

# Åldrandet och äldreomsorgens utveckling

## Mats Thorslund

Professor i socialgerontologi vid Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms universitet, samt forskningsledare vid Äldrecentrum i Stockholm. E-post: mats.thorslund@ki.se.

1960 publicerades Ragnar Berfenstams och Herman Hedqvists utredning av behoven av vård och omsorg i Uppsala län. Antalet äldre var i ökande samtidigt som den kommunala hemtjänsten var i sin linda. Hur skulle man planera för framtiden? Den svenska äldreomsorgen kom att expandera kraftigt fram till ca 1980. Därefter har vårdens och omsorgens resurser – både i absoluta termer men framförallt i relation till antalet äldre i befolkningen – minskat. Nu står vi inför en utmaning som liknar situationen 1960 – behoven kommer att öka. Även om många av dagens svåra frågor är identiska med de som formulerades för mer än 50 år sedan är möjligheterna att expandera resurserna mer begränsade än under välfärdstatens guldålder.

In 1960 Ragnar Berfenstam and Herman Hedqvist's survey of care needs in Uppsala was published. The number of elderly people was increasing just as municipal home help services were in their infancy. How should one plan for the future? Swedish eldercare went on to expand enormously until around 1980. After this eldercare provision decreased both in absolute terms but above all in relation to the number of elderly people in the population. The challenge today is similar to 1960 – the number of elderly people will continue to increase. Even though many of today's questions are the same as 50 years ago the possibilities for increasing resources in health and social care services than in the golden age of the welfare state are more limited.

## Introduktion

Sverige har i några decennier varit det äldsta landet i världen sett till andelen mycket gamla personer i befolkningen. Idag (år 2011) – med över fem procent av befolkningen 80 år eller äldre – delar vi den tätpositionen med flera andra länder. Den höga andelen äldre i Sverige är dock historiskt sett en ny företeelse. Ökningen av antalet – och andelen – mycket gamla personer i befolkningen har framförallt skett efter 1960.

Ökningen var inte oväntad – minskande födelsetal i relation till minskad dödlighet i alla åldersgrupper inklusive de äldre – låg till exempel bakom makarna Myrdals ”Kris i befolkningsfrågan” 1934 (Myrdal & Myrdal, 1934/1997). Med allt fler äldre i befolkningen skulle svåra frågor om hur de äldres behov av vård och omsorg skulle hanteras komma att bli aktuella.

I jämförelse med sjukvårdens historia är den svenska äldreomsorgens historia förhållandevis kort (Thorslund, 2007). I den socialpolitiska debatten var det inte förrän i början av 1900-talet som man började diskutera hur en äldreomsorg skulle utvecklas – t.ex. att omsorgen om de äldre och fattigvården skulle skiljas åt. Fattigvårdsreformen 1918 föreslog t.ex. en expansion av anstaltsvården – både vad gäller platser men också att människor med olika behov borde särskiljas. För äldre lanserades då idén om ålderdomshem. 1920-talets svåra ekonomiska situation ledde dock till att byggandet inte kom igång på allvar förrän i början av 1930-talet (Edebalk, 1991).

I mitten av 1930-talet fanns 32 000 platser på ålderdomshem. I slutet av 1940-talet kom Ivar Lo-Johanssons kritik om hur ovärdigt livet kunde te sig för de äldre på ålderdomshem (Lo-Johansson, 1952/1987). Denna kritik – som kan sägas vara en sorts start för den numera rådande ”kvarboende-principen” – fick dock inte omedelbart något konkret genomslag. Tvärtom infördes 1953 riktade statsbidrag för att stödja utbyggnaden av nya ålderdomshem – ett bidrag som inte upphörde förrän 1965 (SOU, 1987).

