LUND UNIVERSITY

LIVSTILLFREDSSTÄLLELSE HOS ÄLDRE, SÄRSKILT MED NEDSATT FUNKTIONSFÖRMÅGA SAMT INFORMELLA VÅRDARE I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv

Borg, Christel

2005

Link to publication

Citation for published version (APA):
Borg, C. (2005). *LIVSTILLFREDSSTÄLLELSE HOS ÄLDRE, SÄRSKILT MED NEDSATT FUNKTIONSFÖRMÅGA SAMT INFORMELLA VÅRDARE I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv*. [Doktorsavhandling (sammanläggning), Institutionen för hälsovetenskaper]. Grahns Tryckeri AB, Lund.

Total number of authors:
1

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 24. Aug. 2025

From the Department of Health Sciences, Faculty of Medicine,
Lund University, Sweden 2005

LIVSTILLFREDSSTÄLLELSE HOS ÄLDRE, SÄRSKILT MED NEDSATT FUNKTIONSFÖRMÅGA SAMT INFORMELLA VÅRDARE

I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv

av

Christel Borg
Leg sjuksköterska och Högskoleadjunkt

AKADEMISK AVHANDLING

som med vederbörligt tillstånd av Medicinska Fakulteten vid Lunds universitet för avläggande av doktorsexamen i medicinsk vetenskap kommer att offentligen försvaras i Hörsal 1, Institutionen för omvårdnad, Lund, fredagen den 28 oktober 2005 Kl. 13.00.

Fakultetsopponent

Professor
Mona Kihlgren
Örebro Universitet

DOKUMENTDATABLAD enl SIS 61 41 21

Organization
LUND UNIVERSITY

Department of Health Sciences
P.O.Box 157
SE-221 00 LUND
SWEDEN

Author(s) Christel Borg

Document name
DOCTORAL DISSERTATION

Date of issue October 28th, 2005

Sponsoring organization

Title and subtitle

LIVSTILLFREDSSTÄLLELSE HOS ÄLDRE, SÄRSKILT ÄLDRE MED NEDSATT FUNKTIONSFÖRMÅGA.
I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv.

Knowledge of factors contributing to life satisfaction among older people is needed, both in the context of those with reduced self-care capacity and among healthy older people and those providing help to others. Such knowledge may be helpful in developing primary and secondary interventions.

The overall aim of this thesis was to investigate life satisfaction and its relation to factors such as physical and mental health and social and financial resources among people (60–89 years old) with and without reduced self-care capacity in six European countries, and among informal caregivers (50–89 years old) in Sweden. The aim was further to investigate the extent, need and type of support provided or desired among informal caregivers. This is part of the cross-national European Study of Adults' Wellbeing (ESAW) including six European countries N=12 478 (the Netherlands, Luxemburg, Italy, Austria, UK and Sweden). The Older Americans' Resources Schedule (OARS), Life Satisfaction Index Z (LSIZ) and Rosenberg self-esteem scale were used. Study I comprised 522 people (65–89 years old) with reduced self-care capacity, study II comprised 151 informal caregivers with a high caregiving extent, 392 with a low caregiving extent and 1258 non-caregivers from the Swedish sample. In study III 2195 people with reduced self-care capacity (65–89 years old) participated, whilst study IV comprised 7699 people (60–89 years old) from all ESAW countries. The data were analysed by descriptive and inferential statistics using non-parametric statistics, logistic and linear regression.

Low life satisfaction (LSIZ) was related to higher age, being a woman, high degree of reduced self-care capacity, living in special accommodations, feeling lonely and poor financial resources. Feeling lonely, reduced self-care capacity, feeling worried, poor health and poor financial resources in relation to needs predicted low life satisfaction (Paper I). Frequent caregivers with a high extent of caregiving had lower LSIZ than those with less frequent caregiving and non-caregivers, while no differences were found between less frequent caregivers and non-care caregivers in LSIZ. Lower LSIZ was associated with not being employed, low social resources, not refreshed after a night's sleep, poor health, and frequent caregiving (Paper II). In paper III it was found that there were differences as well as similarities in factors predicting LSIZ in that self-esteem and overall health were important in all countries among older people with reduced self-care capacity and reduced self care capacity in three of six countries, whilst in paper IV four factors were found to be common in all ESAW countries. The factors were social resources, financial resources, feeling greatly hindered by health problems and low self-esteem. Factors of importance for life satisfaction thus seem to differ depending on the personal situation and social and political system. These differences should be taken into account when outlining and providing preventive, rehabilitative and support for these groups.

Key words: Life satisfaction, older people, reduced self-care capacity, informal caregivers, cross-national

Classification system and/or index termes (if any):

Supplementary bibliographical information:

Language
Swedish

ISSN and key title:
1652-8220 Bulletin from the Department of Health Sciences, Lund University

ISBN
91-85439-90-8

Recipient's notes

Number of pages 204

Price

Security classification

Distribution by (name and address) Christel Borg, Lund University, Department of Health Sciences, P.O.Box 157, SE-221 00 LUND, SWEDEN
I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature Christel Borg Date September, 2005

Department of Health Sciences, Faculty of Medicine, Lund University, Sweden,
Bulletin No. 21 from the Unit of Caring Sciences, 2005

LIVSTILLFREDSSTÄLLELSE HOS ÄLDRE, SÄRSKILT MED NEDSATT FUNKTIONSFÖRMÅGA SAMT INFORMELLA VÅRDARE

I relation till hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resurser i ett svenskt och europeiskt perspektiv

Christel Borg

LUND
UNIVERSITY

Copyright © by Christel Borg

ISBN 91-85439-90-8

Printed in Sweden by

Grahns Tryckeri

Lund 2005

"Living well is like flowering, like a healthy flower which is opening up completely"
Dolci 1974

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT 7
FÖRKORTNINGAR 9
ORIGINAL ARTIKLAR 11
INLEDNING 13
BAKGRUND 14
Åldrandet 14
Livstillfredsställelse teoretiskt och empiriskt 19
Relationen mellan livstillfredsställelse, välbefinnande och livskvalitet 20
Livstillfredsställelse undersökt i olika åldersgrupper 22
Livstillfredsställelse i olika länder 23
Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga 24
Livstillfredsställelse hos informella vårdare 25
Faktorer av betydelse för livstillfredsställelse 26
Fysisk hälsa och funktionell förmåga 26
Mental hälsa och självkänsla 29
Sociala resurser 30
Materiella resurser 32
Familjen i den informella vården 32
Stöd för vårdandet 34
SYFTE 35
METOD 36
Design 36
Urval 36
Instrument och frågeformulär 39
Genomförande 43
ANALYSER 43
Statistiska analyser 43
ETISKA ÖVERVÄGANDEN 44
RESULTAT 45
Studie 1. Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga. 46
Livstillfredsställelse 48
Studie 2. Livstillfredsställelse hos informella vårdare i jämförelse med personer som inte vårdar 49
Hälsofaktorer 50
Sociala resurser 52
Livstillfredsställelse 53
Faktorer som predicerade livstillfredsställelse 54
Stöd i samband med informell vård 54

Studie 3. Livstillfredsställelse hos personer med nedsatt funktionsförmåga i sex europeiska länder ... 55
Självkänsla och livstillfredsställelse ... 55
Hälsofaktorer ... 56
Livstillfredsställelse ... 58
Faktorer som predicerade livstillfredsställelse ... 60
Studie 4. Livstillfredsställelse hos personer mellan 60-89 år i sex europeiska länder ... 60
Självkänsla och livstillfredsställelse ... 61
Hälsofaktorer ... 62
Sociala resurser ... 64
Ekonomiska resurser ... 64
Faktorer som predicerade ökad risk för låg livstillfredsställelse ... 65
DISKUSSION ... 66
Metoddiskussion ... 66
Intern validitet ... 66
Statistisk validitet ... 67
Reliabilitet ... 68
Begreppslig bias ... 69
Generaliserbarhet ... 71
Resultatdiskussion ... 73
Livstillfredsställelse hos äldre ... 73
Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga ... 75
Sociala och materiella resurser ... 77
Självkänsla ... 77
Livstillfredsställelse hos informella vårdare ... 78
Yrkesarbete och informell vård ... 79
Socialt stöd till informella vårdare ... 79
SLUTSATSER80
FORTSATT FORSKNING ... 80
SUMMARY IN ENGLISH ... 82
TACK TILL PERSONER SOM BIDRAGIT ... 86
REFERENSER ... 88
PAPER I - IV

ABSTRACT

Knowledge of factors contributing to life satisfaction among older people is needed, both in the context of those with reduced self-care capacity and among healthy older people and those providing help to others. Such knowledge may be helpful in developing primary and secondary interventions.

The overall aim of this thesis was to investigate life satisfaction and its relation to factors such as physical and mental health and social and financial resources among people (60–89 years old) with and without reduced self-care capacity in six European countries, and among informal caregivers (50–89 years old) in Sweden. The aim was further to investigate the extent, need and type of support provided or desired among informal caregivers. This is part of the cross-national European Study of Adults' Wellbeing (ESAW) including six European countries N=12 478 (the Netherlands, Luxemburg, Italy, Austria, UK and Sweden). The Older Americans' Resources Schedule (OARS), Life Satisfaction Index Z (LSIZ) and Rosenberg self-esteem scale were used. Study I comprised 522 people (65–89 years old) with reduced self-care capacity, study II comprised 151 informal caregivers with a high caregiving extent, 392 with a low caregiving extent and 1258 non-caregivers from the Swedish sample. In study III 2195 people with reduced self-care capacity (65–89 years old) participated, whilst study IV comprised 7699 people (60–89 years old) from all ESAW countries. The data were analysed by descriptive and inferential statistics using non-parametric statistics, logistic and linear regression.

Low life satisfaction (LSIZ) was related to higher age, being a woman, high degree of reduced self-care capacity, living in special accommodations, feeling lonely and poor financial resources. Feeling lonely, reduced self-care capacity, feeling worried, poor health and poor financial resources in relation to needs predicted low life satisfaction (Paper I). Frequent caregivers with a high extent of caregiving had lower LSIZ than those with less frequent caregiving and non-caregivers, while no differences were found between less frequent caregivers and non-care caregivers in LSIZ. Lower LSIZ was associated with not being employed, low social resources, not refreshed after a night's sleep, poor health, and frequent caregiving (Paper II). In paper III it was found that there were differences as well as similarities in factors predicting LSIZ in that self-esteem and overall health were important in all countries among older people with reduced self-care capacity and reduced self care capacity in three of six countries, whilst in paper IV four factors were found to be common in all ESAW countries. The factors were social resources, financial resources, feeling greatly hindered by health problems and low self-esteem. Factors of importance for life satisfaction thus seem to differ depending on the personal situation and social and political system. These differences should be taken into account when outlining and providing preventive, rehabilitative and support for these groups.

FÖRKORTNINGAR

ACC-13	Bulgarien, Cypern, Estland, Litauen, Malta, Polen, Rumänien, Slovakien, Tjeckiska republiken, Turkiet och Ungern
AC-10	Länderna i ACC-13 förutom Bulgarien, Rumänien och Turkiet
ADL	Aktiviteter i dagligt liv
ANOVA	Statistisk metod för att undersöka skillnader i medelvärde mellan grupper
BNP	Bruttonationalprodukten
ESAW	European study of Adults Well-being
EU 15	Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Holland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, och Österrike
EU-25	Länderna i EU-15+ länderna i AC-10
GNP	Gross national product
LSIZ	Life satisfaction Index Z
QoL	Livskvalitet
IADL	Instrumentella aktiviteter i dagligt liv (handla, laga mat, städa)
PADL	Personliga aktiviteter i dagligt liv (äta, klä på sig, duscha)
PANT	Practioner Assessment of Network Type
PUL	Personuppgiftslagen
SES	Self esteem scale (självkänsla) Rosenberg

ORIGINAL ARTIKLAR

Avhandlingen är baserad på följande artiklar och refereras i texten med följande romerska siffror

I Borg, C., Hallberg, I R., Blomqvist, K. (2005). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity – The relationship to loneliness, overall health, physical activities, and economic aspects. Accepterad för publicering i Journal of Clinical Nursing.

II Borg, C., Hallberg, I R. (2005). Life satisfaction among informal caregivers – in comparison to non-caregivers. Accepterad för publicering i Scandinavian Journal of Caring Sciences.

III Borg, C., Fagerström, C., Balcucci, C., Burhold, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., Holst, G., Hallberg, I R. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self care-capacity in six European countries. Åter inskickad till European Journal of Ageing.

IV Fagerström, C., Borg, C., Balcucci, C., Burhold, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., Hallberg, I R., Holst, G. Life satisfaction among older people (60+) in six European countries. Inskickad till Journal of Cross-Cultural Gerontology.

Tillåtelse att trycka artiklarna i sin helhet i avhandlingen har erhållits av utgivaren.

INLEDNING

I Sverige såväl som i andra europeiska länder förväntas andelen äldre i befolkningen öka (OECD 2005). Det är framförallt andelen äldre över 80 år som ökar (European Commissions 2003, Kinsella & Velkoff 2001) som en följd av de stora födelsekohorterna på 1940-talet, minskad nativitet och ökad medellivslängd (U.S Census Bureau 2004). Det innebär att allt fler lever de sista åren med nedsatt funktionsförmåga och behov av hjälp med dagliga livets aktiviteter (ADL), då högre ålder medför ökad risk för sjuklighet med nedsatt funktionsförmåga som följd (Molarius & Janson 2002) och därmed behov av hjälp från andra (Hellström & Hallberg 2001, McCamish-Svensson *et al*. 1999). De flesta äldre lever ett aktivt liv efter pensionen med hög livstillfredsställelse. En kritisk punkt uppstår då sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga debuterar (Janlöv et al. 2005, Lassey & Lassey 2001). Kunskap om faktorer som kan bidra till bevarad livstillfredsställelse även hos dem med nedsatt funktionsförmåga blir därmed viktiga särskilt för att utveckla förebyggande arbete. Det behövs också kunskap om andra faktorer av betydelse för livstillfredsställelse än enbart den nedsatta funktionsförmågan.

Fler äldre med behov av hjälp med ADL kan förväntas bo kvar i det egna hemmet som en följd av den policy som råder för äldre i Sverige. Målet är att äldre ska kunna bo kvar i det egna hemmet, även om de behöver omfattande hjälp med ADL (Regeringskansliet 2005). Det i sin tur kräver insatser från närstående. Tidigare forskning har visat att hjälp huvudsakligen kommer från närstående (84,1%) (Hellström & Hallberg 2001). Närståendes medverkan i äldres vård och omsorg är emellertid frivillig och ska därför ses som ett komplement till kommunernas ansvar (Regeringskansliet 2005). Närstående har olika förutsättningar för att hjälpa en äldre. En del kan vara yrkesarbetande (Gersel 2000) och andra pensionärer (Ekwall *et al.* 2004) och de kan hjälpa till från någon gång per vecka till alla veckans dagar (Ekwall *et al.* 2005), ett förhållande som kan inverka på deras livstillfredsställelse. Till exempel kan de som hjälper till i mindre omfattning utföra mindre betungande uppgifter (Bond *et al.* 1999), samtidigt som de som fortfarande är yrkesarbetande har dubbla arbeten (Gersel 2000). För att kunna stödja närstående i deras vård- och omsorgsarbete behövs det kunskap om vilka faktorer som bidrar till att bevara deras livstillfredsställelse och deras behov av stöd och hur livstillfredsställelse förhåller sig till vårdens omfattning.

Forskning där enbart äldres medicinska problem studeras (Estes & Binney 1989) kan bidra till en negativ syn på åldrandet (Johnson 1995). Sociala och ekonomiska, såväl som psykologiska faktorer kan ge kompletterande kunskap om äldres livstillfredsställelse. Tidigare forskning på friska äldre har visat att sociala och ekonomiska faktorer var lika betydelsefulla som hälsofaktorer för att förklara livstillfredsställelse (Ho *et al.* 1995). Äldre är emellertid ingen homogen grupp. Det kan vara stora skillnader i behov mellan den som nyligen gått i pension eller den som är 80 år, man eller kvinna, eller om sjukdomar och funktionsnedsättning har tillstött. Forskning som inkluderar äldre kan identifiera betydelsefulla olikheter till följd av kön, ålder och funktionsförmåga (Walker 2005) samt om dessa olikheter skiljer sig åt med avseende

på vilket land man lever i. Studier av flera faktorer och olika länder kan bidra till en djupare och mer mångfasetterad kunskap om äldres livstillfredsställelse och behov samtidigt som resultatens giltighet ökas. Det är först när resultat från det egna landet också har studerats utifrån andra länders kulturer som man kan uttala sig mer generellt om resultatens användbarhet (van de Vijver & Leung 1997).

BAKGRUND

Åldrandet

De flesta äldre förväntar sig att leva ett långt liv med god hälsa, att få delta i meningsfulla aktiviteter och att bevara en hög livstillfredsställelse långt upp i åldrarna, vilket forskning också visat att många gör (Perrig-Chiello *et al.* 1996). Det är emellertid få förunnat att bevara alla funktioner som behövs för att leva ett oberoende liv i samhället livet ut och andelen med nedsatt funktionsförmåga ökar med ökad ålder (Beckett *et al.* 1996, Sonn 1996). Medellivslängden ökar och var i Sverige 2004 82,7 år för kvinnor och 78,4 år för män. År 1900 var kvinnornas medellivslängd 55 år och männens 53 år. Ökad medellivslängd och ökad invandring har medfört att Sveriges befolkning ökat från strax över 7 miljoner invånare 1950 till 9 miljoner idag och förväntas stiga till drygt 10 miljoner 2040. Ökad medellivslängd, stora ålderskohorter på 1940-talet och minskade födelsetal ökar andelen äldre i befolkningen. År 2004 var andelen äldre (65+) 17,2 % av befolkningen i Sverige och andelen förväntas öka till 18,8 % 2010 och 23,5 % 2040. Bland de allra äldsta, de över 80 år, förväntas andelen öka från 5,1 % 2005 till 7,4 % 2030 (Regeringskansliet 2005). Europa har tillsammans med Japan den högsta andelen över 65 år i världen. Andelen 80+ i Europa beräknas bli 7,1 % 2030 (Kinsella & Velkoff 2001) jämfört med 2000 då den var 3,3 %. Cirka 16 % av befolkningen i EU-15 (medlemsländerna i EU) är över 65 år och förväntas öka till nästan det dubbla fram till 2050-talet (Börsch-Supan *et al.* 2005). I jämförelse med övriga länder i Europa hade Sverige år 2000 en förhållandevis hög andel över 80 år i befolkningen (Sverige 4,9 %, Storbritannien 4,0 %, Italien 3.9 %, Österrike 3,2 %, Holland 3,2 %, Luxemburg 3,1 % och EU-15 3,7 %) (European Commissions 2003, Scharf *et al.* 2003). Det är främst de över 80 år som löper risk för nedsatt funktionsförmåga. En förändrad åldersstruktur ställer krav inte minst på de äldre själva, som förväntas leva ett liv som bidrar till god hälsa och livstillfredsställelse (Persson *et al.* 2001). Den ställer även krav på samhället och/eller närstående som skall bidra med vård och omsorg när de äldres egna resurser inte räcker till för att leva ett oberoende liv.

Åldrandet är komplext, individuellt och beroende av många faktorer och kan vara både en positiv och negativ fas av livet (Atchley 1991). Det påverkas av biologiska (Yates 1996), psykologiska (Schroots 1996) och sociala (Marshall 1996) förändringar. Åldrandet handlar bland annat om de förändringar som sker i kroppen under ett livslopp. Den processen är oundviklig och leder till minskad kroppslig vitalitet och funktion (Butler *et al.* 2004). Kroppsligt har människan förmåga att anpassa sig till de förändringar som följer med åldrandeprocessen. Människor är emellertid olika rustade

för att möta förändringar under livsloppet. Utbildning, kognitiv förmåga, livserfarenheter, kunskap, social förmåga, socialt nätverk, motivation, energi, fysisk förmåga, hälsa, kön, ekonomiska resurser och boende är faktorer som visat sig ha betydelse för hur väl människor anpassar sig till förändringar (Ruth & Coleman 1996). Åldrandeprocessen är därmed individuell och beror bland annat på vilka val som gjordes under livet, hur optimalt livet blev och på vilket sätt händelser under åldrandeprocessen har kunnat kompenseras. Hur livet blev eller på vilket sätt som man har anpassat sig till livet, beror både på personliga egenskaper och på hur man blivit bemött av andra i omgivningen (Baltes & Baltes 1990).

Det sker förändringar i kroppen under hela livsloppet och livet förändras för många ännu mer efter 65 år till följd av att det har varit den ålder då man pensionerats (Persson *et al.* 2001). Det har varit vanligt att välja 65 år som utgångspunkt för gerontologisk forskning (Huang & Lin 2002, Kerse *et al.* 1999). Variationen i hur man åldras biologiskt är emellertid stor. En indelning av äldre i olika åldersgrupper bidrar till att understryka att äldre är en heterogen grupp med olika behov. Från ett biologiskt åldrandeperspektiv kan man inte bortse från kronologisk ålder, även om variationen inom en specifik åldersgrupp kan vara stor exempelvis vad gäller balans, gångförmåga eller kognitiv förmåga. Diskrepansen mellan kronologisk ålder och hur gammal någon känner sig ökar under åldrandeprocessen (Montepare & Lachman 1989). Detta fenomen var speciellt uttalat för kvinnor. Studien visade också att de som upplevde sig vara i samma ålder som den kronologiska hade högsta livstillfredsställelsen och minst rädsla för att åldras (Montepare & Lachman 1989). Äldre delas oftast in i grupper för att markera heterogeniteten i livet efter 65 år (Field & Gueldner 2001, Field & Minkler 1988, Given & Given 1989). Given och Given (1989) har delat in äldre i tre grupper från unga äldre (65-74 år), äldre (75-84 år) till äldre äldre (85+). Field och Minkler (1988) har delat in äldre i yngre äldre (60-74 år), äldre (75-84 år) och mycket äldre (85+). Denna typ av indelning bidrar delvis till att förstå olikheter under perioden från 65 år till 90-95 år eller till dess att döden inträffar.

Biologiskt åldrande omfattar de förändringar som sker i kroppen av biologiskt slag (Yates 1996). Vanliga förändringar är förändrad kroppssammansättning, minskad fysisk arbetsförmåga (Ramsey & Kemnitz 1996, Rolls & Drewnowski 1996), försämrad balans och gångförmåga (Woollacott 1996), synnedsättning (Scialfa & Kline 1996) och hörselnedsättning (Gordon-Salant 1996), förändringar i sömnmönster (Lindgren *et al.* 1994), förändrad hjärt-kärlfunktion, minskad syreupptagningsförmåga (Svanborg 1996), försämrat smaksinne (Rolls & Drewnowski 1996), förändrad tarmfunktion (Greenwald & Brandt 1996) och prostataförstoring (Aronson & deKernion 1996). I en WHO-rapport baserad på tidigare forskning visade det sig att specifikt demenssjukdomar, depression, övriga fysiska sjukdomar, lågt och högt BMI, begränsning i funktionsförmåga, dåliga sociala kontakter, låg fysisk aktivitet, inget alkoholintag jämfört med måttliga mängder, dålig självskattad hälsa, rökning och synnedsättning var de faktorer som innebar störst risk för nedsatt funktionsförmåga (Heikkinen 2003). I en studie med 6 524 personer mellan 15 och 75 år i Sverige fann man att det biologiska åldrandet och därmed en sämre funktionsförmåga påskyndas genom yttre faktorer såsom rökning och lägre utbildning (Parker *et al.* 1996). Således

spelar yttre faktorer som socioekonomi och sociala villkor en roll i det biologiska åldrandet.

Psykologiskt åldrande har oftast beskrivits i ett livsloppsperspektiv och utifrån olika faser av utveckling som människor genomgår från barndom till ålderdom (Erikson *et al.* 1994). Eriksons psykosociala utvecklingsteori omfattar åtta olika faser som människor genomgår. De åtta faser som Eriksons teori bygger på är: *tillit-misstro, autonomi-skam, intiativ-skuld, verksamhet-underlägsenhet, identitet-identitetsförvirring, intimitet-isolering, generativitet-stagnation* och *integritet-förtvivlan*. Dessa omfattar var för sig en kris som bearbetas med ett positivt eller negativt resultat beroende på hur väl individen lyckas lösa krisen. Varje fas står också i relation till den föregående (Erikson *et al.* 1994). De flesta faserna rör barn- och ungdomsåren medan de faser som karaktäriserar mitten av livet och framåt omfattar generativitet-stagnation och integritet - förtvivlan. Generativitet omfattar reproduktion, produktivitet samt kreativitet och med det avses ett skapande av nya människor, nya produkter men även en personlig självförnyelse som bidrar till den fortsatta identitetsutvecklingen. Erikson menar att den dygd eller egenskap som uppstår ur krisen är förmågan till omsorg och förpliktelsen att ta hand om de personer, produkter och idéer som man under livet lärt sig tycka om. Fasen handlar till stor del om omsorg för nästa generation och att ta ansvar för och hjälpa andra att utvecklas. En negativ lösning kan resultera i stagnation och personen sluter sig inombords och tappar förmågan att bry sig om andra människor. Under de sista åren i livsloppet domineras krisen av att lösa förhållandet mellan integritet och förtvivlan. Det är under denna sista kris som äldre mognar och vid en positiv lösning utvecklar ett slags visdom. Men även visheten har sin motsats och kännetecknas enligt Erikson av avsmak och innebär att den äldre går mot sitt slut och mot allt större hjälplöshet. Erikson återknyter i denna fas till betydelsen av hoppet och gör en koppling mellan hopp och förtvivlan och menar att utan hopp kan livet inte slutas på ett meningsfullt sätt. Sista fasen bygger således på att tidigare faser i livet bidragit till den mognad som leder till visdom. Ett nionde steg har också beskrivits och där målet är att äldre ska komma till rätta med och bearbeta det som upplevts som mindre bra under livet och med framgång gå vidare mot gerotranscendens. Detta nionde steg är under utveckling (Erikson 2004). I en studie med 58 män och kvinnor, 71 år gamla, visade det sig att de äldre som upplevde sitt liv som meningsfullt hade positiva minnen från de kriser de genomgått avseende tillit, autonomi och intimitet (Rennemark & Hagberg 1997). Det tycks således vara viktigt att barn- och ungdomsårens kriser löses positivt för att åldrandet ska bli en positiv fas av livet, vilket motiverar betydelsen av ett livsloppsperspektiv.

Neugarten *et a.l.* (1968) utgick från personlighetens betydelse i sin teori om åldrandet. Teorin har sitt ursprung i forskning om psykologiskt välbefinnande och social interaktion. Neugarten och hans medarbetare fann att äldre som i hög grad var engagerade i samhälliga funktioner hade en högre livstillfredsställelse än dem som hade en lägre grad av engagemang. För att beskriva åldrandet utgick Neugarten från personlighetstyp, omfattning av socialt engagemang och grad av livstillfredsställelse. En person bedömdes ha ett högt psykologiskt välbefinnande om han a) var nöjd med de aktiviteter som ansågs vara av betydelse för dagligt liv, b) såg livet som

meningsfullt och hade accepterat livet på det sätt det hade blivit, c) hade lyckats uppnå de viktigaste målen samt d) hade en positiv och optimistisk inställning till livet. Fyra olika personlighetstyper föll ut: den harmoniska, den försvarande, den underordnande och den icke harmoniska. Dessa fyra grupper indelades utifrån graden av engagemang i sociala aktiviteter och graden av livstillfredsställelse, vilket resulterade i åtta olika personlighetstyper: den nutida, den fokuserade, den obundna, den försvarande mot åldrandet, den försvarande mot förändringar, den hjälpsökande, den apatiska och den icke harmoniska. De nutida kännetecknades av en kompetent engagerad person, som strävade efter att förbli ung, aktiv och som helst inte ville bli gammal. De skaffade sig nya aktiviteter när de förlorade de gamla, engagerade sig exempelvis i samhälleliga aktiviteter eller att efter pensionen vårda eller hjälpa en närstående. Den fokuserade personlighetstypen karaktäriserades av en harmonisk person med hög grad av livstillfredsställelse och med varken hög eller låg grad av aktiviteter. De ägnade sig åt aktiviteter som gav dem tillfredställelse. Den obundna hade, liksom den fokuserade, en hög grad av livstillfredsställelse, men en låg grad av aktiviteter. De hade lämnat krav och åtagande bakom sig och valde de delar av livet som bidrog till livstillfredsställelse. De två olika typerna av försvarande mot åldrandet förde en kamp, de var tvetydiga, prestationsinriktade med hög grad av försvar mot farhågor och hade ett starkt behov av att ha kontroll över livet. De var ganska tillfredsställda och behöll en hög livstillfredsställelse genom att upprätthålla ett högt eller ganska högt engagemang i aktiviteter. De var nöjda med livet så länge de hade fullt upp att göra. Den andra personlighetstypen som försvarade sig mot åldrandet drog sig inombords och försvarade sig energiskt mot åldrandet. De undvek sociala kontakter och stängde av för nya upplevelser. Livet strukturerades och sådant som kunde hota livet undveks, vilket resulterade i ett lågt engagemang i aktiviteter, men en relativt hög grad av livstillfredsställelse. Den hjälpsökande hade ett starkt beroende av stöd och hjälp från andra. De upprätthöll en ganska hög nivå av aktiviteter och hade också en ganska hög livstillfredsställelse så länge de hade någon som stöttade dem. Den apatiska kännetecknade av passivitet. De hade ett lågt engagemang i aktiviteter och en låg eller ganska låg livstillfredsställelse. De deltog inte i fler aktiviteter än vad som var nödvändigt och de lät ofta någon annan föra deras talan i offentliga sammanhang. De icke harmoniska kännetecknandes av personer som var desorienterade. De hade oftast nedsättning i psykologiska funktioner, som innebar att de inte hade kontroll över sina känslor och hade en försämrad kognition. De hade lågt engagemang i aktiviteter och låg livstillfredsställelse (Neugarten *et al.* 1968). Personlighet och meningsfulla aktiviteter har således stor betydelse för livstillfredsställelse i samband med åldrande. Sammantaget fann forskarna således ett samband mellan personlighetstyp, aktiviteter, engagemang i aktiviteter och livstillfredsställelse.

