vårdarbete.

Vårdarbetets innehåll

Att påfrestningar uppstår är knappast förvånande, då ju vårdarbete i realiteten kan innebära ett hårt och otacksamt arbete, sömnlösa nätter och psykisk utmattning. Kosberg (16) refererar ett antal internationella studier som beskriver hur anhörigvård kan vara en svår och smärtsam erfarenhet för vårdaren, men också för den vårdade. Det är således inte självklart att vård och hjälp från anhöriga och vänner nödvändigtvis är välgörande bara för att den är välmenande. Rapporterade besvär bland vårdarna utgörs bl.a. av ensamhetskänslor, utmattning, ångest och olika psykosomatiska reaktioner. Även anhörigvårdarna i Berg och Holmgrens (17) undersökning rapporterar likartade besvär, trots att vårdtyngden för en stor del av hemvårdspatienterna i deras undersökning var relativt låg. Den informella vårdaren förefaller bli lättare utbränd, då hon har svårt att sätta gränser, skydda sig själv eller hålla nödvändig distans.

I det långa loppet kan dessa påfrestningar leda till

att ursprungliga känslor av ömhet och tillgivenhet alltmer urholkas. För att försöka komma tillrätta med detta kan vårdgivaren antingen reagera med att klart distansera sig fysiskt och psykologiskt från vårdtagaren, vilket bla kan leda till ensamhetsupplevelser hos den sistnämnde, eller genom att helt gå upp i vårdrollen på bekostnad av andra engagemang (18).

För flertalet anhörigvårdare i Sverige idag är antagligen vårdarbetet resultatet av ett medvetet val, men vid varje form av förändring inom omsorgen till att en större börda skall läggas på den enskilde (familjen), finns alltid risken att de som i första hand berörs är utsatta grupper – de som ej har något val. Om förändringen upplevs som påtvingad och man därvid känner sig fångad i en ohållbar situation finns risken att påfrestningarna leder till att den vårdade far illa. Redan i dagens läge förekommer försummelser och vanskötsel men i en obekant omfattning. Pågående forskning vid Institutet för Gerontologi i Jönköping tyder i alla fall på att problemet behöver uppmärksammas. Det är också vad som sker internationellt, där "granny-bashing" tagits upp i ett flertal rapporter på sistone (16). Även om vanskötsel utgör undantagsfall, finns ändå vissa risker förknippade med anhörigvård. Dels finns en risk för underdimensionering, då de äldre inte gärna anmäler att anhöriga ger för litet vård och tillsyn. Dels finns en risk att "besparingar" är lättare att genomföra när anhöriga har huvudansvaret och besparingarna "bara" gäller avlastning och stöd. Sådana besparingar kan åtföljas av kampanjer där skuldtemat återkommer. Jarrett (14) föreslår tex att för anhörigvårdare som söker terapeutisk hjälp, gäller det att förändra motivationen så att "being a 'good' son/daughter then becomes a matter not of possessing great affection but rather of feeling and showing concern... and giving care to the limits of one's ability". Han menar att det kan ske genom en teknik för hanterandet av stress som går ut på att "changing the meaning of the strain from that which demands things the client does not possess (e.g., affection) to an attribute that is possessed (i.e., willingness to fulfill an obligation)". Detta innebär att anhörigvård, som givetvis har många fördelar när den fungerar väl, likväl kan innebära en skiftan-

de kvalitét på vården, och att *allas* rätt till fullgod vård sannolikt endast kan säkerställas genom den offentliga servicen.

De äldres önskemål

Beskrivningen har så långt främst behandlat den situation där en vårdrelation uppstått, men hur ser uppfattningen om umgängesrelationer och vårdrelationer ut på ett mer generellt plan och främst från de äldres synvinkel? Varifrån förväntar sig äldre att få hjälp i olika angelägenheter: självhjälp, hjälp från barn, släktingar, vänner eller samhällets service? Påverkas valet av tillgång till ett informellt socialt nätverk? Som ett bidrag till denna diskussion skall jag presentera några data från en mindre studie av äldre ensamstående kvinnor i Stockholm. Medelåldern i gruppen var 77 år.