1950 tog Röda Korset i Uppsala initiativ till att starta hemhjälp för gamla. Något som kan ses som starten för den svenska modellen för hemtjänst. Liknande verksamheter växte snart fram i flera andra kommuner genom andra ideella organisationers initiativ. Till att börja med kan utbyggnaden av hemtjänsten sägas vara betingad av bristen på ålderdomshemsplatser. Men snart kom hemtjänsten att ses som attraktiv i sig själv av de äldre och inte ett substitut för ålderdomshem (Edebalk, 1990).

Att det ökande antalet mycket gamla människor i befolkningen skulle innebära en utmaning för såväl sjukvården som äldreomsorgen var uppenbart. I den utredning som Ragnar Berfenstam tillsammans med Herman Hedqvist genomförde 1958-59 på uppdrag av Uppsala läns landsting speglades också tidsandan under det sena 1950-talet: ”..debatten kring samhällets vårdnadsproblem, inte minst när det gäller de åldrade, har egentligen aldrig rört frågan om man skall hjälpa. Vi har i vårt moderna samhälle kommit därhän, att

detta är utom all diskussion. Frågan är i stället hur omvårdnaden skall ordnas...” (Berfenstam & Hedqvist, 1960, sid 133).

Utredningens syfte var att göra en inventering av ”vårdtagarna” på ålderdomshem samt att försöka skatta behoven i befolkningen. Närmare 4 000 äldre blev ”föremål för granskning” och 2 000 av dessa bedömdes av läkare. Rapportens språkbruk och termer speglar tidsandan – ”åldringen”, ”klientel”, ”kronikervård”, ”senilavdelning”, ”mentalsjukhus” respektive ”kroppssjukhus”, ”intellektuellt efterblivna”, ”imbecill”, ”ålderdomshemsföreståndarinnor” som bodde i eller i omedelbar anslutning till ålderdomshemmet, etc.

Rapportens resultat speglar också ett annat samhälle än dagens vad gäller t.ex. bostadsstandard. Som ”högmoderna” kategoriserades de bostäder som var utrustade med såväl kylskåp, telefon och badrum. Bland de äldre i Uppsala stad bodde 78 procent i socialgrupp 1 i sådana bostäder jämfört med 28 procent i socialgrupp 3. Att jämföras med de äldre på landsbygden (där ingen indelning i socialgrupper gjordes – merparten var f.d. lantbrukare) där endast 11 procent bodde ”högmödrert”.

Bortsett från språket, bostadsstandarden och förekomst av vårdformer som både verbalt och faktiskt avskaffats diskuteras i rapporten de flesta av de centrala frågor som präglar dagens debatt: Hur åstadkomma en bättre samordning mellan de olika professio-

nerna/yrkesgrupperna? Huvudman-nafrågan – om inte det delade ansvaret mellan landsting och primärkommuner skall läggas hos den ena huvudmannen? Om nödvändigheten att ha ett gemensamt dokumentationssystem. Om behovet av särskilda äldreläkare. Om anhörigas ansvar och möjligheter. Om vad som är samhällsekonomiskt möjligt. Om de senila och de kroppssjuka skall blandas? Och så vidare. Frågor som ännu i dag inte fått några tillfredsställande svar – åtminstone inte sett ur de äldre vård- och omsorgsbehövandes perspektiv.

## Utvecklingen från 1960

1960 – då Berfenstams och Hedqvists utredning publicerades – var Sverige inne i ett skede av välstånds- och välfärdsutveckling baserat på den kvartsekkellånga högkonjunktur efter kriget som möjliggjorde en rad sociala reformer (Qvarsell, 2007). Detta sammanföll passande nog med den snabba ökningen av mycket gamla personer i befolkningen. 1960 var också startåret för den nationella statistik inom äldreomsorgen som också inkluderade hemtjänsten.