Med åldrandeprocessen följer att äldre får nya roller, från exempelvis att ha varit tonåring, förälder, yrkesverksam till att bli pensionär. Flera teorier har växt fram för att beskriva dessa förändrade roller, en är Cummings disengagemangsteori (Cumming *et al.* 1960). Cumming *et al.* utgår från att äldre drar sig tillbaka från sina tidigare roller och positioner. Teorin bygger på ett ömsesidigt förhållande mellan äldre och samhället. För äldre innebär tillbakadragandet ett tryck från samhällets sida om att instrumentella uppgifter minskar och för samhället innebär tillbakadragande att yngre i

stället övertar de äldres roller och funktioner. Teorin förutsätter således att äldres och samhällets behov är desamma. Aktivitetsteorin (Havighurst & Albrecht 1953) ser åldrandet som oföränderligt och innebär att äldre såväl som yngre fortsätter att vara aktiva. Teorins huvudtes är således att äldre fortsätter att vara aktiva så länge som möjligt. Disengagemangsteorin och aktivitetsteorin är varandras motsatser och ingen av dem anses vara heltäckande för att förklara åldrandet, därför att ingen av dem tar hänsyn till hur den äldre upplever att bli gammal (Bengtson *et al.* 2002). En teori som vuxit fram under senare år och som främst försökt beskriva äldres uppfattning av åldrandet är Tornstams teori om gerotranscendens. Hans utgångspunkt är att äldre har helt skilda värderingar än yngre människor. Gerotranscendens innebär att äldre går in i ett kosmiskt tillstånd med förändrad tidsuppfattning, en ökad känsla av gemenskap med tidigare generationer, förändrat förhållande till liv och död, mindre självupptagenhet och ökad visdom (Tornstam 1996). Teorin har använts i äldrevården för att öka personalens förståelse för vårdtagaren. Studien visade att personalen ökade sin förmåga att lyssna till vårdtagaren, blev mindre tjatig, tänkte mer på vårdtagarnas integritet men lät dem även vara för sig själva (Tornstam 1996).

Åldrandet karakteriseras av vinster, förluster, utveckling och gränsdragningar till följd av åldersförändringar som i sin tur för med sig ökad sårbarhet och nedsatt funktionsförmåga (Baltes & Baltes 1990). Baltes och Baltes menade att äldre själva kan bidra till sitt åldrande genom att strategiskt välja, optimera och kompensera för biologiska, psykologiska och sociala förändringar som följer med åldrandet. ”Successful aging” (Baltes & Baltes 1990) var ett försök att se åldrandet från ett brett perspektiv och att belysa äldres outnyttjade resurser och potential för att åldras bra med de förändringar som åldrandet innebär. ”Successful aging” omfattar ett långt liv, biologisk hälsa, mental hälsa, kognitiv förmåga, social kompetens och produktivitet, personlig kontroll samt livstillfredsställelse. Med ökad ålder följer en ökad inskränkning i dagligt liv till följd av minskad förmåga att anpassa sig mot rådande förändringar i åldrandet. För äldre innebär det att de måste koncentrera sig på och välja de områden som har högst prioritet eller att förändra målen med livet. De måste också förändra sitt beteende för att behålla en hög livskvalitet under hela livsloppet. De funktioner i kroppen som inte längre fungerar ersätts för att livet fortsatt ska uppfattas som tillfredsställande. Hjälpmedel, t.ex. glasögon, är ett sätt att kompensera en synnedsättning, som annars skulle ha hindrat äldre från att leva ett optimalt liv.

Rowe och Kahn (1998) föreslog att ”successful aging” är beroende av äldres val och beteende och de gör en distinktion mellan ”successful” och ”unsuccessful aging”. ”Successful aging” balanserar således mellan sjukdom och hälsa och intar därmed primärt ett medicinskt perspektiv där frihet från sjukdomar och handikapp anses vara viktigt för ett gott åldrande. De två övriga faktorerna som ingår i ”successful aging” är hög mental och fysisk funktionsförmåga och ett aktivt liv. Rowe och Kahn ansåg att alla tre faktorerna var viktiga var för sig, men att de i vissa fall var beroende av varandra; en person kan ha en sjukdom men ändå leva ett gott liv. Deras sätt att se på ”successful aging” är hierarkiskt uppbyggt så till vida att frånvaro av sjukdomar gör det lättare att bibehålla en hög funktionsförmåga och en hög funktionsförmåga i sin tur gör det lättare att delta i aktiviteter. Det är en kombination av alla tre faktorerna som

fullt ut kan representera ”successful aging”. Dessutom är alla tre komponenterna i sig själva en kombination av faktorer, dvs. frånvaro av sjukdomar och bibehållandet av god funktionsförmåga och undvikandet av riskfaktorer för sjukdomar. För att behålla en hög funktionsförmåga krävs både en hög fysisk och mental förmåga. Hög fysisk och mental förmåga ger slutligen möjligheter för aktiviteter och ger svar på vad en person kan göra, men inte vad hon eller han gör. Det har visat sig att många äldre deltar eller utför färre aktiviteter än vad de egentligen är kapabla att utföra. Rowe och Kahn vill med sitt sätt att se på ”successful aging” införliva aktiviteter som en förpliktelse i livet och anser att äldre ska delta i fler aktiviteter än vad som är nödvändigt för ett oberoende liv. Genom att delta i aktiviteter ökar möjligheterna för ett bra liv.

Det finns stora likheter mellan de faktorer som Lassey och Lasseys (2001) fann av betydelse för livskvalitet (QoL) och de som Baltes och Baltes (1990) och Rowe och Kahn (1998) definierade som ”successful aging”. Lassey och Lassey fann att följande dimensioner ingår i bedömning av livskvalitet: ärftlighet (fysiska och intellektuella resurser), personlighet (självkänsla, identitet, självaktning, flexibilitet, oberoende, ömsesidigt beroende, beroende, självständighet, självförtroende), sociala roller (flexibilitet och förmåga till anpassning inför rollförändringar), social klass (hög, medel, låg), kunskap och utbildning (problemlösningsförmåga, klara av svåra situationer, förmåga till fortsatt lärande, fortsatt nyfikenhet, vishet), fysisk och mental hälsa, ekonomiska resurser (inkomst, tillgång till besparingar, tillgång till samhälleliga resurser) samt livsstil (frihet, tillfredsställelse). Lassey och Lassey ansåg vidare att ekonomiska resurser ingår som en del av livskvalitet, medan varken Baltes och Baltes eller Rowe och Kahn tar upp ekonomi i sina modeller för ”successful aging”. Schulz och Heckhausen (1996) poängterar att livet är föränderligt och måste därför ses ur ett livsloppsperspektiv. De menar att de flesta modeller för gott åldrande utgår från personers förmåga och tillstånd vid en given tidpunkt och att hänsyn då inte tas till det totala livet eller till att äldres situation förändras över tid.

Livstillfredsställelse teoretiskt och empiriskt

I studier, om åldrandet är livstillfredsställelse ett av de äldsta forskningsområdena (Mannel & Dupuis 1996). Instrument för att studera livstillfredsställelse hos äldre, utvecklades redan under tidigt 1960-tal (Neugarten *et al.* 1961). Ryff (1996) menar att livstillfredsställelse är ett globalt fenomen, som hänförs till livet som helhet, snarare än någon specifik aspekt av det. Det kan också användas för att bedöma människors tillfredsställelse i samband med någon specifik aspekt (Mannel & Dupuis 1996) såsom tillfredsställelse med familjerelationer, arbete etc. Livstillfredsställelse är en indikator som vanligtvis används för att mäta subjektivt välbefinnande (Christoph & Noll 2003). Det subjektiva välbefinnande kan mätas genom att en enstaka fråga ställs:”*Hur tillfredsställd är Du med livet som helhet*”, vilket överensstämmer med Bowlings (1997) sätt att definiera livstillfredsställelse. Det kan även mätas genom användandet av standardiserade instrument som exempelvis Neugartens (LSIA) Life Satisfaction Index A (Neugarten *et al.* 1961). Livstillfredställelse kan delas in i flera dimensioner

eller områden av betydelse för livet och tillsammans återspeglar dessa en generell livstillfredsställelse (Ho *et al.* 1995). Neugarten *et al.* (1961). definierade t.ex. tillfredsställelse med livet utifrån fem dimensioner: entusiasm kontra likgiltighet, viljekraft och styrka, överensstämmelse mellan önskade och uppnådda mål, positiv föreställning om sig själv samt sinnesstämning. Neugarten beskrev det som att en person hade en hög grad av psykologiskt välbefinnande när det dagliga livet var fyllt av aktiviteter, när livet kändes meningsfullt, när målen i livet var uppfyllda, när inställningen till livet var positiv och när en optimistisk attityd och sinnestämning upprätthölls.

Livstillfredsställelse till skillnad från de närbesläktade begreppen ”lycka” och ”tillförsikt” mäter livet bakåt i tiden medan lycka mäter här och nu och ”tillförsikt” har ett framtidsperspektiv (Mannel & Dupuis 1996). Således kan man se livstillfredsställelse som en mer bestående och stabil uppfattning om livet jämfört med tillförsikt som mäter ett mera tillfälligt känslotillstånd. Livstillfredsställelse omfattar både positiva och negativa upplevelser i förhållande till livet, vänner och hälsa till skillnad från ”lycka” och ”tillförsikt”, som ses som ett mer endimensionellt fenomen (Mannel & Dupuis 1996).

Relationen mellan livstillfredsställelse, välbefinnande och livskvalitet

Begreppen välbefinnande, livstillfredsställelse och livskvalitet används ofta som synonymer i litteraturen (Haas 1999, Mannel & Dupuis 1996, Maututinovic 1998). Mannel och Dupuis (1996) menade emellertid att välbefinnande är en del i livskvalitet och att livstillfredsställelse såväl som välbefinnande är nödvändiga delar i det övergripande fenomenet livskvalitet. Livstillfredsställelse har ansetts vara den subjektiva delen av livskvalitet (Fernández-Ballesteros *et al.* 2001) och används ofta som indikator på ett gott liv i gerontologisk forskning (Freud & Baltes 1998). Grann (2000) menade att distinktionen mellan livstillfredsställelse och livskvalitet är otydlig till följd av att instrumenten som används för att mäta livskvalitet är oprecisa. Vidare anses (Bergner 1989, Cella 1994, Mast 1995) livskvalitet som begrepp vara komplext, abstrakt och multidimensionellt och att det därför är svårt att definiera och mäta. Haas (1999) menar att den största skillnaden mellan begreppen är att livstillfredsställelse och välbefinnande enbart mäter en subjektiv dimension medan livskvalitet kan omfatta både subjektiva och objektiva dimensioner. Livskvalitet inkluderar fysiska, psykologiska, sociala och själsliga dimensioner, medan välbefinnande anses vara en subjektiv indikator på livskvalitet medan funktionsförmåga är en objektiv indikator på livskvalitet. Välbefinnande benämns vanligen som subjektivt (Diener 1994, Kercher 1992) och/eller psykologiskt välbefinnande (Ryff 1996) och är en ofta använd utfallsvariabel i gerontologisk forskning. McLeod (1996) beskrev välbefinnande som en positiv inställning till livet, god fysisk hälsa och allmän livstillfredsställelse.

Lawton (1983) har byggt upp sin modell om välbefinnande/livskvalitet utifrån fyra dimensioner: psykologiskt välbefinnande, upplevd livskvalitet, resurser och miljö. Livskvalitet omfattar den totala upplevelsen i de fyra dimensionerna. Familj, jaget, aktiviteter, inkomst, boende (Lawton 1983) och personens resurser utgör de centrala

komponenterna i livskvalitet (Lawton 1991). Resurser definieras som den kapacitet personen har i funktioner såsom hälsa, perception, funktionsförmåga och kognition. Han ansåg att det i vissa fall är svårt att mäta personens resurser och att det måste göras en beskrivning av de faktorer som kan innefattas i resurser (Lawton 1983). Med det menas exempelvis att förmågan att promenera eller att hjälpa någon med fysiska aktiviteter skulle kunna vara en indikator på god hälsa, liksom att en persons inkomst skulle kunna vara en indikator på materiell standard. Komponenterna överlappar varandra. Det gäller inte minst betydelsen av miljön. Inom detta område inryms bl.a. betydelsen av hemmet, vänner och tillgång till socialt nätverk (Lawton 1991). Veenhoven (2000) definierade livskvalitet eller det goda livet utifrån fyra aspekter, eftersom hon ansåg att det inte går att uttala sig om livskvalitet i stort. Hon ansåg att det var bättre att skilja mellan ”livability of the environment, live-ability of the person, utility of life for the environment and appreciation of life by the person”. Det ser alltså ut som om innebörden i välbefinnande och livskvalitet är tämligen likartade och att det skett en begreppsmässig utveckling över tid från välbefinnande till livskvalitet (Gullone & Cummins 2002, Lawton *et al.* 1999, Lawton 1991, Spiro & Bossé 2000). Det går således inte att tydligt avgränsa livstillfredsställelse, välbefinnande eller livskvalitet från varandra. Empiriska studier som anses relevanta för äldres livstillfredsställelse kommer därför att inkluderas oavsett vilket begrepp som används.

Livskvalitet och välbefinnande hos äldre har studerats av flera forskare och det har kommit fram både likheter och skillnader i resultaten. Farquhar (1995) fann i en intervjustudie bland äldre (65+) att följande faktorer hade en positiv inverkan för upplevelse av livskvalitet: tillgång till sociala kontakter, god hälsa, tillgång till meningsfulla aktiviteter, familj samt tillfredsställande ekonomi. Att förlora familje-medlemmar ledde däremot till ensamhet och en negativ inverkan på upplevelsen av livskvalitet. Borglin *et al.* (2005) fann i en intervjustudie med elva friska äldre (80+) att betydelsen av ”att vara någon” och att känna mening i tillvaron var viktigt för upplevelse av livskvalitet. Hon fann vidare att områden som vanligtvis inte ingår i instrument för att mäta livskvalitet var betydelsefulla för upplevelsen av livskvalitet, såsom betydelsen av hemmet, hur livet i stort hade upplevts, tankar kring döendet och döden samt att få återberätta hur livet blivit. I en kvantitativ studie med 179 män och 290 kvinnor mellan 75 och 99 år visade det sig att hälsoproblem såsom smärta, nedsatt funktionsförmåga, trötthet, oro och sömnproblem var associerat med låg livskvalitet (Borglin *et al.* 2005). I en annan studie beskrevs livskvalitet utifrån fem domäner bestående av fysiskt välbefinnande, materiellt välbefinnande (kläder, mat, inkomst), socialt välbefinnande (socialt nätverk och support, träffa vänner), utveckling och aktiviteter (fritidsaktiviteter, hobby, möjligheter att välja i livet, utbildning) samt emotionellt välbefinnande (självförverkligande, självkänsla, livsvärdering, social position) (Felce & Perry 1995). Livskvalitet undersökt hos 41 cancerpatienter med kronisk smärta visade att fysiskt välbefinnande (äta, aptit, sexuell förmåga, sömn, upplevd hälsa, kraft, trötthet, och kontroll över symtom), psykologiskt välbefinnande (känsla av värde, livstillfredsställelse, känslor, oro, känsla av kontroll, initiativ-förmåga, glädje, utvecklingsbarhet, kraft och styrka) och interpersonellt välbefinnande (ömsesidiga relationer, sociala aktiviteter, socialt stöd, rollfunktion, och ekonomisk situation) var av betydelse för upplevelsen av livskvalitet (Padilla *et al.* 1990). Det

gemensamma för Felce och Perry och Padillas forskning är deras sätt att definiera livskvalitet utifrån välbefinnande, vilket stämmer väl överens med Mannels och Dupuis' (1996) sätt att se på relationen mellan livstillfredsställelse, välbefinnande och livskvalitet. Livstillfredsställelse används således som en komponent i välbefinnande och livskvalitet. Psykologiskt välbefinnande anses av forskare vara detsamma som livstillfredsställelse (Geis & Klein 1989, Mannel & Dupuis 1996) på samma sätt som man begreppsmässigt har definierat subjektivt välbefinnande som livstillfredsställelse.

Livstillfredsställelse undersökt i olika åldersgrupper

Livstillfredsställelse har visat sig variera i olika åldersgrupper (Morgan *et al.* 1987) och mellan män och kvinnor (Chou & Chi 1999). Morgan *et al.* (1987) fann i en studie med 507 personer mellan 65 och 74 år och 535 personer 75 år och däröver boende i det egna hemmet att den yngsta åldersgruppen hade en högre livstillfredsställelse (medelvärde 17,1; SD 5,6; median 18) jämfört med dem 75 år och däröver (medelvärde 16,4; SD 5,5; median 17) (Morgan *et al.* 1987). Resultat från Morgans studie har använts som jämförelsevärde när instrumentet Life Satisfaction Index Z (LSIZ) används (Baiyewu & Jegede 1992, Bowling 1997). I en studie med 355 män och 590 kvinnor över 60 år i Nigeria var medelvärdet LSIZ 18,26 i hela urvalet, 18,04 för dem mellan 60 och 74 och 18,15 för dem 75 år och däröver. Livstillfredsställelse skiljde således mellan äldre i olika åldersgrupper. Analysen omfattade emellertid inte äldre med nedsatt funktionsförmåga.

Tidigare forskning om äldres livstillfredsställelse har främst fokuserat friska äldre. I en longitudinell studie med 554 äldre från Hong Kong (70+) och där LSIA användes som utfallsvariabel för att bestämma faktorer av betydelse för livstillfredsställelse fann man att lägre ålder, mindre ekonomisk belastning, ett bra socialt nätverk, färre hälsoproblem och högre utbildning var förenat med en högre livstillfredsställelse (LSIA) tre år efter första mätningen (1992 och 1995) För både män (11,75 respektive 11,56) och kvinnor (9,96 respektive 9,59) var livstillfredsställelsen lägre efter tre år. Män rapporterade en högre livstillfredsställelse än kvinnor (Chou & Chi 1999). Även Ferring *et al.* (2004) och Zhang och Leung (2002) fann att män hade högre livstillfredsställelse än kvinnor. Det finns emellertid studier som rapporterar en högre livstillfredsställelse bland kvinnor än män (Baiyewu & Jegede 1992). I en annan studie där livstillfredsställelse undersöktes (*Hur tillfredsställd är Du med Ditt liv?* med gradering 1-10) hos äldre från Hong Kong (70+) fann man att följande faktorer var relaterade till livstillfredsställelse över 6 på skalan: högre socialklass och utbildning, tillräcklig ekonomi i förhållande till behov, bra boende, att vara religiös, socialt nätverk, delta i sociala aktiviteter, vara oberoende av andra, ha god hälsa, bra hörsel och syn, att dagligen delta i fysisk aktivitet och att ha låga poäng på depressionsskalan. I den multipla logistiska regressionsanalysen fann man att tillgång till två eller fler anhöriga och högre utbildning var positivt associerat till livstillfredsställelse, medan otillräcklig ekonomi, att inte delta i religiösa aktiviteter och höga poäng på depressionsskalan var negativt associerade till livstillfredsställelse. Således hade sociala faktorer såsom att ha tillgång till stöd från anhöriga och tillräcklig ekonomi i

förhållande till behov lika stor betydelse som hälsofaktorer för att förklara livstillfredsställelse (Ho *et al.* 1995).

Livstillfredsställelse (LSIZ) har också undersökts i ett afrikanskt urval med 945 friska äldre över 60 år. Man fann att faktorer såsom hälsa, ensamhet, att vara kvinna och bostadssort var signifikant relaterade till livstillfredsställelse, medan sociala kontakter, civilstånd, avstånd till barn och hur ofta man träffade vänner inte hade någon betydelse (Baiyewu & Jegede 1992). Benyamini *et al.* (2004) fann i en studie med 850 äldre (medelålder 73 år boende i ett gemensamhetsboende för äldre) att självskattad hälsa, självskattad tandhälsa och att vara man var positivt associerat till livstillfredsställelse, medan nedsatt funktionsförmåga var negativt associerad till livstillfredsställelse. I en svensk studie som omfattade 2 553 personer mellan 18 och 64 år visade det sig att 70 % var tillfredsställda med sina liv. Livstillfredsställelse definierades som i hur hög grad varje enskild person hade förmåga att nå sina mål. Vid en faktoranalys framkom att fyra faktorer bestående av förtrolighet (tillfredsställelse med sexliv, relation och familjeliv), hälsa (tillfredsställelse med ADL, fysisk hälsa, mental hälsa), fritid (tillfredsställelse med fritid, kontakt med vänner och umgängeskrets) och försörjning (tillfredsställelse med arbetssituationen och ekonomi) förklarade 70 % av variationen. I regressionsanalysen framkom att mental hälsa, relation till sin partner, arbetssituation, fritid, familjeliv, ekonomi och sexliv var associerat till livstillfredsställelse (Melin 2003).

Äldres liv kan förväntas förändras när sjukdomar och nedsatt funktionsförmåga debuterar (Janlöv *et al.* 2005) och det kan ha betydelse för upplevelse av livstillfredsställelse. Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga har inte studerats i ovanstående studier. Sådan kunskap skulle komplettera nuvarande kunskapsläge om livstillfredsställelse.

Livstillfredsställelse i olika länder

Livstillfredsställelse har visat sig skilja mellan länder och mellan etniska grupper (Diener *et al.* 2003). Diener *et al.* (2003) redovisade i en översiktsartikel att det inte fanns några kulturella skillnader i välbefinnande när det gällde tillfredsställelse med vänner och familj, medan det fanns skillnader i livstillfredsställelse i relation till personlighet mellan länder. Det visade sig att skillnaderna var större mellan högt utvecklade industriländer exempelvis Finland och Kanada jämfört med mindre utvecklande länder såsom Kamerun och Indien. I en studie baserad på data från Eurobarometer mellan åren 1991 till 2000 redovisades också skillnader i livstillfredsställelse mellan länder. Högst livstillfredsställelse rapporterades av respondenterna från Danmark och Sverige och lägst från respondenterna från södra Europa med länder såsom Grekland, Italien och Portugal (Christoph & Noll 2003). Även D'Andrea (1998) har funnit att personer i medelhavsländerna rapporterade en lägre livstillfredsställelse. I en rapport av Delhey (2004) med ett blandat åldersurval (18+), där livstillfredsställelse definierades som en positiv eller negativ värdering av livet utifrån tillgångar (having) (ekonomiska resurser, inkomst och boendestandard), socialt nätverk (loving) (sociala relationer med familj, vänner och grannar), ”vara någon”

(being) (integrering i samhället, karriär) och att leva med god hälsa (health) (leva utan fysiska begränsningar). Jämförelsen gjordes mellan länderna i Europa. EU:s indelningar har använts. EU-15, dvs. de 15 medlemsländerna, (Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Holland, Irland, Italien, Luxemburg, Portugal, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tyskland, och Österrike), ACC-13 (Bulgarien, Cypern, Estland, Litauen, Malta, Polen, Tjeckiska republiken, Rumänien, Slovakien Turkiet) och Ungern AC-10 (länderna i ACC-13 förutom Bulgarien, Rumänien och Turkiet) samt EU-25 = EU-15+AC-10. Målet med studien var att beskriva skillnader i faktorer av betydelse för livstillfredsställelse mellan länderna. Studien visade att det mest betydelsefulla för livstillfredsställelse i de europeiska länderna var att ha ett arbete (AC-10 95 %, ACC-13 97 %, EU-15 90 % och EU-25 91 %), en bra bostad AC-10 (84 %, ACC-13 88 %, EU-15 90 % och EU-25 89 %) och att leva tillsammans med en partner (AC-10 84 %, ACC-13 90 %, EU-15 79 %, EU-25 80 %). Studien visade vidare att majoriteten angav att en bra utbildning (79-85 %), tillräcklig med fritid (74-84 %) och att känna sig behövd av andra (75-82 %) var förutsättningar för hög livstillfredsställelse. Studien riktade sig emellertid främst till yngre där utbildning, karriär, familj och barn står i fokus. Med ökad ålder (65+) ökade barns, vänners och grannars betydelse för livstillfredsställelse i samtliga länder i Europa. Betydelse av ett bra arbete och bra bostad var emellertid lika viktigt för yngre (under 25 år) som för äldre personer i EU 15. Studien visade att danskar, holländare, luxemburgare och österrikare, tillsammans med irländare och svenskar var de som var mest tillfredsställda med sina liv. Minst tillfredsställda var greker, portugiser och italienare. I regressionsanalysen framkom att ekonomi, hälsa, familjeliv och socialt liv hade starkast inverkan på människors liv (Delhey 2004). Delheys studie visar på både skillnader och likheter i livstillfredsställelse mellan länderna. Den har emellertid främst fokuserat yngre personer som kan förväntas ha andra värderingar i livet än äldre. För att nyansera kunskapen om livstillfredsställelse behövs bland annat forskning riktad mot äldre och friska kontra funktionsnedsatta i olika läder, och med särskilt fokus på vilka faktorer som påverkar deras livstillfredsställelse.

Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga

Endast i ett fåtal studier har livstillfredsställelse studerats hos personer med nedsatt funktionsförmåga och det trots att nedsatt funktionsförmåga tycks förändra upplevelsen av livet och tycks leda till lägre livstillfredsställelse (Geis & Klein 1989, Melin 2003, Stock & Okun 1982). Stock och Okun (1982) undersökte 233 friska och 93 funktionsnedsatta personer mellan 60 och 98 år och använde en modifierad version av LSIZ (5-gradig skala istället för 3-gradig). Den grupp som var funktionsnedsatt hade en lägre livstillfredsställelse (medelvärde 43,59) jämfört med den friska (medelvärde 46,84). Geis & Klein (1989) visade i sin studie omfattande 36 äldre (medelålder 78,9 år) boende i pensionärslägenhet med tillgång till matdistribution och hemtjänst, att de som hade upplevt flera negativa händelser i livet skattade en lägre livstillfredsställelse. Betydelsen av nedsatt funktionsförmåga i relation till livskvalitet har studerats i en studie med 97 personer över 60 år, inlagda på en medicinsk rehabiliteringsavdelning. Studien visade att god funktionsförmåga var den starkaste prediktorn för livskvalitet (QoL) (Osberg *et al.* 1987). QoL definierades i den studien

som nuvarande livstillfredsställelse, värdering av hälsa, tillfredsställelse med vänner och finansiell situation. Som oberoende variabler användes inkomst, ålder, civilstånd, funktionsförmåga samt sex variabler om aktuella sociala aktiviteter såsom att tala i telefon, deltagande i föreningsverksamhet etc. Livstillfredsställelse användes som en dimension av livskvalitet. I en dansk populationsbaserad studie med 187 sköra äldre över 85 år (definierade som en person som var trött och behövde hjälp med en av följande aktiviteter: transport, gånghjälp inomhus, ta sig ut, gå utomhus i vackert väder, gå utom hus i dåligt väder eller att gå i trappor) visade det sig att de äldre upplevde livstillfredsställelse när de var sysselsatta som vanligt, hade vänner, hade förmåga att själva hantera sitt liv, inte bodde ensamma och inte hade förlorat någon nära vän på sista tiden. Behov av hemhjälp och boende på institution visade sig vara negativt associerat med livstillfredsställelse (Johannesen *et al.* 2004). Även en annan studie med 276 äldre (medelålder 76,6 år) visade att beroende av hjälp från andra upplevs negativt och att den känslan ökade med antalet aktiviteter som de inte kunde utföra själva (Newsom & Schulz 1998). Det har också visat sig att vara beroende av hjälp medför en lägre livskvalitet hos äldre över 75 år (Borglin 2005, Hellström & Hallberg 2001). Hellström *et al* . (2004) fann också att faktorer som att inte kunna vara själv längre stunder, trötthet, nedstämdhet och ensamhet var relaterade till låg livskvalitet hos äldre över 75 år med hjälp. Bland äldre som inte behövde hjälp med ADL hade faktorer som antal sjukdomar, magbesvär och sömnproblem starkare samband med låg livskvalitet. Borglin (2005) visade att äldre (75+) med hjälp hade både en lägre generell livskvalitet och lägre hälsorelaterad livskvalitet. Tidigare forskning tyder på att framförallt hälsofaktorer och sociala faktorer medför lägre livskvalitet/livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga. Med hänsyn till vad som är känt om livskvalitet/välbefinnande/livstillfredsställelse hos friska äldre finns det anledning att även undersöka inverkan av personlighet och ekonomi hos äldre med nedsatt funktionsförmåga.