Det är fråga om ett urval av individer från väntelistan till serviceboende, och studien var en del av ett större projekt som hade att göra med en intervention mot ensamhet (19). Jag kommer också att diskutera några resultat från en annan undersökning (20), där ett representativt urval svenskar i åldern 15 till 75 år intervjuades angående sina attityder till ansvarsfördelningen då behov uppstår av tyngre vård.

I den första studien har åtta karakteristiska situationer beskrivits för den intervjuade. Situationerna representerar instrumentellt stöd, expressivt stöd eller sällskap samt vård och hjälpinsatser.

Intervjupersonerna ombads ange varifrån de väljer att söka stöd i var och en av situationerna.

Om man först ser på totalgruppen (*tabell 1*) finner man att när det gäller instrumentellt stöd, rör de äldre kvinnorna i denna undersökning sig själva i stor utsträckning, vilket också kan vara ett uttryck för att man inte har någon att naturligt vända sig till i sådana sammanhang. (Som nämnts hade kvinnorna i undersökningen ingen make och 58% hade hemhjälp, i jämförelse med ca 25% med hemhjälp bland hela pensionärskollektivet i Stockholm.)

För att få en *glödlampa utbytt* vänder sig de flesta (28%) till maskinisten eller till hemhjälpen, 23% ber barnen om hjälp och 21% klarar det på egen hand. De flesta (46%) behöver ingen hjälp för att *ta sig till doktorn*. I de fall hjälp behövs, ber 17% hemhjälpen

Tabell 1 *Preferenser för stöd (Hela gruppen, n = 84). Endast de tre vanligaste svarskategorierna är medtagna i tabellen (%)*.

Instrumentellt stöd							
"byta en glödlampa"		"hjälp till doktorn"		"se till bostaden"		"fylla i en blankett"	
maskinist/ hemhjälp	28	sig själv	46	granne	29	sig själv	42
barn	23	hemhjälp	17	barn	25	barn	23
sig själv	21	barn eller vän	14	ingen	16	vän eller hemhjälp/ tjänsteman	12
Expressivt stöd							
"sällskap"		"någon att tala med"					
sig själv	66	vän	49				
vän	16	släkting	20				
barn	8	barn	17				
Hjälp och vård							
"mår inte bra"		"personlig omvårdnad"					
barn	30	samhällets service	89				
samhällets service	30	barn	5				
släkting	19	släkting	4				

om detta, och 13 % barnen eller någon vän. Att *se till lägenheten* medan man är bortrest, är den enda aktivitet där grannen främst föredras. Barnen nämns av 25 % och 16 % svarar att ingen behövs för detta. Nästan hälften (42 %) behöver ingen hjälp med att *fylla i en blankett*, 23 % vänder sig till barnen, och 12 % till en vän eller till hemhjälpn alt någon tjänsteman.

När det gäller expressivt stöd eller sällskap som "att vilja ha *sällskap när man ser på TV*" svarar de flesta (66 %) att de föredrar att se på TV ensamma, medan 16 % vänder sig till en vän och 8 % till barnen. Om man känner att man vill *tala med någon* skulle de flesta (49 %) vända sig till en vän, medan 20 % skulle vända sig till en släkting och 17 % till barnen.

Daatland (21) finner i en norsk undersökning, där samma fråga ställts angående vem man skulle vända sig till *utanför hushållet* när man vill ha någon att tala med, att de flesta skulle vända sig till en släk-

ting (37 %), medan 30 % skulle vända sig till en vän. Även här skulle ca var femte vända sig till barnen. Den norska undersökningen som avsåg personer 70 år och äldre som ej bodde på institution, genomfördes dels i en småstad, dels i en äldre central del av Oslo. Man fann inga skillnader mellan ortstyperna i svaret på denna fråga.