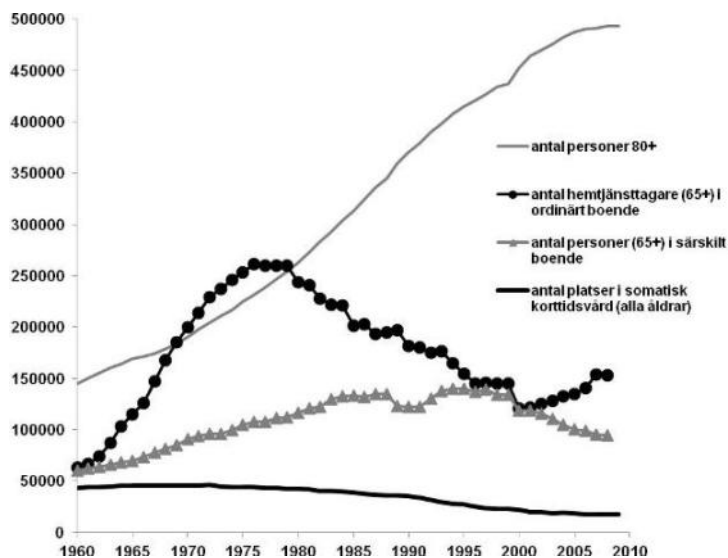
I figur 1 redovisas utvecklingen sedan 1960 när det gäller antalet äldre personer med hemtjänst eller med plats i särskilt boende/institution (ålderdomshem, sjukhem, kronikerhem, servicehus, gruppboende för dementa, mm enligt tidigare språkbruk). Huvudresultatet är att det under 1960-1980 – välfärdsstatens och äldreomsorgens guldålder när det gällde möjligheterna att expandera – skedde en stark ökning av såväl antalet platser på institution

som hemtjänstmottagare. Den utbyggnad av äldreomsorg och sjukvård som skedde under 1960- och 1970-talen kan då bara delvis förklaras med att de äldres behov av vård och omsorg ökade under denna tid. I stället kan utbyggnaden ses som en del av efterkrigstidens standardökning och generella välfärds politik (Batljan & Lagergren, 2000; Szebehely, 2000). Det var under dessa år vi skapade den internationella tätposition som vi fick – och delvis fortfarande har – när det gäller möjligheterna att som äldre få tillgång till vård och omsorg.

I början av 1960-talet fanns framförallt sjukhems- och ålderdomshemsplatser. Av figur 1 framgår att antalet äldre som bodde på dessa institutioner ökade under 1960-, 1970- och 1980-talen. Bara under 1960-talet nära nog fördubblades antalet platser för ”långvarigt kroppssjuka” vid lasarettanslutna avdelningar och fristående ”kroniker-

hem” (Socialstyrelsen, 1988). Till stor del var det frågan om nybyggnation av annexsjukhus – något som innebar en kvalitetshöjning med nya fräscha lokaler, ofta med rehabiliteringsresurser och med personal som åtminstone till en del var specialiserade på långvård (Hallerby, 1998). Fram till slutet av 1980-talet fortsatte utbyggnaden av institutionsplatserna i form av servicehus och särskilda gruppboenden för dementa. Förutom att inriktningen och vårdtyngden på de olika typerna av institutioner har ändrats över tid har också benämningarna skiftat samt att man från centralt nationellt håll haft ambitionen att ha en samlingsterm för de olika institutionerna – först ”särskilt boende” och numera ”vård- och omsorgsboende”.

I figur 1 redovisas också antalet personer i befolkningen som är 80 år och äldre. I ett mycket förenklat



Figur 1. Antal 80+ i befolkningen samt antal hemtjänstagare, personer i särskilt boende och sjuhusplatser. Källor: Landstingsförbundet/SKL, SCB, Socialdepartementet, Socialstyrelsen.

modellresonemang kan man se antalet äldre som en indikation på det totala behovet av vård och omsorg. Utifrån samma förenklade resonemang kan antalet personer som erhållit någon form av vård och omsorg ses som ett uttryck för den offentliga omsorgens resurser. Av figur 1 kan konstateras att ökningen av antalet personer (65+) som under ett år fått hemtjänst under perioden 1960-1980 var större än ökningen av behoven i befolkningen (uttryckt som antalet personer 80+) medan ökningen av antalet platser inom institutionsvården var nära nog parallell med ökningen av antalet gamla personer i befolkningen.