Livstillfredsställelse hos informella vårdare

Förändringen från ett oberoende liv till att bli informell vårdare kan vara både positivt (Lundh 1999, Walker *et al.* 1995) och negativt för livstillfredsställelsen (Blieszner & Alley 1990, Walker *et al.* 1995). I en studie av Grant och Nolan (1993) med 522 informella vårdare (analyserad med innehållsanalys) framkom att 17 % upplevde uppskattning från den de vårdade och 7 % upplevde en ökad samhörighet med den de vårdade. Tidigare forskning har emellertid också visat på negativa faktorer för informella vårdare. Lees (2001) studerade 140 informella vårdare 60+ och visade att deras livstillfredsställelse i medeltal var 15,52 SD 5,8 (undersökt med LSIZ). Högre inkomst, högre utbildning, mindre känslomässig inlevelse och positiv upplevelse av vårdsituationen predicerade högre livstillfredsställelse. Hoyert och Seltzer (1992) fann i en studie med 5 900 icke vårdare, 358 döttrar som vårdade sin moder, 122 makar som vårdade sin make och 125 mödrar som vårdade sina sjuka barn att kvinnor som gav vård tillbringade mer tid inomhus med hushållssysslor, i mindre utsträckning arbetade utanför hemmet, planerade sitt liv i större utsträckning, hade sämre hälsa, var mindre tillfredsställda med sig själva och var mer deprimerade än de som inte vårdade. Även bundenhet, försämrad relation mellan vårdaren och den vårdade och sämre hälsa hos

den som vårdar har visat sig vara negativa konsekvenser av att vårda (Blieszner & Alley 1990). I en studie med 256 informella vårdare över 70 år visade det sig att 11 % hade minskat kontakten med sina vänner, 13 % rapporterade oro, 12 % angav överansträngning och 6 % upplevde att vårdandet var outhärdligt (Jones & Vetter 1984). Att vårda någon tycks också öka risken att dö i förtid (Schulz & Beach 1999). I en studie med 30 personer med Parkinsons sjukdom och deras vårdare (medelålder 49,5 år, 17 makor, 7 makar, 4 barn, 1 bror, 1 syster) fann man att orsaker som bidrog till lägre livskvalitet var svårigheter att arbeta, att inte kunna åka på utflykter och semester, svårigheter att sköta hushållet, att känna sig anklagad av den de vårdade, känslan av att tiden aldrig räcker till och svårigheter att umgås med barn och make/maka (Glozman 2004). Llacer *et al.* (2002) fann i en studie med 195 informella vårdare till äldre över 65 år att informella vårdare som var äkta makar hade en lägre nivå av välbefinnande, fler fysiska besvär, sämre självupplevd hälsa och högre grad av depression än vårdande barn. Vårdande barn upplevde emellertid högre psykisk påfrestning. Wallhagen (1992) studerade hur krav i vårdandet var relaterat till livstillfredsställelse bland 60 äldre informella vårdare. Hon fann att utförandet av personlig omvårdnad (PADL) var i högre utsträckning associerat till lägre livstillfredsställelse än utförandet av instrumentella dagliga aktiviteter (IADL). De som upplevde att vårdandet kändes tungt hade också mer depressiva symtom. I en spansk studie med 240 informella vårdare var de vanligaste hälsoproblemen: ont i ryggen (73 %), trötthet (72 %), insomningsproblem (65 %) och oro (72 %) (Roca Roger *et al.* 2000). Tidigare forskning visar på främst negativa effekter av informell vård. Det är troligt att informell vård kommer att fortsätta att öka. Kunskap om vilka faktorer som bidrar till livstillfredsställelse och på vilket sätt informella vårdare önskar bli stöttade är därmed angelägen.

Faktorer av betydelse för livstillfredsställelse

Tidigare forskning har visat att hälsa, funktionsförmåga socialt nätverk och ekonomi har betydelse för livstillfredsställelse. I denna avhandling kommer fysisk hälsa, funktionell förmåga, mental hälsa, självkänsla samt sociala och materiella resurser att beskrivas i relation till friska och funktionsnedsatta äldre samt informella vårdare.

Fysisk hälsa och funktionell förmåga

Självskattad hälsa har i tidigare forskning visats vara relaterad till livstillfredsställelse (Benyamini *et al.* 2004, Ho *et al.* 1995). Det har även visat sig att betydelsen av fysisk hälsa ökar med ökad ålder (Motel-Klingebiel *et al.* 2004) troligtvis som en följd av att hälsan blir sämre med ökad ålder (Persson *et al.* 2001). Det tycks också finnas en ojämlikhet i hälsa mellan könen, eftersom forskning har visat att kvinnorna rapporterar sämre hälsa än männen (Ferring *et al.* 2004, Thorslund *et al.* 2004). Hälsa liksom välbefinnande och livskvalitet är ett flerdimensionellt begrepp som kan ha olika betydelse för olika människor (Naidoo & Wills 1996, Tamm 1996). Världshälso-organisationen (WHO) definierade hälsa som ”*hälsa är till den omfattning en individ eller grupp har förmåga att å ena sidan förverkliga längtan och säkra behoven och å*

andra sidan att ändra och klara den miljö man lever i. Hälsa ska därför ses som en resurs för det dagliga livet, och inte bara som ett sätt att leva. Det är ett positivt begrepp med särskild tonvikt på sociala och personliga resurser, såväl som fysisk förmåga" (WHO 1984). I forskning undersöks hälsa oftast genom en enskild fråga, där respondenterna ombeds skatta sin allmänna hälsa på en fyrgradig skala från utmärkt till dålig (Krause & Jay 1994).

Tidigare forskning har visat att hälsan inte bara skiljer mellan män och kvinnor och yngre och äldre utan även mellan boende i olika länder. Det ser därför ut som att levnadsförhållanden, olika sociala strukturer och ekonomiska förutsättningar skulle kunna bidra till upplevelsen av hälsa. I en studie med 4 929 personer mellan 16 och 90 år från Storbritannien, Tyskland, Holland, Frankrike, Spanien, Italien, Sverige och Schweiz visade det sig att respondenterna från Holland rapporterade bäst hälsa och Italien sämst. Italien hade tillsammans med Spanien fler respondenter med nedsatt funktionsförmåga (Buck *et al.* 2000). I ESAW-studien rapporterade respondenterna från Holland (medelvärde 1,86) och Storbritannien (medelvärde 1,83) bäst hälsa, följt av Sverige (medelvärde 1,75), Luxemburg (medelvärde 1,69), Österrike (medelvärde 1,68) och Italien (medelvärde 1,56) (Ferring *et al.* 2004). Krause och Jay (1994) fann i en intervjustudie med 192 män och kvinnor i åldern 14-92 år (medelålder 38,3 år) att förekomst av hälsoproblem (25 %) och frånvaro av hälsoproblem (22 %) var de vanligast förekommande beskrivningarna av hälsa. Andra betydelsefulla faktorer för upplevelse av hälsa var fysisk förmåga (10 %), allmänt fysiskt tillstånd (10 %), ork (3 %), ett positivt hälsobeteende (bra mat, motion) (13 %), negativt hälsobeteenden (snabbmat, ingen motion) (11 %) och mental hälsa (1 %). Studien visade vidare att hälsoproblem såsom sjukdomar var viktigare för äldre (60+) än för yngre (14-24 år). På samma sätt var hälsobeteende (dvs. faktorer som bidrog till en bättre hälsa t.ex. motion, matvanor etc.) viktigare för yngre än för dem över 60 år. Vidare fann Hillerås (2000) i en studie med äldre 90+ att frånvaro av sjukdom, bra syn och hörsel, god tandstatus och funktionsförmåga var viktigt i deras beskrivning av hälsa. Thorslund (2004) undersökte äldres hälsa utifrån funktionsförmåga (både egenskattad funktionsförmåga och objektivt bedömt funktionstest), besvär i form av värk, cirkulationsbesvär och andningsfunktion. Studien visade att andelen äldre med nedsatt funktionsförmåga hade ökat mellan åren 1992 till 2002. Det var främst bland männen som förändring i självskattad hälsa hade skett. En tredjedel av männen i åldrarna 80-84 år skattade dålig hälsa år 1992 och andelen hade ökat till 50 % 2002. Bland de allra äldsta 85+ hade inga större förändringar skett bland vare sig män eller kvinnor. Fysiska besvär och ohälsa tycks bidra till lägre livstillfredsställelse (Hellström *et al.* 2004) och kortare livslängd (Ljungquist & Sundström 1996). Mycket tyder emellertid på att fysisk aktivitet skulle kunna bidra till bättre hälsa (Leinonen *et al.* 1999) och bättre funktionsförmåga. Fujita *et al.* (2003) fann t.ex. i en interventionsstudie med 62 äldre mellan 60 och 81 år (medelålder 67,1 år) att fysisk träning ökade deras funktionsförmåga. Fysisk aktivitet tycks även förhindra uppkomsten av kroniska sjukdomar som hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck, övervikt, benskörhet, diabetes och depression (Rieu 1995). Preventivt arbete kan vara ett sätt att förbättra äldres hälsa och funktionsförmåga (Haastregt *et al.* 2000). Preventivt arbete indelas i olika grader beroende på syftet med preventionen: *Primär prevention:* Här avses åtgärder som helt

syftar till att förebygga att sjukdom eller skada uppkommer, t.ex. kost och motion. *Sekundär prevention:* Här avses åtgärder som syftar till att tidigt upptäcka ej ännu symtomgivande sjukdomar eller besvär, t.ex. förebyggande undersökningar eller hembesök. *Tertiär prevention:* Här avses åtgärder som syftar till att minska risken för fortskridande av redan uppkomna besvär, t.ex. träning för att förhindra försämring av rörelseförmågan (Akner 2004). Fysisk aktivitet har huvudsakligen studerats med intentionen att förhindra en försämrad funktionsförmåga och att rehabilitera en redan uppkommen nedsatt funktionsförmåga (Buchner *et al.* 1992). Buchner anser emellertid att det saknas kunskap om betydelsen av regelbunden fysisk aktivitet för äldres livskvalitet.

Försämrad hälsa och hälsoproblem är ofta undersökt med avseende på personernas funktionsförmåga (ADL förmåga) (Ho *et al.* 1995, Lee & Shinkai 2003). Funktionell förmåga är ett flerdimensionellt begrepp som vanligen innefattar både fysiska, psykologiska och sociala komponenter (Fillenbaum 1984). Hos äldre såväl som hos yngre är en god funktionell förmåga associerat med en högre grad av oberoende (Gill *et al.* 1997). Enligt WHO (2002) anses en god funktionell förmåga ingå i att ha hälsa. Det dagliga livets aktiviteter indelas vanligtvis i instrumentella (IADL) och personliga aktiviteter (PADL). IADL omfattar aktiviteter som att kunna städa, handla mat och kläder, att kunna ta sig till platser som inte ligger på gångavstånd, dela upp och ta medicin osv. PADL, ibland även benämnt fysiska aktiviteter, omfattar aktiviteter som att äta, klä på sig, duscha, gå osv. Fillenbaum (1985) utvecklade ett instrument för att bedöma IADL och PADL som bygger på Lawtons ADL-instrument. Bedömning av ADL-funktioner är hierarkiskt uppbyggd, dvs. det finns ett samband mellan IADL och PADL som innebär att en person som har nedsatt funktionsförmåga i PADL-aktiviteter också har nedsatt funktionsförmåga i IADL-aktiviteter. Däremot innebär inte nedsatt funktionsförmåga i IADL också en nedsättning i PADL (Pearson 2000). Indelning av funktionsförmåga i olika grader ger möjligheter att studera hur olika grader av nedsatt i funktionsförmåga inverkar på livstillfredsställelsen.

Betydelsen av nedsatt funktionsförmåga har studerats i en jämförande studie med 345 personer utan demenssjukdom (medelålder 84 år), 98 personer med kognitiv nedsättning (medelålder 83,9) och 225 personer med demenssjukdom (medelålder av 85 år). Personer med kognitiv nedsättning och personer med demenssjukdom hade en högre prevalens av funktionsnedsättning i såväl IADL som PADL (Agüero-Torres *et al.* 2002). Studien visade vidare att personer utan demenssjukdom hade en signifikant högre utbildningsnivå och färre somatiska sjukdomar än de kognitivt nedsatta och personer med demenssjukdom. Personer utan demenssjukdom var nedsatta i åtminstone en PADL aktivitet i 24,1 % av fallen jämfört med 57,1 % hos dem som var kognitivt nedsatta och 77,6 % hos personerna med demenssjukdom. Fler var nedsatta i IADL-aktiviteter än PADL-aktiviteter. Hos dem utan demenssjukdom var 68 % nedsatta i IADL-aktiviteter jämfört med 97,1 % hos dem med demenssjukdom (Agüero-Torres *et al.* 2002). Demenssjukdom var således en vanlig orsak till nedsatt funktionsförmåga, vilket också bekräftas av den forskning som bedrivits i Sverige (Almberg *et al.* 1997, Annerstedt *et al.* 2000). Internationell forskning har emellertid visat att allmän svaghet beroende på hög ålder var den vanligaste orsaken till behov av

hjälp med dagliga livets aktiviteter (24 %), följt av hjärt-kärlsjukdomar (19 %), förslitningar i armar och ben (15 %) och av demenssjukdom (12 %) (Schofield *et al.* 1998). Kivinen *et al.* (1998) fann i en studie med 463 äldre män (medelålder 76,5 år) att de vanligaste sjukdomarna som var relaterade till nedsatt funktionsförmåga var depression 65 %, hjärtsjukdomar 45 %, demenssjukdom 45 %, dålig syn 42 % och claudicatio intermittens 36 %. Kivinen fann vidare att funktionsförmågan försämrades med ålder och hos dem mellan 80 och 89 år hade 24 % en nedsatt funktionsförmåga jämfört med 9 % hos dem mellan 70 och 74 år (Kivinen *et al.* 1998). I en studie omfattande 4004 äldre, 70-94 år, från sex olika länder i Europa (Sverige, Finland, Storbritannien, Irland, Kroatien och Spanien) fann man att 26 % av respondenterna hade måttligt nedsatt funktionsförmåga och 9 % hade i hög grad nedsatt funktionsförmåga. Kvinnorna (10 %) hade i signifikant högre utsträckning nedsatt funktionsförmåga jämfört med män (7 %). Det visade sig också att de som bodde tillsammans med sin make/maka eller motsvarande hade i signifikant högre utsträckning nedsatt funktionsförmågan än de som bodde ensamma (Heslin *et al.* 2001). Således tycks vissa sjukdomar oftare förekomma hos dem med nedsatt funktionsförmåga än hos dem med intakt sådan. Ur rehabiliteringssynvinkel är sådan kunskap viktig.

Mental hälsa och självkänsla

Tidigare forskning har visat att dålig mental hälsa ökar risken för låg livstillfredsställelse (Cummings 2002) och behov av hjälp med ADL (Bowling & Grundy 1997). I en jämförande studie mellan fem europeiska länder (Norge, England, Tyskland, Spanien och Israel) fann man att upplevelsen av mental hälsa var sämre hos dem över 75 år jämfört med dem i åldrarna 25-49 år och 50-74 år. Sämst mental hälsa rapporterade respondenterna från Spanien vilket gällde alla tre åldersgrupperna (medelvärde 3,77-3,21). Bäst mental hälsa rapporterade respondenterna från Tyskland (medelvärde 4,14-3,82) (Motel-Klingebiel et al. 2004). En hög självkänsla kan vara avgörande för hur en person klarar utmaningar och motgångar i livet. Det har visat sig vara en viktig faktor av betydelse för äldre människors livskvalitet (Sarvimaki & Stenbock-Hult 2000). Med självkänsla avses en persons resurser och det kan i den meningen ses som en del i personligheten. Självkänsla kan definieras som den positiva eller negativa objektiva evalueringen av jaget. Positiv evaluering innebär en hög självkänsla och negativ således en låg självkänsla. Hög självkänsla hos yngre personer har visat sig samvariera med säkerhet, oberoende, kreativitet och kapacitet för att finna lösningar på problem jämfört med dem med låg självkänsla (Pervin & John 1996). Eftersom självkänsla kan ses som en dimension av personligheten (Blascovich & Tomaka 1991) har självkänsla använts som en bakgrundsvariabel i tolkning av resultat i tvärkulturella studier (van de Vijver & Leung 1997).

Upplevd självkänsla har i tidigare studier använts för att mäta en dimension av livskvalitet (Sarvimaki & Stenbock-Hult 2000). I deras studie med 300 äldre 75+ i Finland fann man att självkänsla hade samband med objektiv hälsa, subjektiv hälsa, ADL-förmåga och socialt nätverk. I regressionsanalysen visade det sig att självkänsla bäst förklarades av tillgång till nätverk utanför den egna familjen, dvs. grannar och

vänner samt biologiska förändringar i hjärnan. Vänners större betydelse för självkänslan än familjens bekräftades också av Diener och Diener (1995) som fann att tillfredsställelse med vänner var den starkaste prediktorn för självkänsla följt av familjen. I en jämförande studie med äldre 64-92 år från norra Italien (boende i egna hemmet och särskilt boende) visade det sig att äldre boende i särskilt boende hade signifikant lägre självkänsla (medelvärde 26,28) jämfört med dem som bodde i eget boende (medelvärde 29,38) (Antonelli *et al.* 2000). Mental hälsa och självkänsla tycks således vara avgörande i vad mån äldre kan leva ett oberoende liv i samhället. Huruvida självkänsla även förklarar nedsatt livstillfredsställelse hos dem med nedsatt funktionsförmåga behöver ytterligare belysning.

Sociala resurser

Betydelsen av socialt nätverk, stöd och integrering har fått ökad uppmärksamhet i studier om äldres livstillfredsställelse (Antonucci *et al.* 1996). Resultaten har emellertid varit skiftande, troligtvis till följd av att forskning har bedrivits utan teoretisk förankring, men även för att social support kan ha en mildrande effekt för äldres livstillfredsställelse och det kan då vara svårt att fastslå den direkta betydelsen av socialt nätverk och support (Cohen & Syme 1985). Socialt nätverk definieras som en individs sociala relationer. I socialt nätverk ingår den objektiva bilden av hur många kontakter en individ har, hur täta dessa är samt ålder och kön. Social support beskriver de resurser i form av stöd och service som finns i individens sociala nätverk. Ett starkt socialt stöd innebär att individen känner att den får det stöd och den service som behövs. Social integration innebär att individen känner att den är väl integrerad i en grupp, organisation eller i samhället (Antonucci *et al.* 1996). Cohen och Syme (1985) utgår från att socialt stöd kan ha en direkt effekt på hälsan och välbefinnandet genom att bara vetskapen att det finns någon som är villig att hjälpa till bidrar till en positiv livssyn, höjer självkänslan, ger en stabilitet och en känsla av kontroll över situationen. Känslan av att tillhöra ett socialt nätverk skulle också kunna bidra till att öka handlingsförmågan i svåra situationer samt bidra till stabilitet och kontroll i livet, eftersom det ger förutsättningar för ett organiserat återkommande umgänge med andra. Cohen och Syme ansåg vidare att utbyte av erfarenheter och vägledning från andra kan bidra till att minska effekterna av stressande faktorer, som annars skulle ha ökat risken för både psykologiska och fysiska sjukdomar. Socialt stöd ger enligt författarna ett skydd mot de negativa effekterna av stress för de äldre. Stöd kan fungera som en mellanhand mellan det som anses stressande och upplevelsen av stress genom att dämpa eller förhindra effekten av den stressande situationen. Support kan vidare minska upplevelsen av stress och uppkomsten av psykiska problem genom att direkt påverka de händelser som bidrar till stress och psykiska problem (Cohen & Syme 1985).

Förändrad familjestruktur kan få betydelse för äldres sociala stöd. Andelen ensamhushåll ökar även om majoriteten av äldre (65+) bor tillsammans med någon, och det vanligaste är att bo tillsammans med en make/maka (Kinsella & Velkoff 2001). Sverige beräknas ha 62 % ensamhushåll 2010 och det kan jämföras med Luxemburg 38 %, Italien 39 %, Österrike 43 %, Holland 44 % och Storbritannien

50 % (Walker 2005). Det blir allt vanligare att bo längre ifrån sina föräldrar och syskon även om det finns stora skillnader mellan olika länder. Det är t.ex. vanligare att bo nära sina föräldrar i Italien jämfört med länderna i norra Europa (Wenger 1997). År 2004 bodde 7 % av befolkningen 65+ i särskilt boende och antalet platser har minskat med 10 % mellan åren 2000 och 2004 (Socialstyrelsen 2004). Behovet av socialt nätverk och stöd ökar när hjälp med IADL och PADL behövs (McCamish-Svensson *et al.* 1999). Det huvudsakliga stödet till äldre kommer från make/maka (Parker 1992, Wenger 1997). Hög ålder ökar risken för ett sämre socialt nätverk (Walker 2005). Bowling och Grundy (1997) fann i en uppföljningsstudie med äldre i London att de allra äldsta (85+) hade tillgång till färre personer jämfört med de yngre. Vid uppföljningen tre år efter baseline visade det sig att 14 % inte hade tillgång till någon person som de kände och som kunde hjälpa dem med aktiviteter som de inte själva kunde utföra. Kvaliteten i äldres sociala nätverk och stöd tycks vara skiftande. I en studie med 57 äldre (65-100 år) med behov av hjälp uppgav de flesta att de var ganska nöjda med både vänner, sociala kontakter och sin nuvarande livssituation och de flesta upplevde också att de kände sig trygga (Cummings 2002). Cummings (2002) fann visserligen att 15 % hade ett svagt socialt stöd och att kvinnor hade ett sämre socialt stöd än män, troligtvis som en följd av en högre andel ensamboende (Kinsella & Velkoff 2001). Resultat från ESAW-studien med 12 478 personer mellan 50 och 89 år visade att det fanns skillnader mellan olika länder huruvida det var familjen eller vännerna som betydde mest för tillfredsställelsen. Urvalet från Storbritannien upplevde högst tillfredsställelse med familjerelationer (medelvärde 4,60) och Österrike rapporterade lägst tillfredsställelse med familjerelationer (medelvärde 4,25). Storbritannien rapporterade också den högsta tillfredsställelsen med vänner (medelvärde 4,61), medan urvalet från Sverige rapporterade lägst tillfredsställelse (medelvärde 4,12). Sammantaget var 90 % antingen tillfredsställda eller i högsta grad tillfredsställda med familj respektive vänskapsrelationer. I urvalen från Sverige, Italien och Luxemburg visade det sig att tillfredsställelse med familjerelationer skattades högre än tillfredsställelse med vänskapsrelationer. I urvalen i Holland och Storbritannien skattades vänskapsrelationer högre än familjerelationer (Ferring *et al.* 2004). Sådana skillnader kan ha betydelse även i relation till socialt stöd, vilket kan innebära att de äldre förväntas få stöd från familjen eller vännerna. Analysen omfattade emellertid inte dem med olika grad av nedsatt funktionsförmåga.

Ensamhet är ett fenomen som hänger samman med upplevelsen av det sociala nätverket och som visat sig vara betydelsefullt för människors hälsa, men även för upplevelsen av livskvalitet (Karnick 2005). Ensamhet som fenomen är både en upplevelse och en känsla eller känslostämning (Gibson 2000). Gibson (2000) beskriver fyra typer av ensamhet, ursprungligen från filosofens Rubin Goteskys sätt att se på ensamhet, varav tre kan vara betydelsefulla för äldre. Han ansåg att äldre kan antingen ha en känsla av att känna sig utanför gemenskapen, ha en känsla av isolering eller ha en känsla av avskildhet som kan ses som en positiv ensamhet. Även Tornstam (1988) beskrev ensamhet bestående av olika dimensioner. På basis av en faktoranalys delades ensamhet in i ensamhetens intensitet/kvantitet, inre personlighetsmässig ensamhet och positiv ensamhet. Tornstam fann i en populationsstudie (n=2 795 personer mellan 15 och 80 år) att yngre upplevde en högre intensitet i ensamhet jämfört med de äldre. De

äldre upplevde i stället en högre grad av inre ensamhet. Intensiteten i ensamheten var även högre bland äldre efter 70 år, men den hade inte samma intensitet som bland dem mellan 20-29 år. Inre ensamhet kan vara svår att upptäcka och det kan således vara så att många äldre upplever en negativ ensamhet som leder till en lägre livstillfredsställelse. Upplevelsen av ensamhet kan också vara ett sätt att fånga personens upplevelse av sitt sociala sammanhang.

Materiella resurser

Tidigare forskning har visat att det finns stora skillnader i materiella resurser bland äldre och att dessa skillnader till stor del beror på heterogenitet bland äldre som grupp (Smeeding 1996). Materiella resurser omfattar bl.a. ekonomi, yrke och boende (Fillenbaum 1988). En studie i 10 europeiska länder omfattande cirka 1 000 intervjuer (19-77år) från varje land visade att äldre inte hade sämre ekonomiskt välbefinnande än yngre. De som var 74 år och däröver hade ett bättre ekonomiskt välbefinnande än de som var 37 år (Hayo & Seifert 2003). I en studie av Parker *et al.* (1999) fann man att sämre socioekonomisk status (yrkesbakgrund) var relaterad till medicinska besvär såsom ledvärk, cirkulationsproblem och dålig lungfunktion. Minst risk för att utveckla hälsoproblem hade de som inte utfört tungt kroppsarbete. I en retrospektiv studie med 10 932 avlidna (50+) visade det sig att högre socioekonomisk status (högre utbildning) var förenad med mindre nedsättning i funktionsförmåga, färre kroniska sjukdomar, färre sjukhusinläggningar och vårddagar och bättre livskvalitet under de sista åren i livet (Liaoo *et al.* 1999). Liknande resultat har beskrivits i en studie omfattande 14 107 män och 17 243 kvinnor från elva europeiska länder, där sämre hälsa var relaterat till lägre utbildningsnivå hos både män och kvinnor i samtliga länder (Huisman *et al.* 2003). Huisman ansåg att om äldres hälsa ska förbättras är det viktigt att både äldres materiella och sociala faktorer förbättras. En god syn, bra tänder och resurser för att finansiera behandling mot sjukdomar kan bidra till ett gott liv och det krävs därför en tillräckligt god ekonomi för att kompensera för de hälsoproblem som åldrandet medför.

Familjen i den informella vården

Rolland (1994) ansåg att hela familjen involveras när en person får en kronisk sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga. Han betonade vikten av att hela familjen görs delaktig i information och beslut som rör personen med nedsatt funktionsförmåga. När en familjemedlem blir sjuk är anpassningsförmågan en av de viktigaste faktorerna. Med det avses att kunna anpassa sig till de förändringar som sker. Rolland betonade vidare att alla familjemedlemmar medverkade till att hålla en balans inom familjen genom att vara följsamma och stötta den familjemedlem som var sjuk eller funktionshindrad. En god anpassningsförmåga handlade också om att kunna ta sig an de nya roller (maken kanske behöver ta huvudansvaret för hushållet om makan blir sjuk) som en familjemedlems sjukdom medför. Han betonade också vikten av sammanhållning inom familjen och förmågan att sätta gränser. Med det avsågs att det är lika viktigt att kunna hålla samman familjen som att också kunna sätta gränser så att inte någon känner sig bunden Detta medförde en rad problem, bl.a. blev familjemedlemmen överbeskyddande mot den sjuke som hindrades från att utveckla sina egna mål. För att

en familj ska förbli stark krävs flexibla och klara gränser för att bringa ordning i familjen och för att kunna mobilisera de krafter som krävs för att möta de förändringar som sjukdom och funktionsnedsättning inom familjen medför (Rolland 1994). Familj definierades av Friedemann (1995) som en grupp individer som påverkade varandra, och som var uppbyggd och organiserad runt en gemensam miljö, dvs. de hade någon gemensam beröringspunkt som mor barn, informell vårdare-vårdmottagare. Familj var således personer med ömsesidiga relationer och kan ha olika sammansättningar. Familjemedlemmar hade känslomässiga band och ansvar gentemot varandra. Friedemanns modell var inte styrd av att medlemmarna måste vara biologiskt relaterade till varandra, eller bo inom samma hushåll. Den inkluderar både dem som var biologiskt relaterade till varandra och dem som hade gemensamma göromål (Friedemann 1995). Det innebar att det som benämns närstående (utvidgad familj), t.ex. grannar eller vänner som har en betydande roll för den enskilda människan kan enligt Frideman räknas in i familjen. Informella vårdare var därmed likställda med vad Friedmann inbegriper i en familj och kan således vara en make/maka, barn, barnbarn, grannar, väninna eller någon annan person som hjälper någon med dagliga aktiviteter till följd av nedsatt hälsa.