Om vi återgår till tabell 1 och *omvårdnad* så framgår det att om intervjupersonen plötsligt känner att hon *inte mår bra*, skulle hon ta kontakt med barnen eller i lika hög utsträckning "samhällets service", den tredje mest nämnda kategorin är att ta kontakt med en släkting. Slutligen, om intervjupersonen skulle råka ut för en olyckshändelse och vara i behov av *daglig personlig omvårdnad*, skulle en klar majoritet välja samhällets service. Endast 5 % skulle föredra att barnen tog hand om dem och 4 % att en släkting gjorde det. Vad frågan dock inte ger svar på är om man föredrar att få detta professionella omhändertagande i hemmet eller på institution.

Tabell 2 *Preferenser för stöd (delgrupp med optimalt socialt nätverk, n = 33). Endast de tre vanligaste svarskategorierna är medtagna i tabellen (%)*

Instrumentellt stöd							
"byta en glödlampa"		"hjälp till doktorn"		"se till bostaden"		"fylla i en blankett"	
barn	47	sig själv	39	barn	46	barn	42
granne	19	barn	24	granne	24	sig själv	30
maskinist/ hemhjälp	16	hemhjälp	15	ingen	12	vän	9

Expressivt stöd			
"sällskap"		"någon att tala med"	
sig själv	50	barn	38
barn	19	vän	34
vän	13	släkting	16

Hjälp och vård			
"mår inte bra"		"personlig omvårdnad"	
barn	46	samhällets service	88
samhällets service	30	barn	9
släkting	18	släkting	3

Om vi övergår till den *delgrupp* som har ett komplett socialt nätverk, enligt definitionen i denna undersökning, dvs de som har både barn, släktingar och vänner (*tabell 2*), finner vi att barnen är den kategori som främst väljs för praktiskt taget alla formerna av hjälp och stöd, men med ett markerat undantag – personlig omvårdnad – där fortfarande en klar majoritet – 88% – väljer samhällets service.

Sammanfattningsvis visar det sig således att det informella nätverket har sin funktion i vardagslivet men då behov uppstår av kontinuerlig personlig omvårdnad, föredrar de äldre kvinnorna i denna studie professionell hjälp. Man skulle kunna tänka sig att preferensen för anhörigvård egentligen är högre men att de äldre väljer formell omsorg därför att de

inte vill riskera att ligga någon närstående till last. Men man måste i det sammanhanget också ta hänsyn till de äldres starka krav på autonomi eller självkontroll. Det finns en risk att beroendet av informell hjälp kan leda till en brist på jämvikt i förhållandet till den andra personen, vilket i sin tur kan påverka självuppfattningen negativt. Därför vill man i möjligaste mån undvika att försätta sig i denna situation.

En likartad attityd till omvårdnad har även presenterats i Tornstams (20) undersökning, där bla svenskarnas åsikter om vem som har ansvaret för vården av de äldre, analyserades.

Vi skall se på svaren på två motstridande attitydpåståenden; 1. "Det är framförallt samhället som bör sörja för att de äldres behov av vård och service blir tillgodosedda" och 2. "Det är framförallt barnen i de äldres familj som bör sörja för att de äldre får sina behov av vård och service tillgodosedda". 82% av urvalet instämmer i det första påståendet, dvs att samhället har det största ansvaret för de äldres vård och service. Återigen en mycket hög andel till förmån för formell omsorg. 28% menar å

.....
 När det gäller kontinuerlig personlig omvårdnad föredrar man hjälp från samhället

andra sidan att omvårdnad främst är barnens ansvar¹.

Tornstam genomförde också en AID-analys för att se vilka faktorer som bäst kunde förklara attityden till omvårdnad. Han undersökte ålder, religiositet, politisk inställning, kön, socioekonomisk status, yrke samt några ytterligare variabler. Det visade sig att de tre mest betydelsefulla faktorerna var ålder, politisk inställning samt religiositet.