Efter 1980 har vi i stället fått ett ökande gap mellan behov och resurser. Ökningen av antalet platser vid särskilt boende stannade av i slutet av 1980-talet och har därefter minskat med en femtedel under 2000-talet – bland annat genom att servicehusen omvandlats till reguljära bostäder, ofta kallade ”seniorboende” (och med start under 2009 också till ”trygghetsbostäder”).

Äldreomsorgen ökade alltså i omfattning under 1960- och 1970-talen för att sedan minska när det gäller antalet och andelen omsorgstagare. Framförallt är det bland de yngre-äldre som hemtjänsten minskat. I åldersgruppen 65-79 år har andelen hjälptagare (hemtjänst och särskilt boende) mer än halverats sedan 1980. För åldersgruppen över 80 år har det skett en minskning med en dryg tredjedel. 1980 var det över 60 % av befolkningen som var 80 år och äldre som bodde i särskilt boende eller minst någon gång under året

fick hemtjänst. År 2008 hade andelen sjunkit till 37 %.

Av figur 1 framgår att även antalet platser inom den somatiska korttidsvården fortlöpande minskat sedan början av 1970-talet. Denna minskning kan inte förklaras av genomgripande reformer som Ädel-reformen 1992 och motsvarande huvudmannareform när det gällde den psykiatriska vården och omsorgen (”psyk-Ädel”) 1995. Snarare speglar platsminskningen en utveckling som baseras på både ökad kostnadsmedvetenhet och krav på besparingar samt den fortlöpande medicintekniska utveckling som gjort att vårdtiderna på sjukhus kunnat kortas (Gurner & Thorslund, 2003). Under perioden 1992-2008 halverades antalet sjukhusplatser.

Inom geriatriken har minskningen varit än snabbare – från 6 200 platser 1994 till 2 200 år 2008. Detta motsvarar en minskning av antalet platser med 65 procent. Socialstyrelsen visar på att de allt färre sjukhusplatserna medfört allt fler vårdtillfällen med kortare vårdtider innebärande att omsättningen av äldre personer i slutenvården ökat. Man konstaterar att sjukhusvården kommit att bli allt mer hårt trimmad och att tempot inom akutsjukvården drivits upp. Detta har medfört att många äldre fått allt svårare att ”passa in”. Möjligheterna till fysisk och psykisk återhämtning innan det är dags att lämna sjukhuset är många gånger små (Socialstyrelsen, 2010).

De relativa minskningarna inom äldreomsorg och sjukvård som skett se-

dan 1980-talet kan inte hänföras till att den äldre befolkningens behov av vård och omsorg har minskat. Den avstannande utbyggnaden kan när det gäller 1980-talet i stället sannolikt ses som en reaktion på den tidigare kraftiga expansionen. I slutet av 1970-talet började man på både lokal och central nivå diskutera utbyggnadens konsekvenser. En fortsatt expansion i takt med befolkningsförändringarna framstod som orealistisk inte minst av ekonomiska skäl. Det finns också studier från början av 1980-talet (Thorslund, 1988) som visade det som även Berfenstam och Hedqvist (1960) pekade på nämligen att vissa av de äldre som flyttat till institution hade flyttat ”i onödan”. Det var relativt vanligt att äldre personer flyttade till institution trots att de sett utifrån dåvarande situation och värderingar kunde ha bott kvar hemma med hjälp från hemtjänsten. I vissa fall kunde man enligt dessa studier också se negativa så kallade hospitaliseringseffekter. Att kunna bo hemma i sin vanliga bostad och i så stor utsträckning som möjligt klara sig själv blev den ledande principen. De omständigheter som låg bakom avstannandet av den svenska äldreomsorgens utbyggnad efter 1980 kan alltså ses som en kombination av minskade ekonomiska resurser och nya idéer, eller politiska föreställningar, om hur äldre skröpliga personer bäst skulle tas om hand.