Informell vård får ökad betydelse i vården av äldre (Johansson 1991). Den anses ha ökat från 60 % 1994 till 70 % 2000 (Sundström *et al.* 2002). Forskning från Sverige har visat att omkring 14-18 % av befolkningen över 75 år kontinuerligt hjälper någon med det dagliga livets aktiviteter (Ekwall *et al.* 2004). Piercy (1998) fann att det som kännetecknade fenomenet informell vårdare var ansvar. Hon fann vidare att den informelle vårdaren balanserade mellan ansvaret för den äldre personen som behövde hjälp och ansvaret för övriga familjen. Även om det är främst kvinnor som är informella vårdare (Blieszner & Alley 1990, Bond *et al.* 1999, Finley 1989) fann Finley (1989) att både män och kvinnor kände ansvar för att vårda, men att männen inte i lika stor utsträckning fullföljde sitt ansvar såsom kvinnorna gjorde. I en svensk studie Ekwall *et al* (2004) med 783 äldre informella vårdare (75+) användes en utvidgad definition av informell vårdare, vilket innebar även att den som anpassade sitt liv och fanns till hands om det behövdes betraktades som informell vårdare eller som person på väg in i en vårdande roll. Studien visade att det var fler män (58 %) än kvinnor (42 %) som vårdade enligt den vidare definitionen. Det vanligaste var att man ändrade sitt liv så att man fanns till hands om det inträffade något (51,9 %). Studien visade också att något fler kvinnor än män hjälpte till med PADL, medicinsk vård, och rehabiliterande insatser. Informell vård handlade inte enbart om att utföra IADL och PADL, som kan vara fysiskt betungande. Det handlade även om att känna ansvar för en annan människa, vilket kan vara psykiskt betungande.

Ensamhet tycks vara ett problem för informella vårdare. Beeson (2003) fann att den som vårdade en make/maka hade oftare en högre känsla av ensamhet än dem som inte vårdade någon. Det kan bero på att det minskar möjligheterna för att träffa släkt och vänner vilket studien visade (Jones & Vetter 1984). Det har emellertid också visats att informella vårdare har haft ett större socialt närverk än de som inte vårdade någon (Ekwall *et al.* 2005). Det kan tyda på ett ökat behov av stöd för informella vårdare. I en pilotstudie av Nicoll *et al.* (2002) visade det sig att tillgång till socialt nätverk var

av betydelse i samband med informella vårdares behov av avlösning, dvs. att vårdarna kände behov att umgås med någon annan medan den de vårdade vistades på avlastningsavdelning. I takt med ökade krav på insatser från närstående blir det viktigare att få fram kunskap om hur stöd bäst skall ges till dem som ger informell vård.

Ekonomin har även visat sig vara betydelsefull för informella vårdare (Walker *et al.* 1995). Vårdsituationen medför förändringar som minskar möjligheterna att arbeta (Schofield *et al.* 1998). I en kanadensisk studie med 25 informella vårdare med hög inkomst och 19 med låg inkomst visade det sig att de med låg inkomst kände sig mer maktlösa, mer ensamma och isolerade än de med hög inkomst. Vidare visade det sig att vårdare med låg inkomst kände sig i mindre grad tillfredsställda med själva vårdandet (7 %) jämfört med dem med hög inkomst (50 %) (Williams *et al.* 2003). I en engelsk studie med informella vårdare 45-64 år visade det sig att vård av barn eller sköra föräldrar kunde medföra sämre möjlighet till löneutveckling och sämre pension. Det var främst kvinnorna som valde att ändra sin arbetssituation för att kunna kombinera arbete och informell vård (Evandrou & Glaser 2004). Det finns således en risk för att ökad informell vård kan medföra en sämre materiell standard för informella vårdare.

Stöd för vårdandet

Utan stöd utifrån kan informella vårdare bli isolerade (Almberg *et al.* 1998, Grunfelt *et al.* 1997) och hindras från egen utveckling (Rolland 1994). Det stöd som erbjuds informella vårdare kan vara avlösning (Nicoll *et al.* 2002), dagvård (Jegermalm 2003) eller studiecirklar (Jansson *et al.* 1998). Kommunerna i Sverige har minskat möjligheterna till dagvård och rehabilitering för vårdbehövande äldre (Jegermalm 2003). Dagvård har främst setts som en möjlighet för den vårdbehövande att erbjudas träning, men i de fall den vårdbehövande har en informell vårdare kan dagvård också vara ett stöd och en avlastning för den informelle vårdaren. Jegermalm tolkar dagvård som ett indirekt stöd till informella vårdare, medan stödgrupper och ekonomiskt stöd tolkas som ett direkt stöd. Frivilligorganisationer erbjuder både direkt och indirekt stöd i form av stödgrupper och besökstjänst. Besökstjänst innebär att en person från frivilligorganisationer, t.ex. Röda Korset, kommer hem till den vårdbehövande för en pratstund, promenad eller hjälp med trädgårdsskötsel (Jegermalm 2003).

Steffens och Bergner (1995) fann i en intervjustudie med 80 informella vårdare att många kände sig oförberedda inför uppgiften, vilket resulterade i osäkerhet. Jansson *et al*. (1998) testade i en studie en modell, där informella vårdare till personer med demens träffade andra informella vårdare i studiecirklar. Studiecirklarna gav de informella vårdarna möjlighet till utbyte av erfarenheter. Genom att utbyta erfarenheter ökade deras kunskaper och förmågan att hantera situationen, vilket upplevdes som positivt av deltagarna. Steffens och Bergner (1995) fann också att stöd från professionella vårdgivare, bestående av direkt hjälp med personlig omvårdnad upplevdes som positivt. Ledigt viss del av ordinarie arbetstid, egen telefon och anpassat arbetsklimatet var andra förslag på stöd som prövats för att kunna kombinera

informell vård med arbete (Arksey 2002). Det viktigaste var emellertid en stödjande arbetsledning och förstående medarbetare (ibid.). En annan form för stöd till informella vårdare är avlösning. Avlösning kan organiseras utifrån olika modeller från avlösning i hemmet, dagvård till dygnet-runt-vård på en institution i upp till flera veckor (Nicoll *et al.* 2002). Avlösningsvård tycks inte alltid stämma överens med de informella vårdarnas krav och upplevdes som en förvaring istället för rehabilitering, vilket leder till att en del informella vårdare väljer att avstå från tjänsten (Socialstyrelsen 2002). Winslow (1997) visade i en fallstudie med en maka (76 år) som vårdade sin 81 år gamla make med demensjukdom, att det var ett svårt beslut första gången hon utnyttjade kommunens dagvård och avlösningsvård, men att lättnaden var stor när hon märkte att maken trivdes. Stödet från kommunen gav henne möjlighet att slappna av, göra de dagliga sysslorna i lugn och ro och att umgås med vänner.

Allt fler äldre lever med nedsatt funktionsförmåga i Sverige och i övriga Europa. För de äldre innebär nedsatt funktionsförmåga att de inte alltid själva kan utföra aktiviteter nödvändiga för det dagliga livet. Antingen behöver de hjälp från andra eller också tvingas de kanske att avstå från aktiviteter som de tidigare utfört själva. Detta kan leda till en lägre livstillfredsställelse. Det behövs emellertid kunskap om vilka faktorer som bidrar till livstillfredsställelse hos äldre, särskilt äldre med nedsatt funktionsförmåga. Sådan kunskap kan bidra till utvecklingen av interventioner och rehabilitering baserad på faktorer som är av betydelse för livstillfredsställelse. Kunskap om vilka faktorer som bidrar till livstillfredsställelse har betydelse för om äldre ska kunna leva ett så gott liv som möjligt genom livsloppet och kunna kompensera för dessa faktorer som bidrar till lägre livstillfredsställelse. Informell vård tycks öka och berör oftast äldre. Det behövs därför kunskap om informella vårdarnas livstillfredsställelse samt om vilka faktorer som bidrar till livstillfredsställelse hos dem. Det behövs även kunskap om vilka stödåtgärder som erhålles och vilka som efterfrågas för att kunna erbjuda relevant stöd.

SYFTE

Det övergripande syftet var att undersöka faktorer av betydelse för livstillfredsställelse hos äldre personer (60-89 år) med eller utan nedsatt funktionsförmåga i sex europeiska länder, samt livstillfredsställelse hos informella vårdare (50-89 år) i Sverige. Syftet var också att undersöka informella vårdares behov av stöd.

De specifika syftena var:

- att undersöka livstillfredsställelse hos äldre personer i Sverige (65-89 år) med nedsatt funktionsförmåga i relation till boende, ensamhet, funktionsförmåga, generell hälsa, deltagande i fysisk aktivitet och ekonomiska resurser (studie I),

- att undersöka livstillfredsställelse hos informella vårdare i Sverige (50-89 år) med hög respektive låg vårdinsats samt att jämföra dem med en grupp icke-vårdare (studie II),
- att undersöka behov, omfattning och vilken typ av stöd som informella vårdare önskar (studie II),
- att undersöka livstillfredsställelse hos äldre personer (65-89 år) med nedsatt funktionsförmåga – en jämförande studie mellan sex europeiska länder (studie III) samt
- att undersöka livstillfredsställelse hos äldre personer (60-89 år) i sex europeiska länder i relation till hälsoproblem, funktionsförmåga, självkänsla samt sociala och finansiella resurser (studie IV).

METOD

Design

Denna avhandlings delstudier är en del av ett större projekt ”Ageing well” som initierades av professor Barbara Hawkins vid University of Indiana och har sin grund i tidigare forskning om vilka faktorer som inverkar på åldrande (Baltes & Baltes 1990, Rowe & Kahn 1998, Rowe & Kahn 1987).

De ingående studierna har genomförts som tvärsnittsstudier och data har samlats med hjälp av ett frågeformulär (studie I-IV). Tvärsnittsstudier innebär att all data samlas in vid ett tillfälle (Polit & Hungler 1999). Fördelen med tvärsnittstudier är att möjligheten av att studera samband mellan olika variabler och grupper såsom män och kvinnor. Den största nackdelen är det går inte att följa förändringar över tid och därför är longitudinella studier att föredra vid forskning på äldre (Wadsworth 2002).

Studierna var beskrivande (studie I-IV) och jämförande (studie I-IV). I studie I jämfördes nivåer av livstillfredsställelse (LSIZ) för äldre med nedsatt funktionsförmåga. I studie II jämfördes informella vårdare med låg vårdinsats (utförde informell vård mindre än fyra tillfällen per vecka) och informella vårdare med hög vårdinsats (utförde vård mer än fyra tillfällen per vecka) samt en jämförelsegrupp. I studie III-IV jämfördes de sex ingående länderna med avseende på hälsa, självkänsla, sociala och ekonomiska resursers betydelse för livstillfredsställelse samt eventuella skillnader mellan urvalen från de olika länderna. I studie III jämfördes även nivåer av livstillfredsställelse (LSIZ) gällande demografiska, sociala och ekonomiska faktorer samt hälsofaktorer.

Urval

I Sverige hämtades urvalet från två län i södra Sverige via befolkningsregistret. Urvalet var avsett att om möjligt efterlikna Sverige i stort, avseende storstad, större

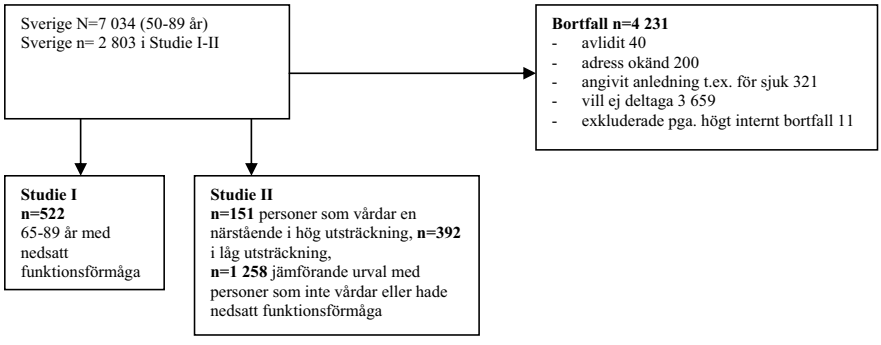
tätort, mindre tätort och landsbygd (Ferring *et al.* 2003). I Sverige inbjöds 7 034 personer att delta i studien och av dessa inkom 2 803 enkäter i användbart skick. Av antalet inkomna enkäter fick 0,2 % av enkäterna uteslutas på grund av högt internt bortfall, 8,1 % av de tillfrågade kunde inte delta på grund av sviktande hälsa, 22,1 % ville inte delta och 30,1 % gav ingen anledning till att inte delta. I Sverige valdes att inte utesluta personer i särskilt boende därför att de registreras som eget boende i befolkningsregistret och utesluts därför inte vid en beställning av ett urval. Från ett svenskt perspektiv är det dessutom angeläget att inkludera även de som bor i särskilt boende.

Tabell 1. Analys av svarsfrekvens och bortfall för svenska urvalet.

Åldersgrupper	50–64	65–74	75–84	85–89	Totalt
Förväntat urval n	3 357	1 401	1 518	758	7 034
Slutgiltigt urval efter korrigering av internt bortfall	3 281	1 373	1 448	698	6 800
Slutgiltigt urval n män	663	344	386	92	
Slutgiltigt urval n kvinnor	634	301	258	133	
Svarsfrekvens n (%)	1 297 (38,6 %)	645 (46,0 %)	644 (42,4 %)	225 (29,6 %)	
Svarsfrekvens män (%)	36,1	46,9	46,2	37,2	
Svarsfrekvens kvinnor (%)	41,7	45,1	37,8	26,0	
Medelålder (SD) deltagare	56,2 (4,4)	69,7 (3,0)	78,7 (2,8)	86,5 (1,5)	
Medelålder (SD) bortfall	56,2 (4,3)	69,6 (3,1)	78,9 (2,8)	86,7 (1,5)	
p-värde *	NS	<0,0001	0,001	<0,0001	

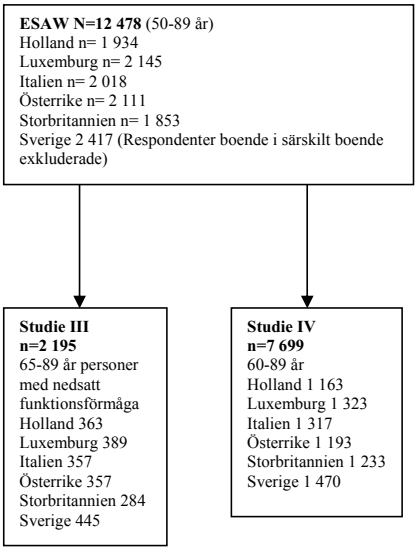
Skillnaden mellan förväntat och slutgiltigt urval beror på att personer avlidit, okänd adress och högt internt bortfall. * p-värde signifikanstestning med hjälp av Chi2 mellan ålder för deltagare och bortfall.

Boende i särskilt boende har oftast en nedsatt funktionsförmåga och kan därför förväntas ha en annan situation än de som bor i ordinärt boende. Svarsfrekvensen blev 41,4 %. Svarsfrekvensen varierade mellan åldersgrupperna; högst svarsfrekvens hade gruppen 65-74 år (46 %) och lägst gruppen 85-89 år (29,6 %) (tabell 1). I studie I-II användes det svenska urvalet bestående av 2 803 deltagare (figur 1).



Figur 1. Beskrivning av det svenska urvalet i studie I-II

Urvalet i studie III-IV kom från en europeisk studie bestående av 12 479 personer, ”European study of adult wellbeing” (ESAW) fördelat över sex länder: Holland (n=1934), Luxemburg (n=2145), Italien (n=2018), Österrike (n=2111), Storbritannien (n=1853), och Sverige (n=2417) (Ferring *et al.* 2004) (figur 2).



Figur 2. Urvalen i delstudierna III och IV.

De ingående länderna valdes utifrån att de skulle representera olikheter i Europa. De flesta länderna representerade Västeuropa: Österrike, Luxemburg, Holland och Storbritannien och de kännetecknas av hög ekonomisk standard och av viss grad av konservatism. Italien representerade medelhavsländerna där traditionella förhållanden råder mellan män och kvinnor, vilket innebär att kvinnorna har låg grad av självständighet och också liten möjlighet att erhålla barnomsorg för att själva förvärvsarbeta. Sverige representerade de nordiska länderna, som kännetecknas av hög grad av kvinnor i arbetslivet, hög materiell standard, hög utbildningsnivå och avancerad teknologi. I Sverige anses graden av konservatism och individualism vara låg (Scharf *et al.* 2003). I samtliga länder var målet att inkludera mellan 2 000 och 2 400 personer, representativt för befolkningen i åldrarna 50-89 år.

I Holland hämtades urvalet från tre stads- och landsbygdsområden med hjälp av pensionärsorganisationer. Svarsfrekvensen i Holland var 56,7 %. I Luxemburg hämtades urvalet från två stads- respektive två landsbygdsområden. Uppgift om svarsfrekvens saknas. I Italien hämtades urvalet från ett huvudstadsområde, en eller flera övriga städer och ett eller flera landsbygdsområden från var och en av de fyra regionerna i Italien. Svarsfrekvens blev 46 %.

Österrikes urval hämtades från både stads- och landsbygdsområden från nio olika områdena i landet. Svarsfrekvensen ibland de intervjuade var 88 %.

I Storbritannien hämtades urvalet från vardera ett stads- och ett landsbygdsområde i England, Skottland och Wales. Vid dörrknackning tillfrågades de boende om det fanns någon i hushållet som var mellan 50-89 år och som var villig att delta. Antalet hushåll som besöktes var 14 199, och de deltagare som valde att delta fördes in i en databas. Svarsfrekvensen blev 49 %.

I Sverige hämtades urvalet från en storstad, flera större städer och flera mindre städer samt landsbygd från två län i södra Sverige. Skillnaden mellan antalet deltagare i studie I-II och III-IV berodde på att respondenter som bodde i särskilt boende uteslöts i studie III-IV.

Instrument och frågeformulär

Ingående faktorer i frågeformuläret som användes vid datainsamling var indelade i sju områden (bakgrundsfaktorer, sociala resurser, fysisk hälsa och funktionell status, mental hälsa, aktiviteter, ekonomiska resurser och tillfredsställelse med livet). Bakgrunds- och hälsofaktorer samt sociala och ekonomiska faktorer mättes huvudsakligen med Fillenbaums instrument Older Americans resources scedule (OARS) del A (Fillenbaum 1988), kompletterat med standardiserade instrument för självkänsla (self-esteem) (Rosenberg 1965) och livstillfredsställelse (LSIZ) (Wood *et al.* 1969). OARS utvecklades vid Duke University i USA under 1970-talet för att bedöma funktionell status hos äldre. Instrumentet har tidigare använts i klinisk verksamhet för att bedöma äldres funktionella status, men även av epidemiologer för befolkningsstudier (Fillenbaum 1988). OARS har som helhet visat sig ha god validitet och reliabilitet (Fillenbaum 1988). Förutom OARS användes standardiserade instrument för att mäta självkänsla (Rosenberg 1965) och livstillfredsställelse (Wood *et al.* 1969). Varje land översatte det amerikanska originalet till det egna språket och därefter tillbaka till engelska.

Frågorna om sociala resurser kom från OARS (Fillenbaum 1988). De handlar om omfattning och typ av kontakter: ”*Har Du någon Du kan anförtro Dig åt?”*, *”Träffar Du Dina anhöriga och vänner så ofta Du vill?*” (studie II) med svarsalternativ ja eller nej, ”*Händer det att Du känner Dig ensam?”* med svarsalternativen aldrig, ibland och ganska ofta (studie I-II). Sociala resurser, konstruerat som ett socialt index enligt Fillenbaums (1988) algoritm för att mäta omfattning och tillfredsställelse med familjekontakter användes i studie II, III och IV och i studie I i kappan. I indexet ingick frågorna: ”*Hur många människor känner Du såväl att Du besöker dem i deras hem?”* med svarsalternativen fem eller flera, fyra eller tre, två eller en, eller ingen alls, ”*Hur många gånger pratade Du med någon vän, släkting eller någon annan i telefon/e-mail den senaste veckan*?” med svarsalternativen en gång om dagen eller mer, 2-6 gånger, en gång, ingen alls, ”*Hur många gånger under den senaste veckan har Du tillbringat med någon som Du inte bor tillsammans med, antingen Du besökt*

dem eller de kommit och besökt Dig, eller ni gått ut och gjort något tillsammans?" med svarsalternativen en gång om dagen eller mer, 2-6 gånger, en gång, ingen alls, "*Har Du någon som Du kan anförtro Dig åt och prata om känsliga ämnen med?"*, med svarsalternativen ja eller nej, "*Händer det att Du känner Dig ensam*?" med svarsalternativen ganska ofta, ibland eller nästan aldrig, "*Träffar Du Dina anhöriga och vänner så ofta Du vill eller är Du ledsen över hur lite Du ser dem?"* med svarsalternativen ja eller nej. En ny variabel på ordinalnivå i tre nivåer konstruerades: hög, medium och låg tillfredsställelse med familjekontakter. Cronbach's alpha i studie II var 0,14, i studie III 0,56 och studie IV 0,56.

Fysisk hälsa i OARS är en modifiering av Lawton & Brobys instrument från 1969 (Fillenbaum 1988) och omfattade frågor om mediciner, aktuella sjukdomar/besvär, sömnbesvär, fysisk aktivitet, allmän hälsa och fysisk oförmåga. De 20 vanligaste läkemedlen för äldre fanns med i frågeformuläret och respondenterna svarade ja eller nej om de tagit något av läkemedlen de senaste 6 månaderna. De fanns även utrymme för att själv fylla i ytterligare läkemedel som inte fanns med i frågeformuläret. På samma sätt besvarades om de hade någon av de 26 sjukdomar/besvär som fanns med i frågeformuläret (studie I-IV i kappan). Vidare fanns det frågor om syn och hörsel: *"Hur är Din syn?" Hur är Din hörsel?"* med svarsalternativen utmärkt, bra, någorlunda, dålig eller blind och döv (studie IV). Sömnvanor undersöktes med frågor om sömn: "*Känner Du dig utsövd efter en natts sömn?", "Har Du svårt för att somna på kvällen?"* (studie II) och om fysisk aktivitet: "*Deltar Du regelbundet i någon ansträngande fysisk aktivitet?"* med svarsalternativen ja eller nej (studie I och III). Avsnittet om fysisk hälsa innehöll dessutom en självskattning av den subjektiva allmänna hälsan för närvarande: "*Hur skulle Du uppskatta din allmänna hälsa för närvarande?"* med svarsalternativen utmärkt, bra, ganska bra och dåligt (studie I-III) och om hälsan hade förändrats i jämförelse med för fem år sedan (studie I-IV i kappan). Det fanns även en fråga huruvida de fysiska besvären hindrade dem från att utföra saker som de önskade, med svarsalternativen från inte alls, lite, till en hel del (studie IV och studie I-IV i kappan).

Bedömning av funktionell förmåga gjordes med hjälp av Fillenbaums instrument (Fillenbaum 1985), som kan användas enskilt för att bedöma funktionsförmåga, men som även ingår i OARS (Fillenbaum 1988). Instrumentet består av två delar med 14 frågor vardera för bedömning av instrumentella dagliga aktiveter (IADL) och personlig dagliga aktiviteter (PADL). Frågorna om IADL belyser i vilken mån en person kan telefonera, ta sig till platser som inte är på gångavstånd, handla, laga mat, utföra hushållsarbete, inta medicin och sköta ekonomin. PADL omfattar förmågan att äta, klä sig, sköta sitt utseende, gå, ta sig i och ur sängen, bada/duscha samt att ta sig till och från toaletten. För alla aktiviteterna gällde det att ta ställning i vilken mån de kunde utföra dem utan hjälp, med viss hjälp eller om de var totalt oförmögna att utföra aktiviteterna. Instrumentet har tidigare visat sig ha en test retest på 0,71. Cronbachs's alpha, i det totala urvalet, var för IADL 0,83 i studie I och 0,80 i studie III. I de respektive urvalen varierade Cronbach's alpha enligt följande: Holland 0,71, Luxemburg 0,82, Italien 0,86, Österrike 0,75, Storbritannien 0,80 och Sverige 0,77. I studie IV blev Cronbach's alpha i det totala urvalet 0,85 och varierade i respektive

urval enligt följande: Holland 0,76, Luxemburg 0,86, Italien 0,90, Österrike 0,79, Storbritannien 0,86 och Sverige 0,83. PADL var 0,85 i studie I och 0,76 i studie III i det totala urvalet, fördelat på Holland 0,28, Luxemburg 0,82, Italien 0,84, Österrike 0,67, Storbritannien 0,70 och Sverige 0,81 och i studie IV i det totala urvalet 0,77 fördelat på Holland 0,35, Luxemburg 0,84, Italien 0,85, Österrike 0,64, Storbritannien 0,76 och Sverige 0,81.

I det svenska frågeformuläret gjordes tillägg med frågor om informell vård, vilka användes i studie II. Tillägget bestod av frågor som handlade om att hjälpa någon med nedsatt hälsa. Frågorna inleddes med *"Hjälper Du regelbundet någon anhörig eller vän med nedsatt hälsa?"* och vid ett ja på frågan följde ett antal följdfrågor som belyste hur ofta som hjälp utfördes. Följdfrågorna hade svarsalternativen: mindre än en gång i veckan, cirka en gång i veckan, 2-3 gånger i veckan, 4-6 gånger i veckan och varje dag. Därefter följde frågor om vad hjälpen bestod av: "*Vad hjälper Du till med?"* med svarsalternativen personlig omvårdnad (t.ex. att äta, klä sig, sköta hygienen), vardagliga sysslor (t.ex. att laga mat, städa, uträtta ärenden), sjukvårdsteknisk hjälp (t.ex. hjälp att administrera läkemedel, lägga om sår), följt av en öppen fråga där det fritt gick att ange vad hjälpen bestod av. Avsnittet om informell vård avslutades med frågor om tillgång till stöd vid informell vård: *"Om Du regelbundet hjälper någon med nedsatt hälsa, har Du tillgång till stöd för Din insats, t.ex. någon att samtala med, som Du kan fråga eller som undervisar Dig?"*. Om svaret blev ja följde frågan *"Vilken typ av stöd har Du och hur ofta?"*. Det fanns även en fråga som handlade om önskemål om stöd: *"Om Du inte får något stöd för din insats, skulle Du vilja ha stöd?",* och vid svarsalternativet ja angavs vilken typ av stöd som önskades och hur ofta.

Mentala resurser i OARS (Fillenbaum 1988) handlar om psykisk hälsa, tillfredsställelse med livet och om känsla av oro. Psykisk hälsa mättes genom frågor som "*Hur skulle Du vilja värdera Din psykiska och känslomässiga hälsa just nu?"* med svarsalternativen utmärkt, bra, ganska bra och dåligt och *"Är Din psykiska och känslomässiga hälsa idag – bättre, ungefär densamma eller sämre – än den var för fem år sedan?"* (studie I-IV i kappan). Mentala resurser mättes med frågan "*Hur ofta känner du Dig orolig för saker och ting"* med svarsalternativen mycket ofta (varje dag), ganska ofta (någon gång i månaden) och nästan aldrig (någon gång per år) (studie I, III). Därutöver användes Rosenbergs "self-esteem" för att mäta självkänsla (Rosenberg 1965) (studie III-IV och studie I i kappan). Instrumentet omfattar tio påståenden som till hälften är positivt och till hälften negativt utformade. Originalinstrumentet hade fyra svarsalternativ: instämmer helt, delvis, till viss del eller inte alls. Inom projektet "Ageing well" har en modifierad form av Rosenbergs instrument (Rosenberg 1965) bestående av fem svarsalternativ använts. Modifieringen innebar ett neutralt svarsalternativ, vilket inte fanns i originalet. De negativa svarsalternativen vändes innan skalan slutligen sammanfogades till en totalsumma som kunde variera mellan 10-50. En högre totalsumma innebar en högre självkänsla. Instrumentet (versionen med fyra svarsalternativ) har tidigare använts på äldre (medelålder 73 år) i USA med en Cronbach's alpha på 0,87 (Benyamini *et al.* 2004). Cronbach's alpha i denna avhandling var i studie III i det totala urvalet 0,81, fördelat på Holland 0,79,

Luxemburg 0,81, Italien 0,81, Österrike 0,83, Storbritannien 0,80 och Sverige 0,80. I studie IV i det totala urvalet var värdet för Cronbach's alpha 0,82, fördelat på Holland 0,79, Luxemburg 0,85, Italien 0,82, Österrike 0,83, Storbritannien 0,82 och Sverige 0,78.