AID-analysen identifierade två extremgrupper. Å ena sidan en familjeorienterad grupp som utgörs av personer som karakteriserar sig själva som religiösa och som är 15–45 år. I denna grupp anser 43 % att det är barnen som har det huvudsakliga ansvaret. Dock utgör denna grupp endast 7 % av totalgruppen. Det kan också vara värt att notera att även i denna extremgrupp favoriserar en majoritet en samhällsbaserad vård. Den andra extremgruppen består av personer som betraktar sig som socialistiska och som är i åldrarna från 46 år. I denna grupp anser 98 % att samhället, och 25 % att barnen, har huvudansvaret¹. Gruppen utgör 17 % av totalgruppen.

En MCA-analys visade att *ålder* var den viktigaste variabeln i detta sammanhang. Ålder var dubbelt så betydelsefull som politisk inställning och religiositet. Det förefaller som om det finns en omslagspunkt någonstans i 40-årsåldern. Frågan är då om attityden till vårdansvar är ett kohort fenomen eller fråga om utveckling eller mognad. I det senare fallet, skulle de yngres attityd kunna beskrivas med hjälp av vad Brody et al (22) när det gällde en likartad frågeställning – samboende – formulerade som "deras ungdomliga idealism och brist på erfarenhet...".

Daatland (21) menar med utgångspunkt från sina norska data att det kan föreligga en kohorteffekt när det gäller *de äldres* inställning till varifrån man föredrar få hjälp med kontinuerlig vård. Han finner att de allra äldsta är mer familjeinriktade än de nyblivna pensionärerna – således en förändring till att i högre utsträckning föredra den offentliga servicen.

Daatland har tillgång till data från två undersök-

..... *Anhörigas insatser kan inte ersätta otillräcklig offentlig omsorg*

ningstillfällen – 1969 samt 1981 – då samma fråga ställts angående varifrån man föredrar att få kontinuerlig hjälp. Bland dem som bodde i Oslo föredrog 1969 knappt hälften den offentliga servicen, 1981 var motsvarande andel två tredjedelar. I småstaden var ökningen från ca var femte till drygt hälften. I motsvarande mån hade preferenserna för anhörigvård minskat i båda ortstyperna.

Sammantaget pekar de refererade studierna på ett relativt svagt stöd för anhörigvård, och i dagens läge förefaller det som om de äldres individualism eller krav på autonomi innebär ett behov av kollektiva lösningar.

Sammanfattning

Man kan således konstatera att föreställningen om att det generellt skulle föreligga en brist på kontakt, sammanhållning och hjälp mellan generationerna inom familjen, är felaktig, men att kontakten och omtanken inte nödvändigtvis räcker som grund för vårdinsatser. En persons informella nätverk är betydelsefullt i vardagslag och befrämjar välbefinnandet, men i de fall hälsotillståndet försämras till den grad att vård är nödvändig krävs i allmänhet en långvarig relation byggd på vissa förutsättningar ifall anhörigvård skall kunna vara ett alternativ till formell vård. Detta gör att möjligheterna till en utbyggnad av anhörigvården är begränsade, om man inte vill riskera att överbelasta de anhöriga. Men alldeles oavsett de varierande förutsättningarna för att anhöriga skall ta sig an vårduppgifter måste man också ta hänsyn till de äldres önskemål, vilka i allt högre utsträckning knyts till den formella omsorgen. Vad som bör stå helt klart är att det informella nätverket eller anhöriga aldrig kan bli en ersättning för välfärdsamhället eller ens ersätta otillräcklig offentlig omsorg. Man bör därför vara uppmärksam på ifall *ett* motiv bakom önskemålet om satsning på anhörigvård är att begränsa den offentliga omsorgen för att kunna åstadkomma "besparingar". Därmed riskerar även äldreomsorgen att omfattas av en varierande tillgänglighet.