## Demografin och hälsoutvecklingen bland de äldre

Var tid har sina lösningar som anpassats till vad som varit ekonomiskt,

praktiskt och politiskt möjligt. Det är sannolikt först när dagens fyrtiorstalisterna kommer upp i 80-85-årsåldern som deras behov kommer att likna de behov som förelåg när de välfärdspolitiska systemen i form av bland annat äldreomsorgen expanderade på 1960- och 1970-talen. Enligt de prognoser som gjorts kommer behoven av vård och omsorg att nu öka relativt måttligt fram till år 2020, för att därefter i takt med att de stora 40-talistgenerationerna kommer upp i de högsta åldrarna öka mer kraftigt.

En central utgångspunkt vid denna typ av prognoser är att försöka bedöma eventuella hälsoförändringar bland de äldre. Om man utgår ifrån att hälsan inom olika åldregrupper skulle fortsätta att förbättras som den gjort under en stor del av 1900-talet kan behovsprognoserna justeras ner. Senare undersökningar har dock redovisat resultat som visar att förhoppningarna om fortsatta förbättringar av hälsan och funktionsförmågan hos de äldsta inte kan tas för givna. Tvärtom pekar flera på en genomsnittlig försämring av hälsan bland de allra äldsta. Ett skäl till denna ökning verkar vara att dödligheten bland dem med stora sammansatta behov av vård och omsorg har minskat – man överlever helt enkelt längre även som sjuk och skröplig (Meinow, Parker & Thorslund, 2010, Rundgren, 2010, Vaupel, 2010). Men även om vi utgår ifrån det mest positiva scenariot vad gäller hälsoutvecklingen bland de äldre har vi på grund av de förväntade ökningarna av de allra äldsta att se fram emot ett behov av ett ökat resurstillskott. Detta förutsatt att vi inte

vill välja att sänka ambitionsnivån mätt i resurser och kostnader i relation till de äldres behov under dagens nivåer (Battlän, Lagergren & Thorslund, 2009).

I nuläget finns det alltså inte mycket som talar för en markant hälsoförbättring bland de allra äldsta. Ett utvecklat välfärdssamhälle och en bra sjukvård har lett till att allt fler överlever till hög ålder med sina sjukdomar. Utifrån ett konservativt antagande om en oförändrad hälsoliv i den äldre befolkningen har flera utredningar kommit fram till att den offentligt finansierade äldreomsorgen i Sverige skulle behöva förstärkas med ca 60 procent för att år 2040 kunna upprätthålla en omsorg med samma ambitionsnivå som i praktiken gäller i dag (SOU, 2008).

Att beräkna kostnaderna för att uppnå en högre ambitionsnivå är svårt. Bara att försöka nå upp till den ambitionsnivå som redan i dag formulerats i form av kommunala kvalitetskriterier vid entreprenadupphandling, av ledande politiker, i statliga utredningar och regeringsförslag innebär att resurserna behöver öka med ytterligare ca 40 procent. Det vill säga totalt skulle behövas en fördubbling av äldreomsorgens resurser till år 2040 (Thorslund, 2010).

Tyvärr är nog möjligheterna att effektivisera äldreomsorgen begränsade om avsikten är att den vägen försöka finansiera behovet av ökade resurser. Där emot bör finnas möjlighet att få ut mer kvalitet för pengarna, särskilt när det gäller multisjuka och äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Genom åren har prövats olika försök att förebygga de sjukdomar och funktionsnedsättningar som kan sägas höras samman med det naturliga åldrandet (Christensen m. fl., 2009). Det är nog ingen tvekan om att en utvecklad äldreomsorg i olika avseenden skulle kunna bidra till att öka såväl de äldres livskvalitet som fördröja försämringar av hälsa och funktionsförmåga. Däremot är det tills vidare tveksamt att anta att sådana förbättringar nämnvärt skulle kunna minska de totala kostnaderna. Ju bättre vi behandlar multisjuka och skröpliga äldre personer desto större är nog sannolikheten att vi snarare påverkar överlevnad (som sjuk och skröplig) än radikalt förbättrar hälsan/funktionsförmågan.