Ekonomiska resurser i OARS (Fillenbaum 1988) bedömdes i förhållande till andra, behov, känslan av att kunna känna sig "lyxig" och hur ekonomin antas bli i framtiden: *"Hur ser Dina ekonomiska förutsättningar ut om Du skulle jämföra Dig med andra i Din egen ålder?",* "*Hur väl stämmer Dina ekonomiska tillgångar i förhållande till de behov Du har för att leva?",* med svarsalternativen mycket bra, ganska bra och dåligt (studie I-IV); *"Har Du vanligtvis tillräckligt med pengar för att kunna köpa det där lilla 'extra' som gör att man ibland känner sig lite 'lyxig'?",* med svarsalternativen ja eller nej; "*Om Du utgår från Din ekonomiska situation för närvarande tror Du att Du kommer att ha tillräckligt med pengar för framtiden*" med svarsalternativen ja eller nej. Frågorna användes också som ett finansiellt index bestående av de fyra frågorna beskrivna ovan och användes i studie II-IV och studie I i kappan. En ny variabel på ordinalnivå konstruerades med tre nivåer: bra, någorlunda och dåliga ekonomiska resurser. Cronbach's alpha i studie II var 0,67, i studie III i det totala urvalet 0,76 fördelat på Holland 0,66, Luxemburg 0,71, Italien 0,82, Österrike 0,74, Storbritannien 0,74 och Sverige 0,80 och i studie IV i det totala urvalet 0,74 fördelat på Holland 0,66, Luxemburg 0,65, Italien 0,78, Österrike 0,73 Storbritannien 0,73 och Sverige 0,80. I studie I och III användes en fråga om ekonomiska tillgångar: "*Är Dina tillgångar och ekonomiska resurser tillräckliga om det skulle uppstå en oförutsedd händelse (skulle Du kunna få fram 8 000 kr inom en vecka)?"*

Life Satisfaction Index Z (LSIZ) (Wood 1969) användes för att mäta livstillfredsställelse. Instrumentet avser att mäta psykologiskt välbefinnande framförallt hos personer över 65 år (Morgan *et al.* 1987). LSIZ är en avkortad version av Neugartens (Neugarten *et al.* 1961) Life Satisfaction Index A (LSIA). LSIZ innehåller 13 av de ursprungliga 20 påståendena från LSIA. Korrelationen mellan de två versionerna har visat sig vara hög, r=0,94 (Wood 1969). Påståendena är konstruerade utifrån både positiva *"Jag har fått fler chanser i livet än de flesta människor jag känner"*, "*Jag har fått ut vad jag förväntade mig av livet", "Jag är precis lika lycklig som när jag var yngre"* och negativa aspekter *"Detta är den tråkigaste tiden i mitt liv", "Det mesta jag gör är långtråkigt och enformigt", "Trots vad andra människor säger, anser jag att de flesta människor bara får det sämre, inte bättre".* Respondenterna tar ställning till om de instämmer, inte instämmer eller om de inte vet, till vart och ett av de 13 påståenden. Påståendena gav två poäng om respondenten instämde till ett positivt formulerat påstående eller inte instämde till ett negativt formulerat påstående. Vet ej gav ett poäng, medan att inte instämma respektive att instämma till ett positivt/negativt påstående gav noll poäng. En totalsumma räknades samman till ett index som kan variera mellan 0-26. Ett högre värde representerar en högre livstillfredsställelse. En populationsstudie från Storbritannien bland äldre i åldern 65-74 och 75+ används som normvärden för LSIZ för äldre. Det visade sig att yngre äldre (65-74 år) hade en högre tillfredsställelse med livet (medelvärde på 17,1) än de över 75 år (medelvärde 16,4). Cronbach's alpha i urvalet från Storbritannien var 0,74 (Morgan *et al.* 1987).

Cronbach's alpha i studie I var 0,80, i studie II 0,81, i studie III 0,77 i totala urvalet fördelat på Holland 0,73, Luxemburg 0,80, Italien 0,73, Österrike 0,75, Storbritannien 0,80 och Sverige 0,79 och i studie IV 0,77 i totala urvalet, fördelat på Holland 0,72, Luxemburg 0,76, Italien 0,75, Österrike 0,76, Storbritannien 0,80 och Sverige 0,81.

Genomförande
Datainsamlingen för studie I och II gjordes huvudsakligen genom postenkät, som besvarades av personen själv och i vissa fall med hjälp av någon i hemmet. I samband med utskicket erbjöds även hjälp från forskningsteamet med att fylla i frågeformuläret. Forskningsteamet bestod av två sjuksköterskor (CB och CF). Den hjälp som erbjöds var att åka hem till respondenten och utföra en strukturerad intervju eller också erbjöds hjälp att fylla i frågeformuläret via telefon. Enkäter med stort internt bortfall kompletterades med telefonintervjuer. Det svenska frågeformuläret prövades i en pilotstudie våren 2000 och endast mindre språkliga förändringar gjordes.

Datainsamlingen i studie III-IV genomfördes i varje land var för sig. Strukturerad intervju användes i de flesta fall, men vissa i länder kombinerades intervju med ett självrapporterat frågeformulär.

ANALYSER

Statistiska analyser

Analyserna har mestadels utförts med icke parametrisk statistik eftersom datanivån var på nominal- och ordinalskalenivå (Altman 1991). Chi-två metod användes för att analysera signifikanta skillnader för nominaldata såsom kön, utbildning etc. (studie I, II, III och IV). Envägsfaktoriell ANOVA användes för signifikanstestning av skillnader i nivå av LSIZ för ordinaldata (studie I, III). Kruskal Wallis test användes vid jämförelse mellan flera grupper och Mann-Whitney U-test användes för att identifiera mellan vilka grupper skillnader förelåg med ett reducerat p-värde på <0,017 (studie II) och <0,003 (studie III-IV). Reducerat p-värde enligt Bonferroni har använts för att undvika typ I-fel vid jämförelse mellan flera grupper (Altman 1991). Altman rekommenderar att inte analysera skillnader mellan fler än fem grupper (Altman 1991) och därför användes jämförelserna i studie III-IV endast som en vägledning för att tolka vilka skillnader som kan bedömas vara signifikanta.

Multipel logistisk regressionsanalys (stegvis multipel regression) användes för att identifiera faktorer associerade till låg grad av tillfredsställelse med livet (LSIZ) (studie I, II, och IV). I studie II ingick ålder, kön, boendeförhållanden, ensamhet, funktionsförmåga, allmän hälsa, oro, deltagande i fysisk aktivitet och tillgång till ekonomiska resurser i förhållande till behov som oberoende variabler. Oberoende variabler i studie II var ålder, kön, boende ensam, möjlighet att träffa vänner så ofta som önskas, att ha någon att anförtro sig åt, ensamhet, utsövd efter en natts sömn, svårighet att somna, allmän hälsa, deltagande i fysisk aktivitet, ekonomiska resurser,

tillräckligt med pengar för att köpa det där lilla extra, tillräckligt med pengar för framtiden och omfattning av vårdande. I analysen kontrollerades för ålder och kön (studie I, II, III och IV) och funktionsförmåga (studie III). De svarsalternativ som enligt tidigare kunskap förväntades ha lägst association till låg tillfredsställelse med livet användes som referensvärde, till exempel att nästan aldrig känna sig ensam, att ha utmärkt hälsa och att ha mycket goda ekonomiska resurser i förhållande till behov.

I studie III användes en linjär regressionsanalys med ”Enter” som metod. Analysen syftade till att undersöka faktorer som var relaterade till livstillfredsställelse. Faktorer som i den bivariata analysen visade sig vara korrelerade till utfallsvariabeln LSIZ (r_s0,17-0,47) ingick i modellen. Dummy-variabler konstruerades för hälsa, finansiella resurser, sociala resurser, oro och funktionsförmåga. Som referens för de variabler som var positivt relaterade till LSIZ användes låga värden såsom *dålig hälsa, låga finansiella och sociala resurser* och för de variabler som var negativt relaterade användes *att aldrig känna sig orolig* som referens. *Att vara man* användes som referens för kön och *Holland* för landstillhörighet. Ålder och självkänsla användes som kontinuerliga variabler. P-värde <0,05 användes som signifikansgräns i regressions-modellerna. Regressionsanalysen genomfördes först i det totala urvalet n=2 195 och därefter i varje land för sig. Adjusted R Squared var 0,44 i det totala urvalet och varierade mellan 0,33-0,49 för de olika modellerna inom länderna.

Cronbach’s alpha (Cronbach 1951) användes för att kontrollera instrumentens (studie I, II, III och IV) interna samstämmighet. Analysen indikerar hur väl de ingående frågorna i instrumentet överensstämmer med varandra, dvs. mäter samma sak. SPSS version 12.0 för Windows har använts som statistikprogram för analyserna (Puri 2002).

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningen i den svenska delen av ESAW följer Medicinska forskningsrådets (MFR 2000) principer för forskning på människor. De etiska principerna som forskning har att följa är: principen om respekt för autonomi, att inte skada, godhetsprincipen, respekt för mänsklig värdighet och rättviseprincipen (Beauchamp & Childress 1994, Polit & Hungler 1999). Principen om autonomi innebär att varje deltagare själv skall få välja om de vill medverka i studien eller inte. Det bygger på att varje deltagare har erhållit tillräcklig information om studien så att de självständigt kan fatta beslut. Att inte skada eller kränka innebär att ta hänsyn till deltagarnas hälsa och villighet att medverka. Respekt för mänsklig värdighet ligger nära respekt för autonomi och även här handlar det om att respektera människors självbestämmande, dvs. frivillighet att medverka, men även att inte yppa resultat som kan avslöja vem som svarat. Rättviseprincipen handlar om rätt till rättvis behandling både före, under och efter själva deltagandet i studien, men även en rättighet till privatliv (Beauchamp & Childress 1994, Polit & Hungler 1999).

Forskning som inkluderar äldre människor skiljer sig oftast inte från forskning som endast inkluderar yngre människor. De flesta äldre människor lever ett oberoende liv och är själva kompetenta att ställning till om de vill delta i forskning eller inte (Gilhooly 2002). Med ökad ålder ökar risken för nedsatt fysisk och mental hälsa, vilket kan påverka möjligheten att delta i forskning. Framförallt den ökade risken för demenssjukdom som följer med högre ålder kan innebära svårigheter att ta emot och förstå information samt att själv svara på frågor.

I den svenska delen beställdes urvalet från befolkningsregistret och alla personer inom vald åldersgrupp och boende inom valda delar hade därmed samma möjlighet att komma med i studien, vilket innebär att ingen exkluderades på grund av hög ålder, sjukdom, etnicitet osv. Samtliga deltagare som valdes för att medverka i studien informerades i inbjudan om studiens syfte, hur resultaten skulle presenteras och om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. Informerat samtycke hämtades i och med att deltagarna fick information om studien och de kunde själva bestämma om de ville delta eller inte. Ett forskningsteam fanns till hands för att svara på frågor om studien, samt för att hjälpa till med att fylla i enkäten. Studien vänder sig till ett brett urval åldersmässigt: från dem i femtioårsåldern som fortfarande är yrkesverksamma, till dem som precis gått i pension och slutligen även till de äldre som pga. av högre ålder också har en ökad risk för sjuklighet och nedsatt funktionsförmåga. Inga personer var uteslutna ur urvalet t.ex. till följd av boende på särskilt boende. Övriga europeiska länder, däremot, exkluderade boende på sjukhem. Den vanligaste orsaken till att inte delta var att de var för sjuka eller att inte vilja medverka i denna typ av studier.

Att inte yppa uppgifter så att det går att känna igen sig vid resultatredovisningen är viktigt för alla deltagare vid forskning (Polit & Hungler 1999). Varje deltagare erhöll ett unikt nummer för att möjliggöra utskick av påminnelser. Alla uppgifter om deltagarna förvarades inlåsta och nyckeln till kodlistan var endast tillgänglig för tre personer i forskningsteamet. Kodlistan förvarades skild från datafilen.

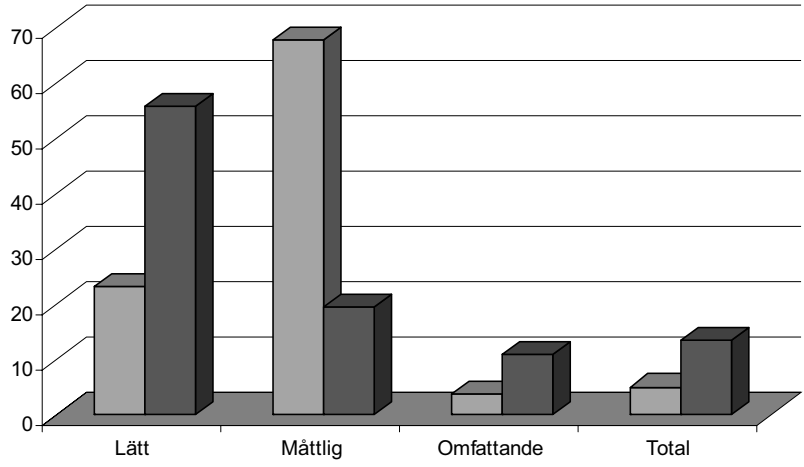
Tillstånd att genomföra studien hämtades från forskningsetiska kommittén vid Lunds universitet (LU 545-99), och från Datainspektionen hämtades tillstånd enligt personuppgiftslagen (PUL) för att föra register över deltagarna innan studien startade. Varje deltagande land sökte etiskt tillstånd för det egna landets datainsamling, vilken genomfördes i enlighet med landets lagar.

RESULTAT

Resultaten i denna avhandling lyfter fram faktorer av betydelse för livstillfredsställelse hos äldre (65+) med nedsatt funktionsförmåga (studie I), för informella vårdare (50-89 år) (studie II), för äldre med nedsatt funktionsförmåga i sex europeiska länder (65+) (studie III) och för äldre mellan 60-89 år i sex europeiska länder (studie IV).

Studie 1. Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga.
I studien ingick 522 respondenter med nedsatt funktionsförmåga i åldrarna 65-89 år från det svenska urvalet. Av dem var 68,6 % över 75 år och 34,0 % var antingen ensamstående, skilda eller änka/änkeman. Kvinnorna var signifikant äldre (medelålder 79,0 SD 6,1) (p-värde <0.001) och i högre utsträckning ensamstående, skilda eller änka (58,5 % respektive 18,7 %) (p-värde <0,001) jämfört med männen (medelålder 77,2 SD 6,1). Kvinnorna visade sig ha en signifikant lägre utbildningsnivå än männen (12,0 % respektive 22,1 % hade högskoleutbildning) (p-värde <0.001) och signifikant sämre förutsättningar att möta ekonomiskt svåra situationer (75,5 % respektive 90,9 %) (p-värde <0.001). Kvinnorna (12,5 %) visade sig också i signifikant högre utsträckning bo i särskilt boende än männen (12,0 % respektive 3,4 %) (p-värde <0.001).

Omfattande eller total nedsättning i funktionsförmågan förekom i 14,7 % av fallen. Signifikant fler män (68,0 %) än kvinnor (19,5 %) hade måttlig nedsättning i funktionsförmåga (p-värde <0,0001). Fler kvinnor än män hade omfattande (11,0 % respektive 3,7 %) eller total nedsättning i funktionsförmågan (13,5 % jämfört med 5,0 %) (NS) (figur 3).



Figur 3. Procentuell fördelning i grad av nedsättning i funktionsförmåga hos män och kvinnor (ljusa staplar män mörka staplar kvinnor).

Totalt 80,3 % rapporterade hinder för att utföra aktiviteter i dagligt liv som de önskade till följd av hälsoproblem. Män och kvinnor skiljde sig signifikant åt i alla IADL och PADL aktiviteter förutom att kunna använda en telefon och att kunna klä på sig (p-värde 0,008-<0,001). Män rapporterade svårigheter med att sköta hushållet (55,5 %) och att laga mat (75,5 %). Kvinnorna rapporterade svårigheter att utföra aktiviteter relaterade till rörelseförmåga såsom sköta hushållet (48,5 %), gå ut och handla (52,5 %), ta sig till platser utom gångavstånd (48,5 %) och hantera ekonomin (42,0 %) som de mest förekommande problemen. Bada eller duscha var den PADL aktivitet som störst andel av respondenterna inte kunde utföra själva (14,8-28,1 %). Kvinnorna

(48,5 %) rapporterade oftare problem med att gå själva jämfört med männen (16,1 %). Kvinnorna hade också svårare att själva duscha (26,5 %) och hinna till toaletten i tid (25,0 %) jämfört med männen (8,2 % respektive 9,9 %).

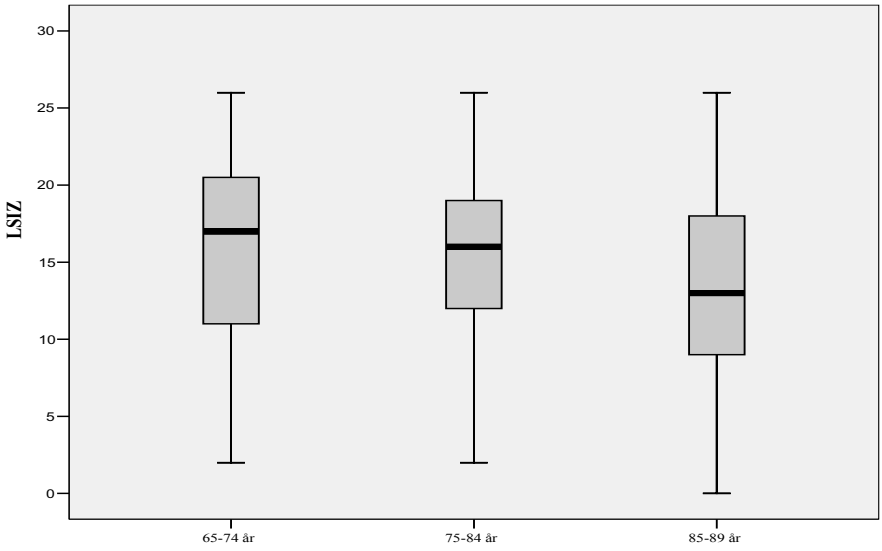
En fjärdedel rapporterade fysisk oförmåga till följd av problem i extremiteterna. Kvinnorna var i signifikant högre utsträckning fysiskt oförmögna jämfört med männen (36,7 % respektive 17,9 %) (p-värde <0,0001). De vanligaste sjukdomar/besvär som rapporterades var högt blodtryck (25,8 %), hjärtbesvär (24,9 %), starr (15,0 %), cirkulationsbesvär (19.5%) och urin- och prostatabesvär (19.2%). De vanligaste läkemedlen var medicin mot högt blodtryck (47,0 %), antikoagulantia (42,9 %), diuretika (32,4 %), analgetika (29,9 %) och sömnmedel (20,5 %) (tabell 2).

Tabell 2. Hälsa, läkemedel och sjukdomar hos äldre med nedsatt funktionsförmåga.

	Total n=522	Män n=322	Kvinnor n=200	
Allmän hälsa				<0,0001
Utmärkt	7,1	8,7	4,6	
Bra	31,5	38,6	19,8	
Någorlunda	48,1	43,3	55,5	
Dålig	13,3	9,3	19,8	
Hälsa jämfört med 5 år sedan				<0,0001
Bättre	4,6	3,1	7,0	
Ungefär samma	44,3	51,6	32,5	
Sämre	51,1	45,3	60,5	
Hälsoproblem som hindrar				<0,0001
Inga alls	19,7	24,2	12,2	
Till viss del	45,9	49,1	40,6	
Till stor del	34,4	26,7	47,2	
Mental hälsa				<0,0001
Utmärkt	16,4	19,1	12,1	
Bra	39,6	47,8	26,3	
Någorlunda	36,5	28,1	50,0	
Dålig	7,5	5,0	11,6	
Mental hälsa jämfört med 5 år sedan				<0,0001
Bättre	4,3	2,2	7,6	
Ungefär samma	73,1	82,2	58,4	
Sämre	22,6	15,6	34,0	
Sociala resurser				<0,0001
Låga	21,6	16,7	29,5	
Medium	48,4	47,6	49,7	
Höga	30,0	35,7	20,7	
Finansiella resurser				<0,0001
Dåliga	10,9	7,6	16,2	
Tillfredsställande	24,8	21,8	29,7	
Bra	64,3	70,6	54,1	
Vanliga läkemedel				
Blodtryckssänkande	47,0	47,7	46,0	NS
Antikoagulantia	42,9	47,2	36,0	0,012
Diuretika	32,4	28,0	39,5	0,007
Analgetika	29,9	21,8	43,0	<0,0001
Sömnmedel	20,5	15,3	29,0	<0,0001
Vanliga sjukdomar/besvär				
Högt blodtryck	25,8	24,0	28,6	0,020
Hjärtbesvär	24,9	25,6	23,7	NS
Starr	15,0	13.9	31.7	<0,0001
Cirkulationsbesvär	19,5	18,0	22,2	NS
Urinbesvär inklusive prostata	19,2	24,6	10,8	<0,0001
Fysisk oförmåga till följd av försvagning i armar/ben	25,0	17,9	36,7	<0,0001

Livstillfredsställelse

Livstillfredsställelse (LSIZ) bland dem med nedsatt funktionsförmåga uppnådde ett medelvärde på 15,3 (SD 5,6). Lägre ålder 65-74 år (medelvärde 16,2 SD 6,1) innebar en signifikant högre LSIZ jämfört med dem över 85 år (medelvärde 13,4 SD 5,4) (p-värde 0,034) (figur 4). Män hade signifikant högre LSIZ än kvinnor (medelvärde 16,3 SD 5,5 jämfört med 13,8 SD 5,4) (p-värde <0,001). Lägre grad av nedsättning i funktionsförmåga innebar en signifikant högre LSIZ (medelvärde 15,3 SD 5,1) jämfört med dem som hade en total nedsättning i funktionsförmåga (medelvärde 10,9 SD 4,7) (p-värde <0,001). Respondenterna som bodde i eget boende hade signifikant högre tillfredsställelse med livet (medelvärde 15,6 SD 5,5) jämfört med dem som bodde i särskilt boende (medelvärde 10,8 SD 5,3) (p-värde <0,001). De som aldrig kände sig ensamma hade en signifikant högre LSIZ (medelvärde 17,2 SD 5,0) jämfört med dem som nästan alltid kände sig ensamma (medelvärde 10,2 SD 4,8) (p-värde <0,001). Det gällde även dem som hade utmärkt (medelvärde 20,4 SD 4,5) och god hälsa (medelvärde 17,5 SD 4,9) jämfört med dem som hade en dålig hälsa (medelvärde 10,3 SD 4,7) (p-värde <0,001), att aldrig känna sig orolig (medelvärde 17,8 SD 5,1) jämfört med dem som ofta kände sig oroliga (medelvärde 11,2 SD 5,3) (p-värde <0,001), god ekonomi i förhållande till behov (medelvärde 17,3 SD 5,6) jämfört med dem som uppgav dålig ekonomi (medelvärde 10,4 SD 5,2) (p-värde <0,001) och de som deltog i fysisk aktivitet (medelvärde 16,3 SD 5,4) jämfört med dem som inte deltog i fysisk aktivitet (medelvärde 13,2 SD 5,5) (p-värde <0,001).



Figur 4. LSIZ i förhållande till ålder hos dem med nedsatt funktionsförmåga.

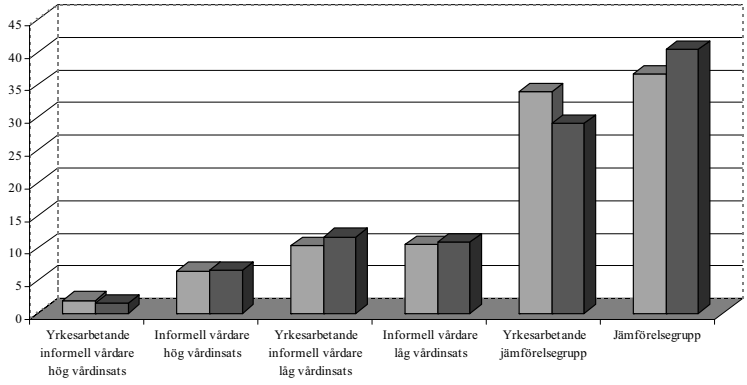
Medelvärdet för självkänsla var 38,0 SD 7,3. Att aldrig känna sig ensam (medelvärde 40,4 SD 6,6), delta i fysisk aktivitet (medelvärde 39,4 SD 6,6), utmärkt hälsa (medelvärde 43,5 SD 5,6), bra hälsa (medelvärde 40,5 SD 6,2) och att aldrig känna sig

orolig (medelvärde 41,4 SD 6,7) innebar en signifikant högre självkänsla (p-värde <0,0001).

Regressionsanalysen visade att känna sig ensam ganska ofta (OR 3,4), känna sig ensam ibland (OR 2,6), omfattande nedsatt funktionsförmåga (OR 4,3), dålig hälsa (OR 19,6), känna sig orolig ganska ofta (OR 2,0), känna sig orolig mycket ofta (OR 2,7), någorlunda ekonomi i förhållande till behov (OR 1,4) eller dålig ekonomi (OR 10,6) predicerade låg livstillfredsställelse.

Studie 2. Livstillfredsställelse hos informella vårdare i jämförelse med personer som inte vårdar

I studien ingick 1 801 respondenter fördelade på tre grupper (informella vårdare med hög vårdinsats n=151, informella vårdare med låg vårdinsats n=392 och en jämförelsegrupp n=1 258). Informella vårdare med hög vårdinsats hjälpte någon till följd av nedsatt hälsa fyra gånger per vecka eller mer, informella vårdare med låg vårdinsats hjälpte någon till följd av nedsatt hälsa mindre än fyra gånger per vecka. Informella vårdare med hög vårdinsats (medelålder 69,9 år SD 11,1) var signifikant äldre än informella vårdare med låg vårdinsats (medelålder 62,0 år SD 9,5) och jämförelsegruppen (medelålder 64,0 år SD 10,4) (p-värde <0,001). De var även signifikant oftare gifta (82,7 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (69,9 %) och jämförelsegruppen (64,6 %) (p-värde <0,001) och i signifikant högre utsträckning pensionerade (74,7 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (47,8 %) och jämförelsegruppen (52,3 %) (p-värde <0,001). Personlig omvårdnad utfördes i signifikant högre utsträckning av informella vårdare med hög vårdinsats (37 %) jämfört med informella vårdare med lägre vårdinsats (15,3 %) (p-värde <0,001). Informella vårdare med låg vårdinsats var i signifikant högre utsträckning yrkesarbetande (11,0 %) jämfört med informella vårdare med hög vårdinsats (1,8 %) och jämförelsegruppen (31,5 %) (p-värde <0,001) (figur 5). Vid jämförelse mellan grupperna användes ett reducerat p-värde på 0,017.



Figur 5. Procentuell fördelning av yrkesarbetande respektive ej yrkesarbetande informella vårdare med hög och låg vårdinsats och jämförelsegruppen (ljusa staplar män, mörka staplar kvinnor).

Det var inga signifikanta skillnader mellan mäns och kvinnors deltagande i informell vård. Vardagliga sysslor utfördes till 64,9 % av kvinnorna och 63,2 % av männen. Fler kvinnor (17,4 %) än män (13,0 %) hjälpte till med personlig omvårdnad. Kvinnorna utförde även sjukvårdsteknisk omvårdnad i högre utsträckning (13,3 %) än männen (7,9 %). Besök och samtal (n=66), bankärenden (n=53), fastighetsskötsel (n=41), transporter (n=27), gå ut på promenader (n=18), handla (n=15), pyssla om (n=12) och ge tillsyn nattetid (n=12) var de vanligaste vårdinsatserna när de informella vårdarna själva preciserade vad de utförde.

Hälsofaktorer

Den vanligaste sjukdomen/besväret var högt blodtryck (14,9-15,4) i alla tre grupperna. Informella vårdare med hög vårdinsats hade högre frekvens av cirkulationsproblem i benen (14,8 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (7,1 %) och jämförelsegruppen (6,6 %). Läkemedel mot högt blodtryck var vanligast i alla tre grupperna (22,2-28,5 %) och högst intag av blodtryckssänkande läkemedel hade informella vårdare med hög vårdinsats (tabell 3).