¹ Den totala procentsiffran överstiger 100 eftersom det är fråga om två oberoende påståenden, och vissa intervju personer instämde tydligtvis i båda.

REFERENSER

1. *Berglund H*: Growing old in Sweden. Tampa FL: The International Exchange Center on Gerontology, 1985.
2. *Shanas E, Townsend P, Wedderburn D, Friis H, Milhøj P, Stehouwer J*: Old People in three industrial societies. New York: Atherton Press, 1968.
3. *Sussman MB*: The family life of old people. In Binstock RH, Shanas E ed. Handbook of aging and the social sciences. New York: Van Nostrand, 1976.
4. *Sundström G*: Omsorg oss emellan – omsorg i informella relationer förr, nu och i framtiden. Delrapport från projektet "omsorgen i samhället". Stockholm: Sekretariatet för framtidsstudier, 1980.
5. *Pikwer P, Arvidsson A, Holmberg I*: Omvårdnaden om äldre – Ett perspektiv på framtida hemsjukvård utifrån en demografisk simuleringsmodell. Lund: Projektet Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden. Arbetsrapport 18, 1984.
6. *Jones DA, Vetter NJ*: A survey of those who care for the elderly at home. Their problems and their needs. Soc Sci Med 1984; 19: 511–514.
7. *Walker A*: Care of elderly people. In Berthoud R ed. Challenges to social policy. London: Gower, 1985.
8. *Walker A*: From welfare state to caring society? The promise of informal support networks. In Yoder JA, Jonker JML, Leaper RAB eds. Support networks in a caring community. Dordrecht/Boston/Lancaster: Martinus Nijhoff, 1985.
9. *Rook KS*: The function of social bonds: perspectives from research on social support, loneliness and social isolation. In Sarason IG, Sarason BR eds. Social support. Theory, research and applications. The Hague: Martinus Nijhoff, 1985.
10. *Lawton MP, Moss M*: The social relationships of older people. Unpublished manuscript, May 1985.
11. *Adams BN*: Interaction theory and the social network. Sociometry 1967; 30: 64–78.
12. *Berkman LF*: Social networks, host resistance, and mortality: a follow-up study of Alameda county residents. Diss. University of California. University Microfilms International No 7812490, 1977.
13. *Rook KS*: The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. J Pers Soc Psychol 1984; 46: 1097–1108.
14. *Jarrett WH*: Caregiving within kinship systems. Is affection really necessary? Gerontologist 1985; 25: 5–10.
15. *Hörl J, Rosenmayr L*: Families versus organizations as caregivers. Paper presented at the XIIIth International Congress of Gerontology, New York, July 1985.
16. *Kosberg JI*: Policies encouraging family care of the aged. Social problem or panacea? Revised version of a paper presented at the XIIIth International Congress of Gerontology, New York, July 1985.
17. *Berg S, Holmgren A*: Sjukvård i hemmet – en studie bland patienter, anhöriga och personal. Rapport nr 56 från Institutet för Gerontologi i Jönköping. Jönköping 1984.
18. *Ward RA*: Informal networks and well-being in later life. A research agenda. Gerontologist 1985; 25: 55–61.
19. *Andersson L*: Aging and loneliness. An interventional study of a group of elderly women. Monograph, ISBN 91-7222-765-6, Stockholm: Karolinska Institute, 1984.
20. *Tornstam L*: Sociala attityder till äldre. Uppsala: Projektet Äldre i samhället – förr, nu och i framtiden. Arbetsrapport 19, 1984.
21. *Daatland SO*: Formal and informal support: changing expectations and preferences. Paper prepared for the European Science Foundation Workshop "The elderly and their families – patterns of mutual caring" Jerusalem, november 1985.
22. *Brody EM, Johnsen PT, Fulcomer MC*: What should adult children do for elderly parents? Opinions and preferences of three generations of women. J Gerontol 1984; 39: 736–746.