## De svåra frågorna om morgondagen

### På kort sikt

Utifrån ett riksperspektiv kommer antalet äldre-äldre att vara i stort sett oförändrat drygt tio år framåt. I vissa kommuner kommer antalet och andelen äldre att öka medan i de flesta kommer antalet att vara oförändrat eller t.o.m. minska något. Totalt sett kommer nog diskussionerna och planeringen på kort sikt att handla om hur de system för äldreomsorg och äldreomsorg vi har i dag skall kunna förbättras. I vilken utsträckning når vi upp till de mål och politiskt uttalade ambitioner vi har? Går utvecklingen inom vården och omsorgen åt rätt håll? Hur tar vi bäst hand om äldre med demenssjukdom? Vilka kommer effekterna bli av införandet av trygghetsboende? Osv.



Det lokala självstyret kommer att fortsätta att diskuteras och ifrågasättas. Förutom en allmän ideologisk debatt om hur äldreomsorgen (och sjukvården) skall styras medför utvecklingen och införandet av (icke tvingande) nationella riktlinjer minskat utrymme för de lokala huvudmännens egna prioriteringar. Även om det kommunala självstyret har medgett ett betydande utrymme för oliktankande vad gäller inriktning och prioriteringar så har i stort sett alla kommuner följt samma mönster när det gäller t.ex. den relativa minskningen av antalet platser på institution/särskilda boenden.

Trots att utvecklingen gått åt samma håll i alla kommuner finns stora skillnader mellan kommunerna – i vissa kommuner finns tre gånger så många platser i särskilt boende i relation till antalet äldre personer i befolkningen som i andra kommuner. Det är svårt att förklara vad som ligger bakom dessa skillnader. Bara i undantagsfall verkar förklaringen vara att vissa kommuner i stället satsat på en mer utbyggd hemtjänst. Inte heller finns några tydliga samband med kommunernas ekonomiska situation eller att behoven av omsorg och vård varierar mellan kommunerna. Ett tydligt samband finns dock – de kommuner som i dag är mer generösa när det gäller äldreomsorg var även tidigare mer generösa (Trydegård & Thorslund, 2010).

### **På längre sikt**

På längre sikt kommer diskussionen att bli svårare. Den förutsägbara ökningen av mycket gamla personer i relation till allt färre i yrkesverksamma åldrar kom-

mer inte bara göra planeringen svårare. Vi kommer sannolikt att tvingas föra en helt annan diskussion än vi behövt göra de senaste decennierna om vad som är samhällets ansvar. Vilket ansvar kommer att läggas på familjerna – de anhöriga? Och vilket ansvar har individerna själva för sin ålderdom – inklusive att planera för ett boende som gör att man klarar sig själv så länge som möjligt?

### **Slutord**

Den svenska välfärdsstaten har många anhängare. Även om det inte är svårt att hitta brister av olika slag finns en bred politisk enighet bakom huvudragen för den svenska modellen när det gäller t.ex. äldreomsorg – att den skall bedrivas av avlönad personal som är offentligt finansierad och kontrollerad och finnas till för alla. Trots – eller kanske tack vare – denna enighet är äldreomsorgen i dag samtidigt en arena för såväl ideologi och politisk korrekthet som önsketänkande och politiskt blomsterspråk.

Samtidigt som de svåra frågorna ändå finns där. Flera av dessa frågor är nära nog identiska med de som Ragnar Berfenstam tillsammans med Herman Hedqvist formulerade för 50 år sedan – vid starten för den stora utbyggnaden av den svenska äldreomsorgen (Berfenstam & Hedqvist, 1960). Fortfarande aktuella frågor är till exempel hur fördelningen av ansvar mellan huvudmännen skall ske, hur man kan åstadkomma bättre samordning mellan (allt fler) olika vård- och omsorgsgivare, om de äldres eget ansvar, om de anhörigas ansvar, om vad som är



samhällsekoniskt möjligt, osv.