Informella vårdare med hög vårdinsats hade en signifikant sämre hälsa jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats och jämförelsegruppen (p-värde <0,001). Informella vårdare med hög vårdinsats hade också signifikant fler om hade fått försämrad hälsa jämfört med för fem år sedan (35,8 %) jämfört med 22,4 % hos informella vårdare med låg vårdinsats (22,4 %) och jämförelsegruppen (20,4 %) (p-värde <0,001) och fler hade hälsoproblem som hindrade dem från att utföra sådant som de önskade (18,5 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (7,4 %) och jämförelsegruppen (6,0 %). Mental hälsa var signifikant sämre hos informella vårdare med hög vårdinsats jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats och jämförelsegruppen (p-värde <0,001). Deras mentala hälsa hade i signifikant högre utsträckning försämrats jämfört med för fem år sedan (24,8 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (11,4 %) och jämförelsegruppen (8,1 %). Informella vårdare med hög vårdinsats hade svårare för att somna (34,2 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (20,7 %) och jämförelsegruppen (19,8 %) (p-värde <0,001).

Yrkesarbetande informella vårdare med hög vårdinsats, yrkesarbetande, informella vårdare med låg vårdinsats och yrkesarbetande från jämförelsegruppen rapporterade bättre hälsa än informella vårdare med hög vårdinsats, informella vårdare med låg vårdinsats och jämförelsegruppen som inte yrkesarbetade (tabell 4).

Tabell 3. Hälsa, läkemedel och sjukdomar hos informella vårdare och jämförelsegrupp

	Informella vårdare hög vårdinsats n=151	Informella vårdare låg vårdinsats n=392	Jämförelse-grupp n=1 258	p-värde*	Post hoc
Allmän hälsa				<0,0001	A,B
Utmärkt	9,3	19,7	20,1		
Bra	42,0	46,3	49,1		
Någorlunda	43,3	30,2	28,4		
Dålig	5,3	3,8	2,4		
Hälsa jämfört med 5 år sedan				0,001	A,B
Bättre	5,3	8,7	5,6		
Ungefär samma	58,9	68,9	74,0		
Sämre	35,8	22,4	20,4		
Hälsoproblem som hindrar				<0,0001	A,B
Inga alls	41,7	56,5	56,8		
Till viss del	39,7	36,1	37,2		
Till stor del	18,5	7,4	6,0		
Mental hälsa				<0,0001	A,B
Utmärkt	16,1	30,2	28,9		
Bra	43,0	44,2	47,3		
Någorlunda	32,2	21,4	20,9		
Dålig	8,7	4,1	3,0		
Mental hälsa jämfört med 5 år sedan				<0,0001	
Bättre	6,0	16,8	13,6		
Ungefär samma	69,1	71,8	78,3		
Sämre	24,8	11,4	8,1		
Vanliga läkemedel					
Blodtryckssänkande	28,5	22.,2	23,3	NS	
Antikoagulantia	22,5	11,7	12,5	0,0017	A
Diuretika	17,9	7,4	6,8	<0,0001	A,B
Analgetika	22,5	13,8	13,0	0,006	A,B
Sömnmedel	17,2	8,7	7,3	<0,0001	A,B
Hormoner inklusive p-piller	9,9	17,3	10,4	0,001	A
Sedativa	11,3	8,7	7,0	NS	
Vanliga sjukdomar/besvär					
Högt blodtryck	15,4	15,3	14,9	NS	
Hjärtbesvär	12,0	5,7	6,8	NS	
Cirkulationsbesvär	14,8	7,1	6,6	0,001	A,B
Starr	14,0	6,4	5,9	0,001	A,B
Urinbesvär inklusive prostata	13,9	6,2	8,0	NS	
Mag/tarmbesvär	8,2	8,2	4,0	NS	

* Reducerat p-värde 0,017
Post hoc test A= Informella vårdare med hög vårdinsats jämfört med dem med låg vårdinsats, B= Informella vårdare med hög vårdinsats jämfört med jämförelsegruppen, C= Informella vårdare med låg vårdinsats jämfört med jämförelsegruppen

Tabell 4. Hälsa, sociala och ekonomiska resurser bland informella vårdare med hög vårdinsats, låg vårdinsats och en jämförelsegrupp

	Yrkes-arbetande informella vårdare med hög vård-insats n=31	Informella vårdare med hög vård-insats n= 115	Yrkes-arbetande informella vårdare med låg vårdinsats n= 194	Informella vårdare med låg vårdinsats n= 189	Yrkes-arbetande jämförelse-grupp n= 556	Jämförelse-grupp n= 679
Ålder md(sd)	55,6 (3,7)	73,8 (9,1)	55,2 (4,3)	68,1 (6,3)	55,6 (4,5)	71,1 (8,6)
	<0,0001		<0,0001		<0,0001	
Hälsa %						
Bra	71,0	46,5	73,7	58,0	74,5	65,2
Dålig	29,0	53,5	26,3	42,0	25,5	34,8
	<0,0001		<0,0001		<0,0001	
Sociala resurser %						
Hög	22,6	29,1	37,4	47,0	38,1	38,2
Medium	54,8	51,8	52,6	36,2	48,8	44,9
Låg	22,6	19,1	10,0	16,8	13,1	16,9
	NS		NS		NS	
Ekonomiska resurser %						
Bra	3,4	5,7	4,4	8,4	3,7	6,0
Någorlunda	89,7	92,5	89,0	87,1	92,5	92,1
Dåliga	6,9	5,7	6,6	4,5	3,7	1,9
	NS		NS		NS	
LSIZ md (sd)	15,4 (6,4)	14,6 (5,8)	18,3 (5,2)	16,9 (6,0)	18,5 (5,0)	17,1 (5,5)
	NS		<0.0001		<0.0001	
Självkänsla md (sd)	41,2 (6,5)	38,3 (6,7)	41,5 (5,8)	39,7 (6,8)	42,2 (5,8)	40,1 (6,5)
	<0,0001		<0,0001		<0,0001	

Reducerat p-värde <0,003

Sociala resurser

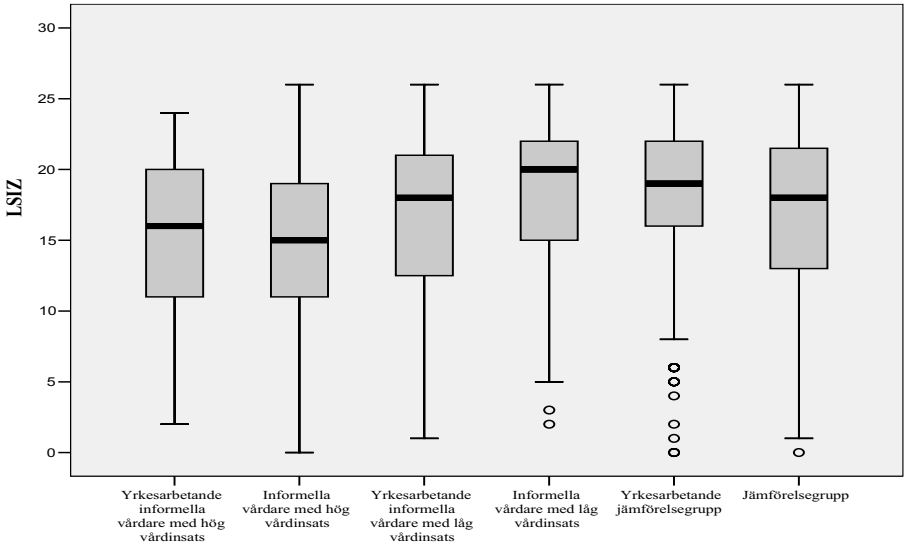
Informella vårdare med hög vårdinsats (19,9 %) var signifikant fler med sämre sociala resurser jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (13,5 %) och jämförelsegruppen (15,7 %) (p-värde 0,007). I alla tre grupperna hade mellan 87,9-91,0 % någon att anförtro sig åt. Informella vårdare med hög vårdinsats träffade vänner i signifikant lägre utsträckning (74,5 %), jämfört med jämförelsegruppen (84,1 %) (p-värde 0,011). De med hög vårdinsats kände sig ensamma ganska ofta (12,0 %) i högre utsträckning jämfört med dem med låg vårdinsats (7,4 %) och jämförelsegruppen (8,9 %).

Yrkesarbetande informella vårdare med hög vårdinsats (22,6 %), med låg vårdinsats och yrkesarbetande från jämförelsegruppen (37,4 %) rapporterade bättre sociala resurser jämfört med informella vårdare med hög vårdinsats (29,1 %) samt informella vårdare med låg vårdinsats. Det var inga skillnader i sociala resurser mellan dem som var yrkesarbetande eller inte i jämförelsegruppen (tabell 4). De skillnader som fanns mellan grupperna var inte signifikanta vid reducerat p-värde <0,003.

Livstillfredsställelse

Informella vårdare med låg vårdinsats hade signifikant högre LSIZ (medelvärde 17,6 SD5,8) jämfört med informella vårdare med hög vårdinsats (medelvärde 14,8 SD 5,9) (p-värde <0,001). Det fanns inga signifikanta skillnader i LSIZ mellan jämförelsegruppen och informella vårdare med låg vårdinsats (medelvärde 17,4 SD 5,4).

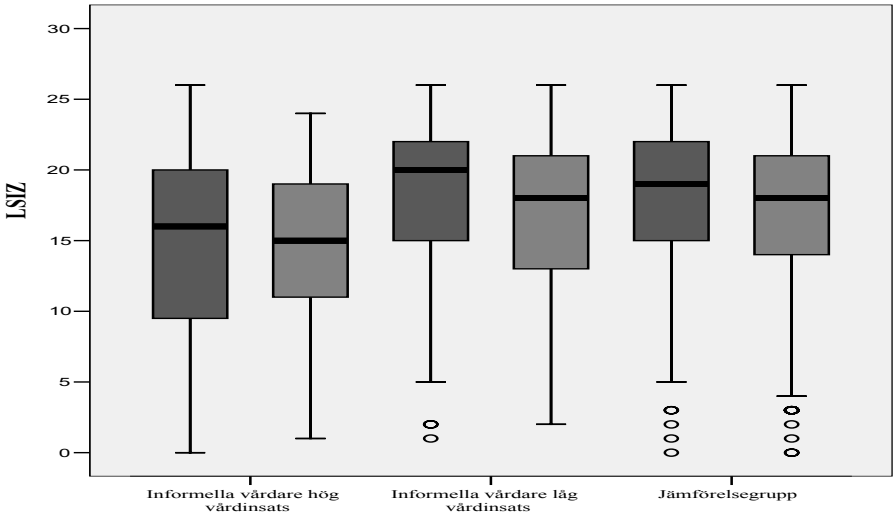
Yrkesarbetande informella vårdare med hög vårdinsats (medelvärde 15,4 SD 6,4) hade högre LSIZ än informella vårdare med hög vårdinsats som inte yrkesarbetade (medelvärde 14,6 SD 5,8). Detta gällde även för informella vårdare med låg vårdinsats som yrkesarbetade (medelvärde 18,3 SD 5,2) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats som inte yrkesarbetade (medelvärde 16,9 SD 6,0) och jämförelsegruppen som yrkesarbetade (medelvärde 18,5 SD 5,0) jämfört med jämförelsegruppen som inte yrkesarbetade (medelvärde 17,1 SD 5,5) (figur 6). Det var ingen skillnad i LSIZ mellan informella vårdare som hade stöd för sitt vårdande (medelvärde 16,6 SD 5,9) jämfört med informella vårdare som inte hade något stöd för sitt vårdande (medelvärde 16,9 SD 5,9).



Figur 6. Distributionen av LSIZ mellan yrkesarbetande informella vårdare med hög respektive låg vårdinsats och jämförelsegrupp.

Signifikanta skillnader i LSIZ fanns mellan manliga informella vårdare med hög vårdinsats (medelvärde 15,1 SD 6,3) och manliga informella vårdare med låg vårdinsats (medelvärde 18,5 SD 5,5) och jämförelsegruppen (medelvärde 18,2 (SD 5,3) (p-värde 0,001). Vid reducerat p-värde 0,017 fanns inga signifikanta skillnader mellan kvinnorna med hög vårdinsats (medelvärde 14,4 SD 5,6, och kvinnorna med låg vårdinsats (16,7 SD 5,7) eller jämförelsegruppen (17,2 SD 5,4). Högst LSIZ rapporterades av den kvinnliga jämförelsegruppen (medelvärde 17,2 (5,4) och lägst av kvinnliga

informella vårdare med hög vårdinsats (medelvärde 14,1 SD 5,6), medan kvinnliga informella vårdare med låg vårdinsats hade ett medelvärde på 16,7 SD 5,7 (figur 7).



Figur 7. Distributionen av LSIZ för män och kvinnor, informella vårdare, med hög respekive låg vårdinsats och jämförelsegruppen (Mörka staplar män, ljusa staplar kvinnor).

Faktorer som predicerade livstillfredsställelse

I det totala urvalet n=1 801 visade det sig att låga (OR 8,1) och medelmåttiga (OR 3,1) sociala resurser, dålig hälsa (OR 2,7), att vara informell vårdare med hög vårdinsats (OR 2,2) och att inte känna sig utsövd efter en natts sömn (OR 2,1) predicerade låg livstillfredsställelse. Yrkesarbete minskade risken för låg livstillfredsställelse (OR 0,5). Eftersom att vara informell vårdare med hög vårdinsats visade sig öka risken för låg livstillfredsställelse upprepades regressionsanalysen med varje grupp för sig. I alla tre grupperna innebar låga sociala resurser den högsta risken för låg livstillfredsställelse; informella vårdare med hög vårdinsats (OR 13,0), informella vårdare med låg vårdinsats (OR 10,6) och jämförelsegruppen (OR 7,4). Dålig hälsa ökade risken för låg livstillfredsställelse i alla tre grupperna (informella vårdare med hög vårdinsats OR 2,5, informella vårdare med låg vårdinsats OR 2,4, jämförelsegruppen OR 2,9). Att inte vara utsövd efter en natts sömn ökade risken för låg livstillfredsställelse hos informella vårdare med låg vårdinsats (OR 2,1) och i jämförelsegruppen (OR 2,1). Att bo ensam ökade risken för låg tillfredsställelse med livet hos informella vårdare med låg vårdinsats (OR 2,3) och jämförelsegruppen (OR 2,0). I jämförelsegruppen minskade yrkesarbete risken för låg livstillfredsställelse (OR 0,5).

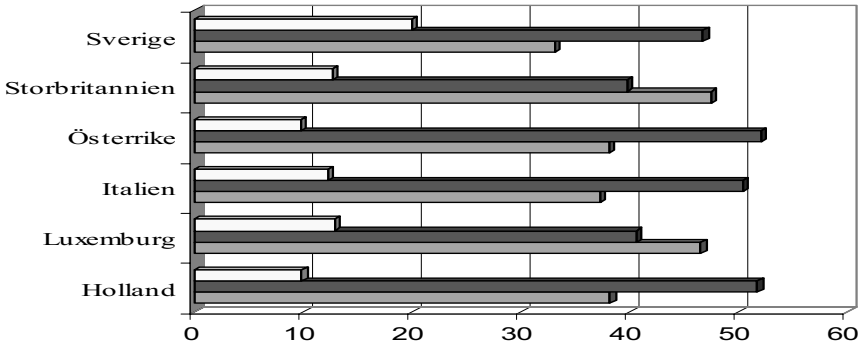
Stöd i samband med informell vård

Av samtliga informella vårdare hade 25,9 % stöd för sitt vårdande. Tillgång till stöd var vanligare hos dem med hög vårdinsats (34,9 %) jämfört med dem med låg vårdinsats (22,2 %). Samtal med närstående (41 %), hjälp från vårdpersonal (40 %) och

hjälp från distriktssköterskan (11,4 %) var de vanligaste stödåtgärderna. 7,6 % deltog i frivilligorganisationers verksamhet som kyrklig aktivitet eller någon studiecirkel. Av dem som inte i nuläget hade något stöd för sitt vårdande var det 11,6 % som hade önskat stöd. Stöd var i signifikant högre utsträckning önskvärt ibland informella vårdare med hög vårdinsats (23,1 %) jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (7,7 %) (p-värde <0,0001). De önskemål om stöd och hjälp som angavs var; ekonomiskt stöd från att bli avlönad till ekonomisk kompensation (30 % n=9), avlösningsvård så att de kunde få tid för sig själv. Det fanns önskemål från 1 timme i veckan till 1-2 dagar per vecka (16,7 % n=5), rådgivning eller att bara prata med någon i samma situation, i form av grupper eller någon att ringa till (26,7 % n=8), hjälp med omvårdnad (16,7 % n=5) samt hjälp med städning och inköp (10,0 %, n=3).

Studie 3. Livstillfredsställelse hos personer med nedsatt funktionsförmåga i sex europeiska länder

I studie III ingick 2 195 respondenter med nedsatt funktionsförmåga från sex europeiska länder i åldern 65-89 år. Det svenska urvalet (medelålder 77,6 år SD 6,5) var signifikant äldre jämfört med urvalet från Luxemburg (medelålder 75,5 år SD 7,0) och Storbritannien (medelålder 75,5 SD 6,5) (p-värde <0,003) (figur 8).



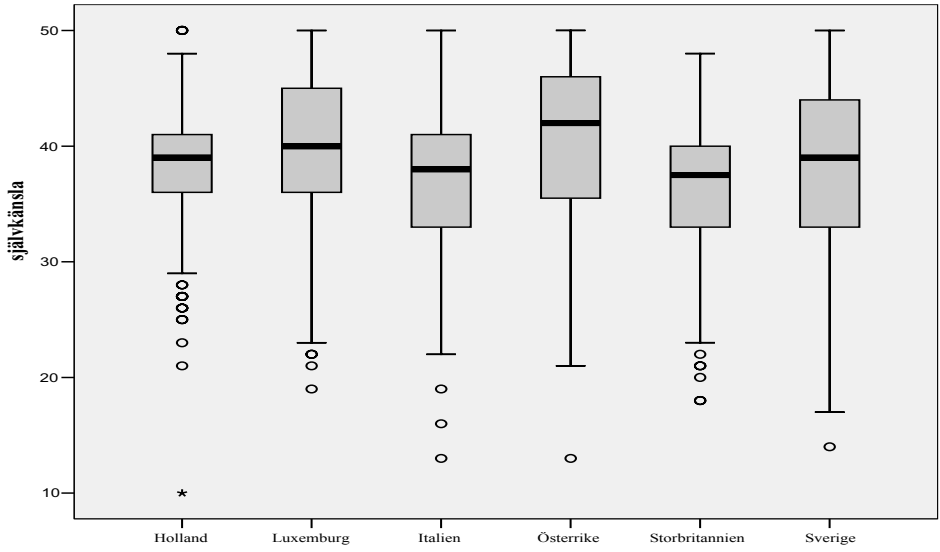
Figur 8. Procentuell fördelning av åldersgrupperna 65-74, 75-84 och 85-89 år i de sex länderna (Ljusgrå stapel 65-74 år, mörkgrå stapel 75-84 år och vit stapel 85-89 år).

I alla urval utom det svenska deltog signifikant fler kvinnor än män (p-värde <0,0001), där istället signifikant fler män (p-värde <0,0001) deltog. I urvalet från Sverige (68,4 %) var signifikant fler gifta jämfört med de andra urvalen (p-värde <0,0001). Urvalet från Sverige hade också signifikant fler som bodde tillsammans med någon jämfört med de övriga urvalen (p-värde <0,0001). Urvalen från Sverige (49,8 %) och Luxemburg (49,0 %) hade signifikant fler med högre utbildning jämfört med de övriga urvalen (20,5-41,0 %) (p-värde <0,0001).

Självkänsla och livstillfredsställelse

Urvalen från Österrike (medelvärde 40,6 SD 6,9) och Luxemburg (medelvärde 40,0 SD 6,7) hade högst värde på instrumentet för att mäta självkänsla medan lägst

självkänsla fanns i urvalet från Storbritannien (medelvärde 36,7 SD 5,8) och de övriga urvalen låg däremellan (Sverige 38,4 SD 7,2, Holland 38,1 SD 4,9 och Italien 37,4 SD 6,2). Signifikanta skillnader efter reducerat p-värde fanns mellan urvalen från Holland-Luxemburg, Holland-Österrike, Luxemburg-Italien, Luxemburg-Storbritannien, Italien-Österrike, Österrike-Storbritannien samt Österrike-Sverige (p-värde <0,003) (figur 9).



Figur 9. Distributionen för värdena avseende självkänsla i de sex länderna.

Urvalet från Italien (medelvärde 12,2 SD 5,3) hade signifikant lägre livstillfredsställelse (LSIZ) jämfört med urvalen från de övriga fem länderna (medelvärde 15,4-16,3). Högst LSIZ återfanns i urvalet från Holland. Inga signifikanta skillnader fanns mellan urvalen från de övriga länderna vid reducerat p-värde.

Hälsofaktorer

Signifikanta skillnader i funktionsförmåga fanns mellan urvalen från de olika länderna (p-värde <0,0001). Flest respondenter med lätt nedsatt funktionsförmåga hade Holland (67,8 %). I det svenska urvalet rapporterade 37,5 % av respondenterna lätt nedsatt funktionsförmåga. Österrikes, Luxemburgs och Italiens urval hade flest respondenter med omfattande eller total nedsättning i funktionsförmåga (19,3-21,8 %) jämfört med Hollands urval, som hade minst andel (6,4 %). Hushållsarbete var den vanligaste aktiviteten respondenterna inte själva kunde utföra eller behövde hjälp med. Högst andel av respondenterna som inte själva kunde utföra hushållsarbete hade Luxemburgs

Tabell 5. Hälsa, läkemedel och sjukdomar hos äldre med nedsatt funktionsförmåga i de sex länderna.

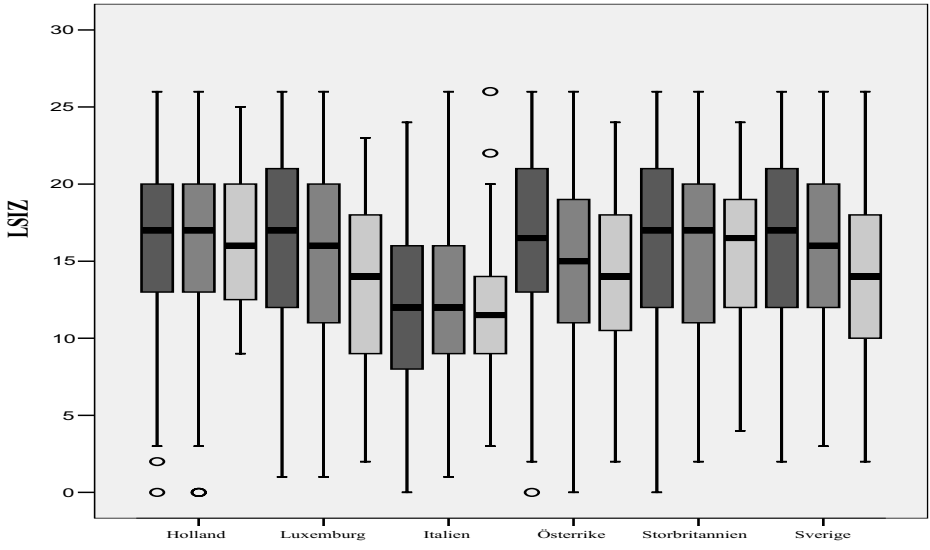
	Holland n= 363	Luxemburg n= 389	Italien n= 357	Österrike n= 357	Storbritannien n= 284	Sverige n= 445
Allmän hälsa						
Utmärkt	8,0	5,0	2,3	3,2	7,0	8,1
Bra	43,5	31,9	21,4	24,4	36,6	34,1
Någorlunda	44,3	53,1	54,1	54,4	39,1	47,0
Dålig	4,2	9,9	22,3	18,1	17,3	10,8
Hälsa jämfört med 5 år sedan						
Bättre	9,9	10,4	6,5	6,3	6,7	5,2
Ungefär samma	38,3	35,6	26,3	38,6	27,0	43,9
Sämre	51,8	54,0	67,2	55,1	66,3	50,9
Hälsoproblem som hindrar						
Inga alls	23,8	17,9	36,5	16,4	14,5	21,0
Till viss del	47,4	49,6	43,9	48,4	36,4	47,2
Till stor del	28,8	32,5	19,5	35,2	49,1	31,8
Mental hälsa						
Utmärkt	2,5	10,5	5,4	8,5	21,6	17,3
Bra	28,1	41,3	41,5	46,7	52,7	39,6
Någorlunda	58,6	42,9	42,9	37,5	18,7	37,2
Dålig	10,8	5,3	10,2	8,2	7,1	5,9
Mental hälsa jämfört med 5 år sedan						
Bättre	10,5	14,1	5,4	4,5	8,5	2,.0
Ungefär samma	64,5	46,3	54,8	56,7	58,4	73,6
Sämre	25,0	39,5	39,8	38,8	33,1	21,0
Vanliga läkemedel						
Blodtryckssänkande	39,9	39,6	54,0	52,5	46,2	46,0
Hjärtmedicin	23,7	28,7	23,5	28,2	17,9	16,5
Antikoagulantia	22,9	30,1	25,1	32,3	23,8	43,7
Diuretika	20,9	26,4	31,4	22,9	32,7	31,4
Analgetika	19,0	35,1	34,0	35,0	42,7	28,0
Läkemedel vid RA	15,4	41,0	39,5	27,3	37,3	6,5
Cirkulationshöjande	9,4	32,7	35,9	29,3	18,0	12,0
Sömnmedel	15,2	31,8	20,3	17,2	13,2	19,6
Vanliga sjukdomar/besvär						
Högt blodtryck	33,9	36,5	54,5	45,5	44,4	27,9
Reumatoid artrit	24,8	53,0	71,8	35,1	60,1	7,0
Hjärtbesvär	19,3	30,5	36,8	33,2	30,5	24,8
Starr	10,2	14,9	5,7	9,1	12,7	22,2
Kronisk bronkit	7,5	10,9	16,1	9,4	11,0	4,8
Cirkulationsbesvär	9,4	37,5	46,3	38,0	30,9	19,7
Urinbesvär inkl prostata	8,3	16,1	17,2	14,2	13,4	20,0
Mag/tarmbesvär	8.,0	19,8	20,7	12,9	14,5	10,2

urval (79,6 %) och Sveriges urval hade lägst andel (56,8 %). Det italienska urvalet hade högst andel respondenter med svårigheter att själva ta sig till platser som inte fanns inom gångavstånd (66,9 %) och det holländska urvalet hade lägst andel (23,5 %). I urvalet från Holland rapporterade 51,5 % utmärkt hälsa jämfört med 23,7 % i urvalet från Italien. Mellan 50,9-67,2 % rapporterade en sämre hälsa jämfört med för fem år sedan och 63,4-85,5 % hade något hälsoproblem som hindrade dem från att utföra det dagliga livets aktiviteter varav urvalet från Storbritannien hade den högsta andelen och Italien den lägsta (tabell 5). I urvalet från Holland rapporterade 69,4 % en någorlunda/dålig mental hälsa jämfört med 25,8 % av urvalet från Storbritannien. Mellan 21,0 % (det svenska urvalet) och 39,8 % (det italienska urvalet) rapporterade att den mentala hälsa hade försämrats de senaste fem åren.

Högt blodtryck (27,9-54,5 %) och hjärtbesvär (19,3-36,8 %) tillhörde de fem vanligaste sjukdomarna/besvären i alla sex urvalen. Reumatoid artrit var den vanligaste sjukdomen i urvalet från Italien (71,8 %), Storbritannien (60,1 %) och Luxemburg (53,0 %). Reumatoid artrit var även vanligt förekommande i urvalen från Österrikes (35,1 %) och Hollands (24,8 %). Läkemedel mot högt blodtryck var vanligast i samtliga urval utom det från Luxemburg. Mellan 39,6-54,0 % av respondenterna tog medicin mot högt blodtryck. Analgetika tillhörde också de fem vanligaste läkemedlen i samtliga urval.

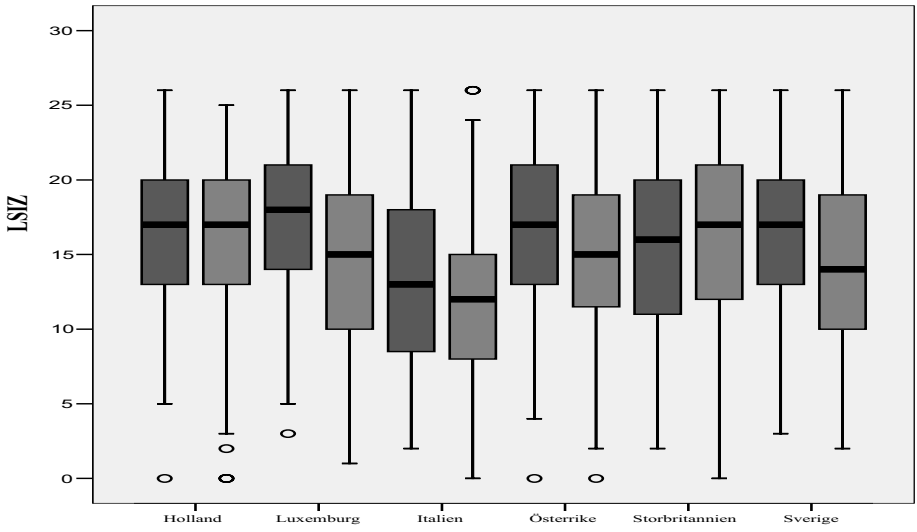
Livstillfredsställelse

Högre LSIZ var relaterat till lägre ålder jämfört med dem 85+ i alla länder utom i Italien och signifikanta skillnader fanns i urvalen från Sverige (p-värde 0,012), Luxemburg (p-värde 0,043), och Österrike (p-värde 0,024) (figur 10).