Frågor som dessa har sällan enkla svar eller lösningar. Men utifrån ett forskarperspektiv borde det vara en självklarhet att vi fortsätter att ställa de svåra frågorna utifrån verklighetsbeskrivningar och prognoser om framtiden baserade på bästa tillgängliga kunskaper rörande de äldres situation och behov av vård och omsorg.

## Referenser

- Batljan, I., & Lagergren, M. (2000). 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: Finansdepartementet.
- Batljan, I., Lagergren, M. & Thorslund, M. (2009). Population aging in Sweden: the effect of change in educational composition on the future number of older people suffering severe ill health. *European Journal of Ageing*, vol 6, nr 3, 191-200.
- Berfenstam, R. & Hedqvist, H. (1960). Äldringarnas livsvillkor och vårdbehov. Uppsala: Almqvist & Wiksell.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. & Vaupel, J. (2009). Ageing populations. The challenges ahead. *The Lancet*, vol 374, 1196-1208.
- Edebalk, P.G. (1990). Hemmaboendeideologins genombrott: äldreomsorg och socialpolitik 1945-1965. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.
- Edebalk, P.G. (1991). Drömmen om ålderdomshemmet: äldreomsorg och socialpolitik 1900-1952. Meddelanden från Socialhögskolan 1991:5. Lund: Lunds universitet.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre: om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur.
- Hallerby, N. (1998). De politiska målens möte med verkligheten : erfarenheter och reflektioner från ett Stockholmsperspektiv. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 1998:1
- Lo-Johansson, I. (1952/1987). *Ålderdoms-Sverige*. Stockholm: Carlssons bokförlag.
- Meinow, B., Parker, M.G. & Thorslund, M. (2010). Complex health problems and mortality among the oldest old in Sweden: decreased risk for men between 1992 and 2002. *European Journal of Ageing* 2010, 1-10.
- Myrdal, A. & Myrdal, G. (1934/1997). *Kris i befolkningsfrågan* (omtryck av andra upplagan 1997). Stockholm: Nya Doxa.
- Qvarsell, R. (2007). Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv. I: Blomqvist, P. (red). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag, sid 53-77.
- Rundgren, Å. (2010). Åldrandets villkor. *Socialmedicinsk tidskrift*, vol 87, 153-159.
- Socialstyrelsen (1988). *Att bo på institution : en inventering av miljö och sociala förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen, PM 1988:2.
- Socialstyrelsen (2010). *Vård och omsorg om äldre*.
- SOU. (1987). *Äldreomsorg i utveckling. Äldreberedningens slutbetänkande*. SOU 2007:21.
- SOU. (2008). *Långtidsutredningen*. SOU 2008:105.
- Szebehely, M. (2000). *Äldreomsorg i förändring -knappare resurser och nya organisationsformer*. I: Szebehely, M. & Barron K. (red.), *Välfärd, vård och omsorg : antologi från Kommittén Välfärdsbokslut*. Stockholm: Socialdepartementet, SOU 2000:38.
- Thorslund, M. (1988). The de-institutionalization of care of the elderly: Some notes about implementation and outcome of a Swedish care study. *Health Policy*, (10), 41-56.
- Thorslund, M. (2007). *Det nygamla gränssnittet: äldreomsorgen och dess omorganisationer*. I: Blomqvist, P. (red). *Vem styr vården? Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. Stockholm: SNS förlag, sid 104 – 131.

## tema

Thorslund, M. (2010). Äldreomsorgens utmaningar – i dag och i framtiden. Underlagsrapport till Timbro/Arena Idé-kommissionen rörande välfärdens framtida finansiering. Aging Research Center, Karolinska Institutet/Stockholms Universitet.

Trydegård, G.B. & Thorslund, M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care. *Social Policy and Administration*, vol 44, nr 4, 495-511.

Vaupel, J.W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, vol 464, 536-542.