Figur 10. Distributionen av LSIZ mellan länder och mellan åldersgrupperna 65-74, 75-84 och 85-89 år (Mörkgrå stapel 65-74 år, mellangrå stapel 75-84 år och ljusgrå stapel 85-89 år).

Män hade signifikant högre LSIZ i urvalen från Luxemburg (p-värde <0,0001), Österrike (p-värde 0,004) och Sverige (p-värde <0,0001) jämfört med kvinnor (figur 11).



Figur 11. Distributionen av LSIZ hos män och kvinnor i länderna (Mörkgrå stapel män, ljusgrå stapel kvinnor).

Bättre funktionsförmåga innebar signifikant högre LSIZ i alla urval (p-värde 0,002-<0,0001). Det gällde även för hälsa, oro och deltagande i aktiviteter (p-värde <0,0001).

Tillfredsställande sociala resurser innebar signifikant högre LSIZ (p-värde <0,0001) i alla urval. Likaså innebar att känna fler än fem personer så väl att man besöker dem i deras hem signifikant högre LSIZ (p-värde 0,007-<0,0001) i alla urval utom det italienska. Att prata med någon varje dag innebar signifikant högre LSIZ i urvalen från Holland (p-värde <0,0001), Luxemburg (p-värde 0,016) och Italien (p-värde <0,0001), men inte i Österrike, Storbritannien och Sverige. Att umgås med någon varje dag innebar signifikant högre LSIZ i urvalen från Holland (p-värde <0,0001) och Italien (p-värde <0,0001). I urvalet från Sverige hade de som umgicks med någon 1-6 gånger per vecka högre LSIZ än de som umgicks med någon varje dag. Att aldrig känna sig ensam och att träffa vänner och släktingar så ofta som man önskade innebar signifikant högre LSIZ (0,001-<0,0001) i alla urval.

Tillfredsställande finansiella resurser innebar signifikant högre LSIZ (p-värde <0,0001) i alla urval. Samma riktning gällde för samtliga variabler ingående i finansiellt index dvs. bättre finansiella resurser än andra, god ekonomi i förhållande till behov, tillräckligt med pengar för att känna sig lyxig och att ha tillräckligt med pengar för framtiden innebar signifikant högre LSIZ (p-värde 0,011-<0,0001) i alla urval jämfört med sämre ekonomi än andra, dålig ekonomi i förhållande till behov, inte ha

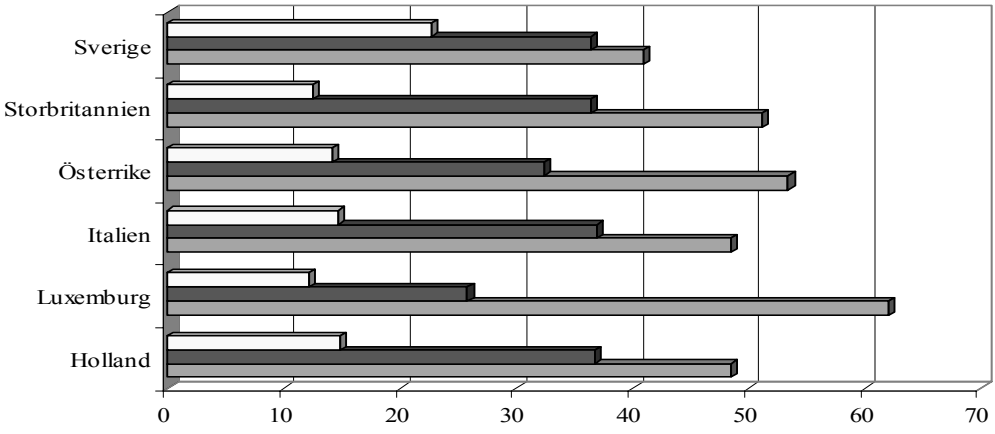
till räckligt med pengar för att känna sig lyxig och att inte ha tillräckligt med pengar för framtiden.

Faktorer som predicerade livstillfredsställelse

Regressionsanalysen visade att följande faktorer predicerade högre livstillfredsställelse; utmärkt (4,290) och god hälsa (3,509*)*, bra ekonomiska (3,398) och sociala resurser (2,803), delta i fysisk aktivitet (0,939) och hög självkänsla (0,229). Att känna sig orolig (-2,487) och tillhöra det italienska urvalet (-1,480) predicerade lägre livstillfredsställelse. Analysen upprepades med varje urval för sig. Utmärkt (3,16-6,68) och god hälsa (2,34-4,64) och hög självkänsla (0,190-0,247) predicerade hög livstillfredsställelse i alla urval. Goda finansiella och sociala resurser predicerade högre livstillfredsställelse i urvalen från Holland (4,35 och 3,94), Luxemburg (3,76 och 2,55), Storbritannien (5,16 och 2,48) och Sverige (4,89 och 1,33). Delta i fysisk aktivitet predicerade högre livstillfredsställelse i urvalen från Storbritannien (1,67) och Sverige (1,09). Att känna sig orolig predicerade lägre livstillfredsställelse i alla urvalen utom det österrikiska (-1,75—3,10).

Studie 4. Livstillfredsställelse hos personer mellan 60-89 år i sex europeiska länder

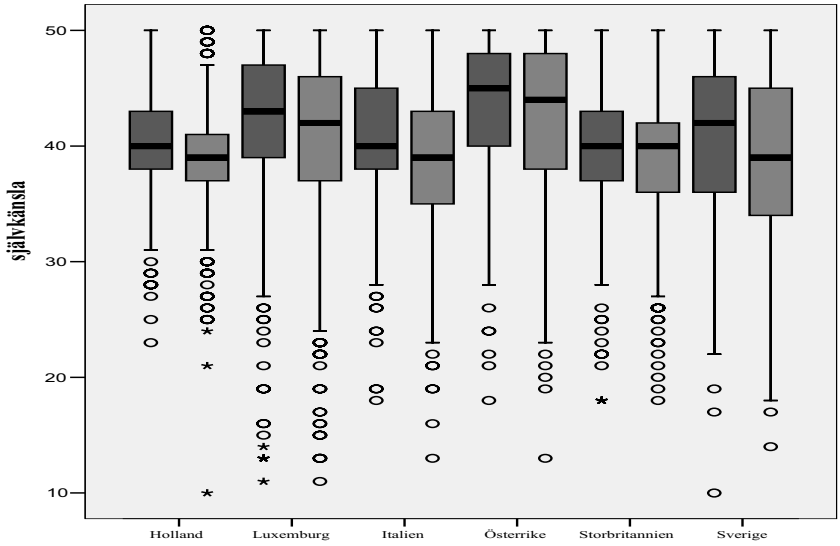
I studien ingick 7 699 personer mellan 60-89 år från sex europeiska länder. I det svenska urvalet ingick signifikant fler män än kvinnor (p-värde <0,0001) (Holland 53,5, Luxemburg 59,5, Italien 56,5, Österrike 61,0, Storbritannien 54,7 och Sverige 46,4). Andelen över 80 år var signifikant högre i urvalet från Sverige (22,6 %) jämfört med de övriga urvalen (12,2-14,8 %) (p-värde <0,0001) (figur 12) och signifikant flera som bodde ensamma jämfört med Luxemburgs (p-värde <0,0001), och Italiens urval (p-värde <0,0001).



Figur 12. Procentuell fördelning mellan åldersgrupperna 60-69, 70-79 och 80-89 år i de sex länderna. (Ljusgrå staplar 60-69, mörkgrå 70-79 och vita staplar 80-89 år)

Självkänsla och livstillfredsställelse

I det totala urvalet var medelvärdet för självkänsla 40,3 SD 6,3. Högst självkänsla rapporterades i urvalet från Österrike (medelvärde 42,7 SD 6,4) och lägst i urvalen från Holland (medelvärde 39,4 SD 4,6) och Storbritannien (medelvärde 39,4 SD 5,4) (figur 13).

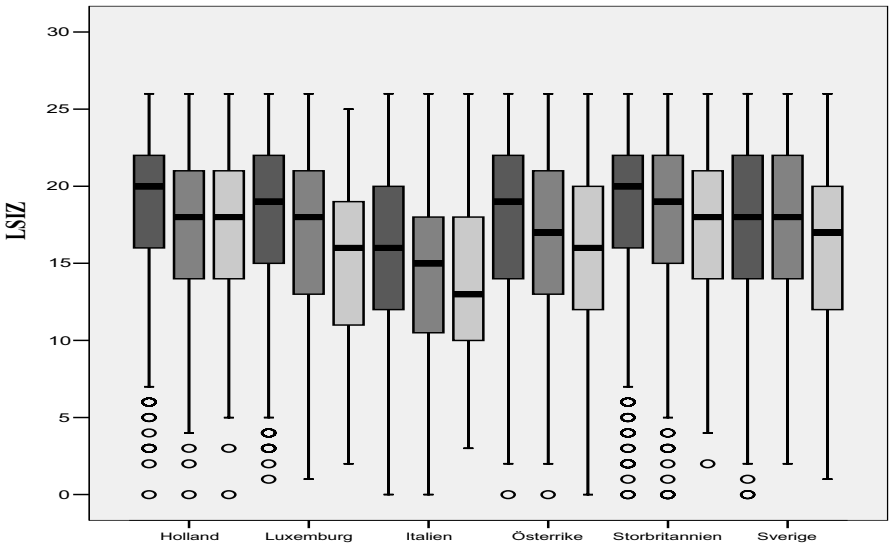


Figur 13. Distributionen av självkänsla fördelat på män och kvinnor i de sex länderna. (Mörkgrå staplar män, ljusgrå staplar kvinnor).

Det var signifikanta skillnader mellan urvalen med avseende på självkänsla (p-värde <0,0001). Skillnader var mellan urvalen från Holland-Luxemburg, Holland-Österrike, Luxemburg-Italien, Luxemburg-Österrike, Luxemburg-Storbritannien, Luxemburg-Sverige, Italien-Österrike, Österrike-Storbritannien och Österrike-Sverige (<0,003).

Livstillfredsställelse (LSIZ) uppnådde i det totala urvalet ett medelvärde på 17,1 SD 5,5. Högst LSIZ rapporterades i urvalen från Storbritannien och Holland (medelvärde 18,2 SD 5,5 och 18,1 SD 4,9). Lägst LSIZ hade urvalet i Italien (medelvärde 14,7 SD 5,5). De övriga urvalen varierade däremellan (Österrike medelvärde 17,3 SD 5,3, Luxemburg 17,2 SD 5,2 och Sverige 17,0 SD 5,6) (Figur 14).

Signifikanta skillnader efter Bonferronikorrektion fanns mellan urvalen från Holland-Luxemburg, Holland-Italien, Holland-Sverige, Luxemburg-Italien, Italien-Österrike, Italien-Storbritannien, Italien-Sverige, Österrike-Storbritannien och Storbritannien-Sverige (<0,003).



Figur 14. Distributionen av LSIZ i åldersgrupperna 60-69, 70-79 och 80-89 år i de sex länderna (Mörkgrå staplar 60-69 år, mellangrå staplar 70-79 år och ljusgrå staplar 80-89 år).

Hälsofaktorer

Signifikanta skillnader i hälsa (p-värde <0,0001) fanns mellan urvalen. Mellan 50,1-68,8 % rapporterade en utmärkt/god hälsa. Högst andel med utmärkt/god hälsa rapporterades i urvalet från Holland och lägst i urvalet från Italien. Det var signifikanta skillnader mellan urvalen avseende försämring av hälsan de senaste fem åren (p-värde <0,0001). Mellan 30,3-45,9 % rapporterade en försämrad hälsa de senaste fem åren. Högst andel som rapporterade försämrad hälsa fanns i urvalet från Italien (45,9 %) och lägst från Sveriges (30,3 %). I urvalet från Italien (medelvärde 2,5 SD 2,0) rapporterades signifikant fler sjukdomar än i det från Holland (medelvärde 1.4 SD 1.3) och Sverige (medelvärde 1,2 SD 1,5) (p-värde <0,0001). Med ökad ålder ökade antalet sjukdomar/besvär och den yngsta åldersgruppen (60-69 år) hade i medeltal 1,6 sjukdomar/besvär jämfört med 2,3 sjukdomar/besvär i den äldsta åldersgruppen (80-89 år). Högt blodtryck (21,3-45,9 %) tillhörde de fem vanligaste sjukdomarna/besvären i samtliga urval. Reumatoid artrit var vanligt förekommande i alla urval utom i det svenska. Blodtryckssänkande var det vanligaste läkemedlet i alla urvalen (Tabell 6).

Mellan 36,8-50,8 % ansåg att de inte hade några fysiska hälsoproblem som hindrade dem från att göra det de ville. Urvalet från Italien (50,8 %) hade signifikant fler som inte kände sig hindrade jämfört med urvalen från Luxemburg (38,2 %) och Österrike (36,8 %) (p-värde <0,0001). I urvalen från Storbritannien (72,9 %) och Italien (70,1 %) rapporterade signifikant fler utmärkt funktionsförmåga jämfört med urvalen från Holland (63,2 %), Luxemburg (62,2 %), Österrike (61,3 %) och Sverige (65,6 %) (p-värde <0,0001). Aktiviteter relaterade till rörelseförmåga var det som de flesta behövde hjälp med; ta sig till platser som inte var inom gångavstånd (23,5-66,9 %), handla (22,0-56,7 %) och hushållssysslor (56,8-79,6 %). 14,4-56,1 % kunde inte laga

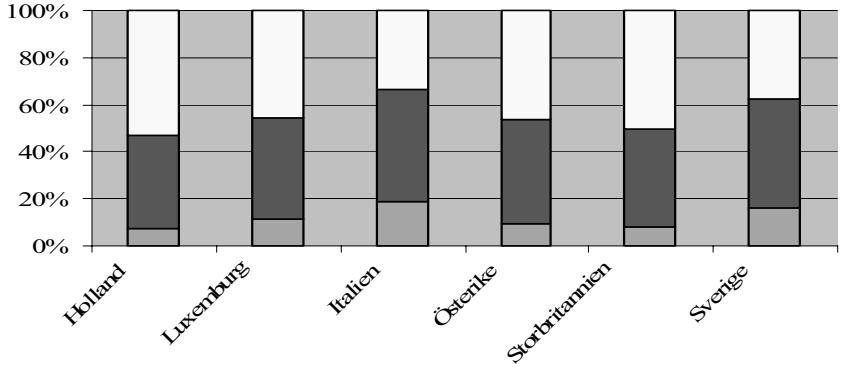
mat utan hjälp från andra. Svårigheter med att ta sig till toaletten i tid (14,8-28,1 %) och bada eller duscha (9,9-39,6 %) var även vanligt förekommande.

Tabell 6. Hälsa, läkemedel och sjukdomar hos äldre, 60-89 år

	Holland n=1 163	Luxemburg n=1 323	Italien n=1 317	Österrike n=1 193	Storbritannien n=1 233	Sverige n=1 470
Allmän hälsa						
Utmärkt	18,5	10,8	5,9	10,6	18,3	15,9
Bra	50,3	44,3	44,2	42,2	51,7	44,1
Någorlunda	28,9	40,3	41,7	39,9	23,5	35,0
Dålig	2,2	4,6	8,2	7,3	6,5	5,0
Hälsa jämfört med 5 år sedan						
Bättre	13,1	11,3	7,9	9,9	11,5	5,4
Ungefär samma	51,6	53,7	46,2	58,2	48,3	64,3
Sämre	35,3	35,0	45,9	31,9	40,2	30,3
Hälsoproblem som hindrar						
Inga alls	45,2	38,2	50,8	36,8	45,5	42,3
Till viss del	40,3	45,5	34,5	47,5	33,5	42,5
Till stor del	14,5	16,3	14,8	15,7	21,0	15,1
Mental hälsa						
Utmärkt	16,7	13,8	13,1	16,0	31,7	24,1
Bra	62,1	51,8	54,2	55,8	52,6	45,9
Någorlunda	19,9	31,8	28,3	24,9	12,4	25,8
Dålig	1,2	2,5	4,4	3,3	3,3	4,1
Mental hälsa jämfört med 5 år sedan						
Bättre	14,4	13,2	7,4	9,8	12,6	9,0
Ungefär samma	70,8	62,2	68,2	70,7	70,6	78,1
Sämre	14,8	24,6	24,4	19,5	16,7	12,9
Vanliga läkemedel						
Blodtryckssänkande	31,0	36,4	46,2	44,4	40,1	35,2
Antikoagulantia	19,2	21,6	15,8	21,4	16,8	26,3
Hjärtmedicin	17,5	17,8	14,3	15,9	10,6	9,1
Diuretika	12,8	12,8	17,8	12,6	20,0	17,5
Analgetika	12,1	23,3	26,1	21,8	28,1	19,6
Läkemedel vid RA	10,9	28,7	26,6	18,1	23,1	3,9
Cirkulationshöjande	6,5	21,5	22,5	18,8	9,5	7,2
Sömnmedel	9,1	18,8	12,6	10,1	5,8	12,9
Vanliga sjukdomar/besvär						
Högt blodtryck	27,5	32,8	45,9	38,8	38,8	21,3
Reumatoid artrit	17,5	40,8	54,5	28,5	43,9	4,4
Hjärtbesvär	15,0	19,4	21,6	19,0	19,9	14,7
Diabetes	8,7	10,6	10,6	7,1	10,2	5,2
Urinbesvär inkl prostata	6,4	11,9	13,2	9,2	7,2	13,7
Thyroidea	3,2	12,4	5,4	9,2	6,3	5,3
Cirkulationsbesvär	6,0	24,9	26,9	24,8	15,8	11,9
Mag/tarmbesvär	5,4	12,1	15,9	11,9	5,0	6,6
Starr	6,1	7,6	3,7	5,5	5,1	12,8

Sociala resurser

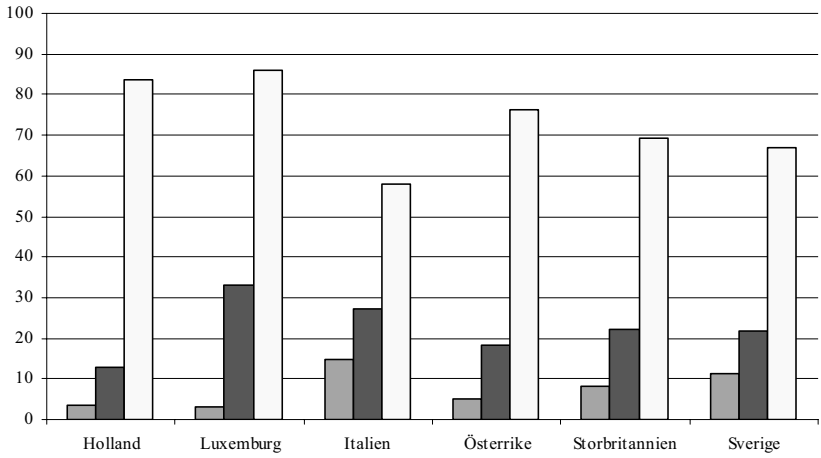
Sociala resurser skiljde sig signifikant åt mellan urvalen (p-värde <0,0001). Urvalet från Holland (53,1 %) hade högst andel med höga resurser och urvalet från Italien (33,8 %) hade lägst (figur 15). Signifikanta skillnader fanns efter Bonferronikorrektion mellan Holland-Italien, Holland-Österrike, Luxemburg-Italien, Luxemburg-Österrike, Luxemburg-Storbritannien, Italien-Österrike, Italien-Storbritannien och Italien-Sverige. Mellan 85,0 % (Italien) och 97,9 % (Österrike) hade någon att anförtro sig åt (övriga urvalen varierade mellan 89,7-97,1 %) och mellan 72,2 % (Italien) och 83,8 % (Luxemburg) träffade sina vänner och anhöriga så ofta de önskade. Mellan 72,3-83,5 % i de övriga urvalen träffade sina vänner så ofta som de önskade. Urvalet från Sverige hade signifikant färre som dagligen pratade (p-värde <0,0001) och umgicks (p-värde <0,0001) med någon jämfört med de övriga urvalen (Bonferroni korrektion <0,003).



Figur 15. Fördelning för sociala resurser (låga, medium och höga) hos 60-89 år i de sex länderna.(Ljusgrå staplar låga, mörkgrå staplar medium och vita staplar höga resurser)

Ekonomiska resurser

Ekonomiska resurser skiljde sig signifikant åt mellan urvalen (p-värde <0,0001). Urvalet från Luxemburg (86,0 %) hade högst andel med goda ekonomiska resurser och urvalet från Italien (58,0 %) hade lägst andel. De övriga urvalen varierade mellan 69,4-83,8 % (figur 16). Signifikanta skillnader fanns efter Bonferronikorrektion mellan Holland-Italien, Holland-Österrike, Holland-Storbritannien, Holland-Sverige, Luxemburg-Italien, Luxemburg-Österrike, Luxemburg-Storbritannien, Luxemburg-Sverige, Italien-Österrike, Italien-Storbritannien, Italien-Sverige, Österrike-Storbritannien och Österrike-Sverige (p-värde <0,003). Urvalet från Italien hade signifikant fler som angav dåliga ekonomiska resurser i förhållande till behov (17,4 %) jämfört med 3,3-10,4 % för de övriga urvalen (p-värde <0,0001).



Figur. 16. Ekonomiska resurser (låga, medium och höga) i de sex länderna. (Ljusgrå staplar låga, mörkgrå staplar medium och vita staplar höga resurser).

Faktorer som predicerade ökad risk för låg livstillfredsställelse

Dåliga sociala resurser dvs. låg omfattning och missnöjdhet med familj och vänrelationer (OR 5,3), dåliga ekonomiska resurser (OR 5,1) och låg självkänsla (OR 2,8) innebar den högsta risken för låg livstillfredsställelse. För att identifiera likheter och skillnader mellan urvalen utfördes analysen var för sig i samtliga urval. Fyra faktorer visade sig predicera låg livstillfredsställelse i alla urvalen. Dessa fyra faktorer var sociala resurser medium (OR 1,5-3,6) och låga (OR 2,8-8,7), hög omfattning av hälsoproblem som hindrade personen från att utföra aktiviteter så som önskat (OR 2,0-6,2), självkänsla (OR 2,1-5,5) och dåliga finansiella resurser (OR 1,8-15,6). Nedsatt funktionsförmåga predicerade låg livstillfredsställelse i urvalet från Holland (OR 1,9-18,2), Österrike (OR 1,6-3,6) och Storbritannien (OR 3,5). Antal sjukdomar predicerade låg livstillfredsställelse i urvalet från Luxemburg (OR 1,1) och att vara kvinna i det italienska (OR 0,7), österrikiska (OR 0,6) och svenska urvalet (OR 0,7).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Forskning där människor medverkar kan innebära problem som kan ha betydelse för studiens trovärdighet. I denna avhandling ingår urval från sex olika länder (studie III-IV). Personerna som ingår i studien skulle vara representativa för respektive land i åldrarna 50-89 år. Att samla in data i sex olika länder ökar risken för bias (van de Vijver & Leung 1997). Även om det finns många risker med att inkludera flera länder i ett forskningsprojekt så kan fördelarna överväga nackdelarna. Framförallt kan forskning som inkludera flera länder, där samma instrument används och där data samlas in vid samma tidpunkt, medföra att resultaten valideras (Vitterso et al. 2002). Vitterso menar att det är först när resultaten från det egna urvalet också har bekräftats med resultat från andra studier eller urval som det går att dra generella slutsatser om resultatens giltighet. Metodproblem kommer att diskuteras i relation till: intern validitet, statistisk validitet, reliabilitet, begreppslig bias samt generaliserbarhet.

Intern validitet

Studierna genomfördes med kvantitativ metod (studie I-IV) med ett gemensamt frågeformulär för alla deltagande länderna. Kvantitativ forskning innebär alltid en risk för att det är andra orsaker än de inkluderade oberoende variablerna som förklara studiens resultat (Kazdin 1998). Vid planering av en studie är det därför av vikt att den läggs upp och genomförs på ett sådant sätt att hot mot studiens validitet elimineras. Det kan handla om att urvalen bör vara jämförbara i faktorer som ålder och kön. Det kan annars bli svårt att utesluta att resultatet beror på respondenternas bakomliggande historia istället för egentliga skillnader.

Risken för att deltagarnas bakomliggande historia eller kultur påverkar studiens interna validitet är störst i samband med insamling av data vid upprepade tillfällen och vid interventionsstudier (Kazdin 1998). Det kan då vara svårt att utvärdera om resultatet är en effekt av interventionen eller av deltagarnas förändrade situation. Designen för studierna i denna avhandling var tvärsnittstudie, vilket innebar att all datainsamlingen skedde vid ett tillfälle. Det finns därför ingen anledning att tro att respondenternas historia skulle ha påverkat studiens validitet. Som en följd av att respondenterna kom från olika länder finns kulturella skillnader. Det var emellertid projektets syfte att inkludera flera länder i studien och därmed också beskriva olikheter såväl som likheter mellan länderna med avseende på livstillfredsställelse.

Urvalsförfarandet skiljde sig åt mellan länderna och det kan ha medfört att urvalen i alla avseende inte blivit helt jämförbara. ESAW startades som ett gemensamt projekt med de sex deltagande länderna. Det visade sig att det inte var möjligt att samla in data på likvärdigt sätt i alla länder, beroende på olika tillgång till befolkningsregister. I Sverige är det möjligt att använda befolkningsregister vid urvalsförfarande vilket användes för den svenska delen av ESAW-studien (studie I-IV). Urvalet beställdes så att andelen män och kvinnor skulle stämma överens med Sveriges befolkning om lika många hade svarat. Storbritannien använde sig av dörrknackning i bestämda

geografiska områden och frågade om någon var mellan 50-89 år och kunde tänka sig medverka i studien. Storbritannien la upp sina tänkbara respondenter i en databas och därifrån gjordes sedan urvalet. Andra länder, bl.a. Holland, använde sig av pensionärsorganisationer för att identifiera möjliga respondenter. De olika urvalsförfarandena kan vara en bidragande orsak till att Holland fångade ett friskare urval än de övriga länderna. Det finns också risk att fånga ett homogent urval eftersom alla som kontinuerligt besöker pensionärsorganisationen har någon form av gemensamma intressen och representerar troligtvis inte landets befolkning som helhet. Skillnaderna i urvalsförfarande kan få konsekvens vid jämförelse mellan länderna. För att eliminera risken med att fastslå skillnader mellan urvalen som egentligen berodde på skevhet i urvalen har jämförelserna mellan länderna tonats ned och kön och ålder har kontrollerats för i analyserna. Valet blev i stället att utgå från individuella profiler av faktorer associerade till tillfredsställelse med livet i respektive land. I de fall jämförelse mellan länderna har gjorts ska dessa jämförelser huvudsakligen ses som en vägledning för tolkning av resultaten. Det hade varit önskvärt om urvalen varit jämförbara i bakgrundsfaktorer, såsom utbildningsnivå, ålder och kön (van de Vijver & Leung 1997). I alla urvalen, med undantag av Sveriges, var andelen kvinnor större än män. Tidigare forskning har visat att kvinnor deltar i större utsträckning än män i enkätstudier (Sogaard et al. 2004). Det var speciellt svenska män i åldern 70-79 år som svarade i högre utsträckning. Även i Sogaards et al. (2004) studie visade det sig att män i åldern 75-76 år hade högre svarsfrekvens (58,2 %) än kvinnorna (50,0 %). Som helhet hade kvinnorna (49,3 %) en högre svarsfrekvens än männen (42,4 %) i Sogaards studie, vilket stämmer väl överens med de övriga urvalen ingående i ESAW. Österrikes urval (60-89 år) visade sig exempelvis ha en markant övervikt av kvinnor (61,0 %) jämfört med män (39,0 %). Det är svårt att uttala sig om varför könsskillnaderna blev så stora i urvalen. Holland (män 46,5 %, kvinnor 53,5 %) och Sverige (män 53,6 %, kvinnor 46,4 %) hade de urval som visade sig ha bäst balans mellan könen . Det kan bero på att både män och kvinnor i lika stor utsträckning deltar i pensionärsorganisationernas verksamhet och att Sveriges urval beställdes via befolkningsregistret. För att minska risken för att den totala datafilen skulle skilja sig åt viktades filen för ålder och kön. Den viktade filen användes emellertid inte i denna avhandlingsanalysen. Istället valdes att kontrollera för ålder och kön och i studie III även för funktionsförmåga.

Statistisk validitet

Statistisk validitet handlar om att felaktiga slutledningar görs och benämns typ I-fel och typ II-fel (Kazdin 1998). Typ I-fel innebär att forskaren förkastar nollhypotesen när den i verkligheten är sann dvs. forskaren drar en falsk positiv slutsats. I denna avhandling (studie I-IV) användes en 5-procentig signifikansgräns. När jämförelse mellan flera grupper gjordes (studie II) användes ett reducerat p-värde (<0,017) för att undvika risken för typ I-fel. I studie III-IV användes ett reducerat p-värde på <0,003 för att undvika typ I-fel. Altman rekommenderar inte jämförelser mellan fler än fem grupper (Altman 1991) och därför användes jämförelserna mellan de sex länderna endast som en vägledning för tolkning av resultaten, dvs. för att identifiera mellan vilka länder det kunde föreligga statistiska skillander. Typ II-fel innebär att forskaren

accepterar nollhypotesen när den i verkligheten är falsk. Forskaren ser skillnader i medelvärde mellan grupperna men statistiskt blir värdet >0,05. En vanlig anledning till typ II-fel är att studien varit underdimensionerad, dvs. den omfattar för få deltagare. Inför datainsamlingen gjordes ingen powerberäkning för att minska risken för typ II-fel. Studien vände sig emellertid till ett stort antal respondenter och sannolikheten för typ II-fel måste anses vara relativt liten. Snarare är problemet att stora urval ger statistiskt signifikans som inte alltid innebär en klinisk signifikans.

Reliabilitet

Bristande konsistens i de instrument som används kan få konsekvenser för studiens validitet (Kazdin 1998, Streiner & Norman 1995). Vid val av instrument för en studie är det av vikt att använda instrument som anses tillförlitliga eller reliabla och accepterade för vetenskapliga studier. Det vanligaste sättet att presentera ett instruments reliabilitet är att analysera instrumentet med Cronbach's alpha (Cronbach 1951). Streiner och Norman (1995) anger att ett Cronbach's alpha på 0,75 är ett minimum för att instrument ska anses vara användbart. Cronbach's alpha avser endast *en* typ av reliabilitet, dvs. instrumentets interna konsistens, som innebär. att frågorna i instrumentet mäter samma underliggande begrepp (Streiner & Norman 1995). I denna avhandling ingår flera instrument (LSIZ, self-esteem) bestående av flera frågor som sedan är sammanräknade till en summa. Ett instruments Cronbach's alpha kan variera i olika urval och det är därför av vikt att analysera instrumentets användbarhet i det aktuella urvalet. Instrumentet för att mäta livstillfredsställelse (LSIZ) visade sig ha tillfredsställande Cronbach's alpha i samtliga urval (studie IV Cronbach's alpha 0,77). Även instrumentet för att mäta självkänsla visade sig vara tillförlitligt i de olika urvalen från de olika länderna (studie IV Cronbach's alpha 0,82). I studierna har även ett index för sociala och materiella resurser använts. Sociala resurser har tidigare använt som index med relativt låga Cronbach's alpha som resultat (Fillenbaum 1988). Även studierna ingående i denna avhandling visade låga värden för indexet rörande sociala resurser (studie IV Cronbach's alpha 0,56). De sex frågorna som ingick i indexet avsåg att mäta både kontakter (socialt nätverk) och tillgång till någon att anförtro sig åt som mer kan hänföras till socialt stöd. Det kan vara en förklaring till varför socialt index visade sig ha låg intern konsistens. Det finns både för- och nackdelar med att använda sig av index istället för enskilda frågor. Flera frågor ökar sannolikheten för att ett underliggande begrepp fångas in på ett trovärdigt sätt. En annan fördel med index kan vara att faktorn får en starkare förklaringskraft i regressionsanalysen, medan nackdelen är att det inte går att uttala sig om vilka av de ingående delfrågorna som bidrar mest till förklaringen. I studie I användes enskilda frågor eftersom syftet var att undersöka ensamhetens betydelse för livstillfredsställelse och det hade inte varit möjligt att undersöka genom att använda ett socialt index. Syftet med studien styr således valet mellan att använda index eller enskilda frågor.

En annan typ av reliabilitet handlar om i vad mån mätningen eller instrumentet kan anses ha stabilitet över tid, mellan olika bedömare eller under olika förutsättningar. I föreliggande avhandling användes tvärsnittsdesign och det var därför inte möjligt att

mäta stabilitet över tid i instrumenten. OARS är tidigare testat för stabilitet med tillfredsställande resultat (Fillenbaum 1988).

Metodproblem som förekommer vid studier mellan flera länder (studie III-IV) kommer fortsättningsvis att diskuteras utifrån van de Vijver och Poortingas (1997) beskrivning av olika typer av bias som kan förekomma vid studier med flera länder inkluderade.

Begreppslig bias

Enligt van de Vijver och Poortinga (1997) föreligger begreppsbias (systematiskt fel i någon del av undersökningen) när begrepp inte kan anses vara identiska i länderna. I avhandlingen används väletablerade instrument som tidigare använts i forskning på äldre (Hillerås *et al.* 2001, Sarvimaki & Stenbock-Hult 2000, Wood *et al.* 1969) och i tvärkulturella studier (Diener & Diener 1995).

Ett problem som kan finnas med studier i flera länder är att frågekonstruktionen eller sättet att formulera en fråga inte stämmer mellan olika länder. Ord kan ha olika innebörd i olika kulturer, vilket hänförs till ”items bias” (van de Vijver & Leung 1997). Det kan bero på kulturella skillnader som kan innebära att personer i vissa länder har svårt att ta ställning till vissa påståenden. Dålig översättning kan också bidra till att frågorna inte blir jämförbara mellan olika länder. Vid översättning av instrument från dess originalspråk, som i de flesta fall är engelska, till exempelvis svenska kan problem uppstå i och med att det ibland kan vara svårt att finna motsvarande ord i det språk man översätter till. Det kan således finnas tillfällen när motsvarande innebörd av ordet inte finns i det språk som det ska översättas till. Ett sätt att undersöka översättningens validitet kan vara att jämföra den nya översättningen med originalet genom att statistiskt kontrollera instrumentet för ”differential item functioning” (DIF) (Fukuhara et al. 1998). Det bör emellertid göras innan datainsamlingen genomförs och gjordes inte i detta fall. Vid gemensamma sammankomster diskuterades däremot de ingående ländernas översättningar vid upprepade tillfällen före själva datainsamlingen. Eventuella skillnader korrigerades i möjligaste mån för att likheterna skulle bli så stora som möjligt. Av de frågor som ingår i föreliggande avhandling har inga skillnader i översättning upptäckts som inneburit att frågor har uteslutits.

Andra metodproblem som kan finnas vid jämförande studier mellan flera länder är bl.a. kulturella aspekter på hur människor förhåller sig till att besvara standardiserade frågeformulär (van de Vijver & Leung 1997). Även om begrepp som livstillfredsställelse och självkänsla är väl definierade i de flesta länder finns det ingen garanti för att det inte uppstår bias vid sammanräkning av de ingående frågorna. Det italienska urvalet avvek från de övriga länderna i medelvärde på LSIZ. En djupare analys av de ingående påståendena gjordes för att finna om det var några påståenden som resulterade i det lägre medelvärdet. Det gjordes en ny summerad totalsumma baserad på 10 påståenden istället för 13. Den nya versionen av LSIZ resulterade inte i någon förbättring av medelvärdet i relation till de övriga urvalen eller i relation till originalstudien Wood et al. (1969). Cronbach’s alpha i LSIZ varierade mellan 0,72-

0,81 för de sex länderna. Cronbach's alpha testades också med versionen på 10 påståenden (utan påståenden 2,7 och 13) vilket resulterade i att Cronbach's alpha sjönk i alla länderna (0,68-0,79). Italien har tidigare rapporterat problem med instrumentet LSIA och en avkortad version bestående av 11 påståenden har testats av Franchignoni et al. (1999). Det visade sig emellertid att Cronbach's alpha inte hade högre värden i studien med 11 påståenden än vad som erhållits i detta italienska urval. Det är därför troligt att Italiens avvikelse i medelvärde beror på att italienarna har en lägre livstillfredsställelse och inte att det var något problem med instrumentet. Genom att behålla instrumentet i original ökas också möjligheterna till att kunna jämföra data med tidigare och kommande studier.

En annan svårighet som kan medföra problem vid användning av standardiserade instrument i olika länder kan vara hur respondenterna använder neutrala svarsalternativ. Neutrala svarsalternativ fanns i både LSIZ och den version av Rosenbergs self-esteem som användes i denna avhandling. Totalsumman eller den upplevda livstillfredsställelsen och självkänslan blir högre om respondenten svarar neutralt istället för att ta ställning i fel riktning enligt konstruktören för instrumentet. LSIZ var tidigare använd på samma sätt som i denna avhandling (studie I, II, III och IV) med väl överensstämmande resultat (Morgan et al. 1987, Wood et al. 1969). Self-esteem används i denna avhandling med en version innehållande fem svarsalternativ istället för fyra. Det femte svarsalternativet var ett neutralt alternativ, vilket medför att den maximala summan blir 50 istället för 40. Ändringen med ett neutralt svarsalternativ mellan de två positiva och de två negativa svarsalternativen innebär således att den sammanräknade totalsumman får ett medelvärde på 30,0 vid neutrala svar på instrumentets samtliga påståenden. Det visade sig emellertid vid närmare analys att det neutrala alternativet inte hade vållat något större problem. Det var mellan 6,1-17,7 % som svarat neutralt på de olika svarsalternativen. Flest neutrala svar (17,7 %) fick påstående sju där respondenterna skulle ta ställning till om de borde ta mer hänsyn till sig själva. Förändringen från originalets fyra alternativ till fem svarsalternativ medförde därmed inga problem för instrumentets reliabilitet, däremot minskade möjligheten för jämförelse med tidigare studier.

Metodproblem kan även hänföras till intervjueffekter (van de Vijver & Leung 1997). Det finns risk att intervjuaren styr respondenten mot de svar som önskas eller att respondenten svarar som han eller hon tror att intervjuaren vill ha svaret. Frågeformulären var i samtliga länder översatta till landets hemspråk och alla intervjuer utfördes på ett språk som var välkänt för deltagarna. I de flesta länderna samlades data in med hjälp av tränade intervjuare, medan data i Sverige till största delen samlades in genom en postenkät. Innan studien påbörjades i Sverige prövades i en pilotstudie ett år innan själva datainsamlingen både att ringa upp deltagare och erbjuda dem att medverka i en personlig intervju och att skicka ut en postenkät. Pilotstudien visade att postenkäten fungerade väl för att samla in data, framförallt i de yngre åldersgrupperna. De allra äldsta deltog inte i högre utsträckning även om de blev personligen uppringda, efter att ha fått ett brev om studiens syfte och att forskarteamet ämnade ta kontakt med dem och erbjuda dem att delta i studien, jämfört med att enbart bli erbjuden att delta via brev. En annan anledning till att välja postenkät framför

personlig intervju är att det har visat sig att värdering av t.ex. livstillfredsställelse tenderar att bli högre vid personliga intervjuer än vid datainsamling med anonyma frågeformulär (Veenhoven 1984). Fördelen med att personligen intervjua en person är emellertid att möjlighet ges till att förklara en fråga som är svår att förstå. Personlig intervju kan således bidra till att reducera det interna bortfallet. Enkäter med stort internt bortfall kompletterades med telefonintervju. Det innebar att alla enkäter gicks igenom och de respondenter som hade återsänt enkäten med stort internt bortfall ringdes upp och komplettering av de frågor som inte var ifyllda gjordes. Det var framförallt de standardiserade instrumenten som visade sig ha högt internt bortfall. En anledning till att instrumenten hade högre internt bortfall än de enskilda frågorna kan vara att de var placerade i slutet av frågeformuläret. Det var en svaghet att inte data samlades in på samma sätt i samtliga länder, men det är svårt att uttala sig om på vilket sätt det har påverkat resultatet.

Generaliserbarhet

Vid all forskning är målsättningen att resultatet skall vara giltiga även utanför det urval, eller område som forskningen har bedrivits i (Kazdin 1998). Urvalen från studie I-II och studie III-IV (svenska delen) kom från befolkningen och vände sig således inte till någon specifik grupp i samhället utanför de köns och ålderskriterier som fanns med vid studiens start. De frågor som är aktuella för att kunna dra slutsatser om urvalets giltighet är hur stor påverkan den låga svarsfrekvensen (41,4 %) haft för studiernas giltighet.

Svarsfrekvensen varierade i de olika åldersgrupperna och högst svarsfrekvens erhölls från dem i åldern 65-74 år (46,0 %) och lägst från dem i åldern 85-89 år (29,6 %). Den yngsta åldersgruppen hade lägre svarsfrekvens än åldersgrupperna 65-74 år och 75-84 år. De allra sköraste i samhället återfinns bland den äldsta åldergruppen, vilket kan förklara den låga svarsfrekvensen i denna åldersgrupp. Det är emellertid svårare att förklara att den yngsta åldersgruppen svarar i lägre utsträckning. Det skulle kunna vara så att studien innehöll övervägande frågor om åldrandet och faktorer som bidrar till gott åldrande, vilket skulle kunna innebära att personer som är mitt uppe i arbetslivet inte tycker att frågorna berör dem. Det bekräftades delvis genom den pilotstudie som genomfördes före den huvudsakliga datainsamlingen. Efter pilotstudien gjordes språkliga förändringar och titeln på studien förändrades från ”Det goda åldrandet” (Ageing well) till ”Det goda livet”. De visade sig att personer i 50-årsåldern inte kände sig komfortabla med begreppet åldrandet och ansåg inte heller att det var relevant för dem. I tre av fyra studier valdes att exkludera den yngsta åldersgruppen eftersom det huvudsakliga syftet i denna avhandling har varit att studera äldre med nedsatt funktionsförmåga. I studie II ingick alla åldersgrupperna eftersom syftet där var att inkludera även dem som var yrkesverksamma. Det hade varit önskvärt med högre svarsfrekvens för att med säkerhet kunna dra säkrare slutsatser. Vid bortfallsanalysen visade det sig emellertid att de som deltog inte skiljde sig i någon större utsträckning från med dem som valde att inte delta med avseende på ålder (tabell 1).

Resultaten från studie I och III baserades på äldre (65-89 år) med nedsatt funktionsförmåga. Urvalet gjordes inte ursprungligen för att fånga personer med nedsatt funktionsförmåga och det är därför svårt att uttala sig om hur väl detta urval kan generaliseras till äldre med nedsatt funktionsförmåga upplever sin situation. Det är få enkätstudier som undersökt äldre med nedsatt funktionsförmåga (Kasper *et al.* 1999, Osberg *et al.* 1987) troligtvis beroende på att det är svårt att få dem att ställa upp i forskningsprojekt på grund av deras hälsotillstånd (Kaldenberg *et al.* 1994). Det svenska urvalet (studie I) skiljer sig från det europeiska (studie III) så till vida att i det svenska urvalet (studie I) har inte boende i särskilt boende exkluderats. Då särskilt boende räknas som eget boende i Sverige var det inte möjligt att exkludera dem vid beställning av urvalet från befolkningsregistret. Den sortering som resulterade i skillnaden mellan antalet respondenter i studie I och studie III har skett manuellt. Sorteringen gjordes för att få ett så jämförbart urval med övriga länder som möjligt eftersom de andra länderna valt att exkludera alla som bodde i någon form av institutionsboende. Inkluderade respondenter boende i särskilt boende i den svenska delen (studie I) var få och generalisering till äldre boende i särskilt boende måste göras med reservation för de allra mest funktionsnedsatta och äldre med demenssjukdomar i senare stadier som inte finns med i studien. Ur svenskt perspektiv ansågs det viktigt att inkludera även de boende i särskilt boende och därför erbjöds de hjälp med att fylla i frågeformuläret.

I studie II var syftet att undersöka informella vårdare med olika grad av vårdinsats. Studien (studie II) visade att 19,6 % utförde informell vård till någon med nedsatt hälsa. Andelen som visade sig vara informella vårdare i detta befolkningsurval stämde ganska väl överens med tidigare studier (Donelan *et al.* 2002, Ekwall *et al.* 2004). Så trots att svarsfrekvensen var låg ser det ut som om andelen informella vårdare stämde ganska väl överens med resultat från tidigare studier. Det finns därför anledning att tro att studien har lyckats fånga dem i samhället som i någon form hjälper närstående till följd av nedsatt hälsa. Det interna bortfallet var stort för de öppna frågorna rörande informell vård. Det behövs troligtvis ett annat närmande för att få svar på framförallt vilken typ av stöd som de informella vårdarna behöver. Den delen av studien får därför ses som en indikator gällande vilka områden som kan vara angelägna för informella vårdare att få stöd inom. Det behövs således mer forskning om informella vårdares behov av stöd och förslagsvis med ett kvalitativt angreppssätt.

Studie III och IV omfattade personer från sex europeiska länder. Avsikten var att urvalen skulle vara representativa för respektive land i förhållande till befolkningsstrukturen. Varje land har gjort sin egen datainsamling och ansvarade för sitt respektive material. Under datainsamlingsprocessen förde varje land protokoll för att beskriva processen och säkerställa urvalens kvalitet. Det var även flera forskningssammankomster, där representanter från respektive land ingick. Alla representanterna från de olika länderna har följt de möjligheter som finns i respektive land för att genomföra ett forskningsprojekt. Det finns svagheter framförallt i de olika sätten att rekrytera deltagare som påverkar möjligheten att generalisera resultaten. Styrkan med studien är att data samlats med samma frågekonstruktion och vid samma tidpunkt.

Resultatdiskussion

Livstillfredsställelse hos äldre
Livstillfredsställelsen skiljde sig åt mellan äldre i de sex europeiska länderna inkluderade i denna studie. Skillnaderna i medelvärde för tillfredsställelse med livet (LSIZ) var stor mellan dem boende i de norra och västra delarna av Europa och dem i Italien. Respondenterna i Italien rapporterade signifikant lägre livstillfredsställelse (medelvärde 14,7) än urvalen från Storbritannien (medelvärde 18,2), Holland (medelvärde 18,1), Österrike (medelvärde 17,3), Luxemburg (medelvärde 17,2) och Sverige (17,0). I regressionsanalysen kontrollerades för landstillhörighet och att tillhöra det italienska urvalet ökade risken för låg livstillfredsställelse. Urvalen från Holland och Storbritannien rapporterade till skillnad från Österrikes, Luxemburg och Sveriges urval betydande högre livstillfredsställelse. Det är svårt att uttala sig om vari skillnaderna ligger, även om det finns faktorer som kan förklara den låga livstillfredsställelsen i det Italienska urvalet. Det visade sig t.ex. att respondenterna i urvalet från Italien hade lägre utbildningsnivå, kände sig ensamma oftare, hade en högre frekvens av respondenter med låga sociala och materiella resurser jämfört med de övriga urvalen. Liknande resultat har rapporterats av D'Andrea (1998) som i en studie baserat på material från Eurostat fann att i medelhavsländerna rapporterades lägre livstillfredsställelse än i övriga Europa. Högst livstillfredsställelse fanns i den studien bland medborgarna i Danmark. Även Delhey (2004) fann att danskar, österrikare, holländare, luxemburgare, irländare och svenskar var mest tillfredsställda med sina liv och att greker, portugiser och italienare var minst tillfredsställda. D'Andreas studie visade vidare att Italien har genomgått stora sociala, kulturella och ekonomiska förändringar som kan förväntas få en positiv inverkan på deras livstillfredsställelse framöver. Urvalen från Holland (89,1 %) och Storbritannien (87,7 %) hade hög andel av respondenter som rapporterade utmärkt funktion respektive lätt funktionsnedsättning, vilket skulle kunna förklara deras högre livstillfredsställelse i förhållande till Luxemburg (80,3 %), Österrike (84,7 %) och Sveriges (78,9 %) urval. Intressant var att Italiens (88,4 %) urval hade fler respondenter med hög funktionsförmåga än Storbritanniens urval. Det resultatet tyder på att det Italienska urvalets låga livstillfredsställelse beror på andra faktorer än funktionsförmåga. Levnadsförhållanden som social trygghet, hälso- och sjukvård och äldreomsorg har troligen större betydelse för livstillfredsställelsen högre upp i åldrarna (Tamm 2002). Det finns stora skillnader i det sociala systemet mellan länder i Europa och det är troligt att skillnaderna kommer att bli än större i det utvidgade EU. Huruvida det är skillnaderna i sociala och ekonomiska system som förklarar skillnaderna i livstillfredsställelse mellan urvalen som ingår i denna avhandling går inte att besvara.

Ett överraskande resultat var att upplevelsen av att känna sig hindrad från att utföra aktiviteter som personerna önskade sig hade stor betydelse för livstillfredsställelsen hos respondenter som övervägande hade normal funktionsförmåga. Det var mellan 49,3-63,3 % (lägst i urvalet från Italien och högst i urvalet från Österrikes) som uppgav att fysiska hälsoproblem hindrade dem i varierande grad från att utföra aktiviteter så som de önskade sig. Detta indikerar att även med god funktionsförmåga kände de sig hindrade i sitt dagliga liv till följd av hälsoproblem. Regressionsanalysen

visade att vara förhindrad till följd av hälsoproblem ökade risken för låg livstillfredsställelse i samtliga urval, medan nedsatt funktionsförmåga endast ökade risken för låg livstillfredsställelse i urvalen från Holland, Österrike och Storbritannien. Det vanligaste i forskning har varit att bedöma äldres ADL förmåga, vilket ger svar på om äldre kan utföra aktiviteten själv eller behöver hjälp med att utföra den (Pearson 2000). Instrumenten ger emellertid inte svar på om hälsoproblem gör att de av andra skäl än nedsatt funktionsförmåga känner sig hindrade att delta i olika aktiviteter. Det kan vara så att äldre känner sig hindrade från att utföra aktiviteter i det dagliga livet långt före nedsatt funktionsförmåga uppstår. Problemen kan t.ex. vara låg tillgång till energi, trötthet eller att en aktivitet är så fysiskt krävande att man avstår till följd av hälsoproblem. Funktionsförmåga och hälsa har i tidigare studier visat sig vara starkt korrelerat till varandra (Leinonen *et al.* 1999) och äldres hälsa har visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för tillfredsställelse med livet (Mannel & Dupuis 1996). Förebyggande aktiviteter såsom promenader i grupp, styrketräning anpassade för äldre etc. för att möjligaste mån bevara rörligheten kan vara viktigt. Men det behövs också systematiska bedömningar och samtal för att fånga de mera subtila hindren för ett bra liv. Det kan vara en svår kompenserad hörsel eller synnedsättning, sjukdom som ger trötthet eller nedsatt lungkapacitet som står i vägen för ett aktivt liv. Åtgärder som sätts in före en funktionsnedsättning uppstår kan vara mer kostnadseffektiv. Det är emellertid viktigt att de äldre känner sig delaktiga i åtgärderna. Baltes och Baltes (1990) ansåg att äldre kan bidra till ett gott åldrande genom att göra strategiska val bland de aktiviteter som känns nödvändiga för dem och göra livet så gott som möjligt utifrån val och förutsättningar. Det kompenserar för de förändringar som åldrandet medför. Åtgärder som kan hjälpa äldre att förbli oberoende av hjälp från andra med dagliga aktiviteter, känna sig mindre hindrade i det dagliga livet bidrar till att de åldras med högre livstillfredsställelse. För de allra flesta äldre är det troligtvis naturligt att kompensera för de aktiviteter som de inte längre kan utföra, medan andra kan behöva hjälp med att finna de lösningar som underlättar livet för dem.

Låga sociala och ekonomiska resurser, låg självkänsla och att känna sig hindrad i dagligt liv till följd av hälsoproblem visade sig i regressionsanalysen predicera låg livstillfredsställelse i samtliga länders urval. Således var likheterna i faktorer som predicerade låg livstillfredsställelse större än olikheterna. Nedsatt funktionsnedsättning och att vara kvinna predicerade låg livstillfredsställelse i tre av de sex urvalen, medan antal sjukdomar predicerade låg livstillfredsställelse endast i ett av de sex urvalen. Hos denna grupp av äldre har således faktorer såsom tillgång till ett socialt liv, god ekonomi för att göra det man önskar, en hög självkänsla och att inte känna sig hindrad att göra de aktiviteter som man önskade stor betydelse. Det är notervärt att nedsatt funktionsförmåga inte predicerade låg livstillfredsställelse i alla urvalen. Det kan förklaras med att endast ett fåtal hade nedsatt funktionsförmåga. Resultaten indikerar betydelsen av förebyggande arbete riktat mot sociala och socioekonomiska förhållanden, men också tidiga insatser i förhållande till de inskränkningar som ohälsa kan medföra i förhållande till att upprätthålla sitt dagliga liv. Det faktum att dessa fyra variabler predicerade låg livstillfredsställelse i samtliga länder talar för att dessa faktorer är högst generella och därmed viktiga att beakta i praktiskt arbete.

Livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga
Äldre med nedsatt funktionsförmåga hade en lägre livstillfredsställelse än äldre utan nedsatt funktionsförmåga i samma ålder. Detta bekräftades vid jämförelse mellan respondenterna ingående i studie I (medelvärde 15,3 SD 5,6) och III (medelvärde 15.1 SD 5.7) som hade en mera nedsatt funktionsförmåga än dem i studie IV (medelvärde 17,1 SD 5,5) som inte uppgav nedsatt funktionsförmåga. Att äldre med nedsatt funktionsförmåga har en lägre tillfredsställelse med livet bekräftas också vid jämförelse med resultaten från studien av Morgan *et al.* (1987) som har använts som referensvärde för LSIZ. Det är välkänt att tillfredsställelsen med livet sjunker med ökad ålder (Morgan *et al.* 1987). Vid jämförelse med Hillerås *et al.* (2001) studie omfattande personer 90 år och däröver, visade det sig att de med funktionsnedsättning även hade en lägre livstillfredsställelse än dem över 90 år med bevarad funktionsförmåga. Det tyder på att nedsatt funktionsförmåga har en större inverkan på människors tillfredsställelse med livet än att bli äldre i kronologisk mening. Enligt Neugartens *et al.* (1968) indelning skulle äldre med nedsatt funktionsförmåga kunna förstås som de underordnande och icke harmoniska. Till följd av sin funktionsnedsättning blir de alltmer beroende av andra och deltar allt mindre i aktiviteter. Neugartens modell kan också förklara varför det var så stora skillnader i livstillfredsställelse mellan dem som hade en lätt till måttlig nedsättning i funktionsförmåga (medelvärde 15,3-16,5) och dem som hade en omfattande till total nedsättning i funktionsförmåga (medelvärde 10,9-11,1). Tidigare forskning har också visat att nedsättning i funktionsförmåga har en starkare inverkan på människors livstillfredsställelse än kroniska sjukdomar (Mannel & Dupuis 1996). Det är således inte sjukdomen i sig som bidrar till människors lägre livstillfredsställelse. Istället är det deras sämre funktionsförmåga som hindrar dem från att utföra de aktiviteter som är viktiga för dem och som därmed bidrar till deras lägre livstillfredsställelse. Personer med nedsatt funktionsförmåga är således en skör grupp. Det är viktigt att inte enbart fokusera på den äldres medicinska problem (Johnson 1995) vid bedömning exempelvis i samband med inläggning på sjukhus. Utan även att väga in andra faktorer som kan bidra till att bevara en hög livstillfredsställelse, t.ex. att förvissa sig om att personen har tillgång till socialt nätverk och support och även tillräcklig ekonomi för behoven.

Regressionsanalysen visade att god hälsa och hög självkänsla predicerade hög livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga i samtliga länders urval, medan i övriga variabler varierade mellan länderna. Upplevelsen av den egna hälsan var den variabeln som starkast förklarade livstillfredsställelse. Det är rimligt att tänka sig att när funktionsnedsättning uppstår blir betydelsen av upplevd hälsa större. Personen har fått ett problem, som påkallar uppmärksamhet och som får central betydelse i förhållande till andra problem. Till skillnad från äldre som inte uppgav nedsatt funktionsförmåga var skillnaderna mellan länderna i faktorer av betydelse för livstillfredsställelse större i gruppen med nedsatt funktionsförmåga jämfört med äldre i allmänhet. Det faktum att skillnaderna mellan regressionsanalysernas resultat var större än likheterna är intressant och skulle kunna förklaras med att äldre med nedsatt funktionsförmåga är en mer heterogen grupp. Det skulle också kunna vara så att skillnaderna i att leva med funktionsnedsättning mellan de ingående länderna är stor exempelvis till följd av skillnader i hälso- och sjukvårdssystemen, men även sådant

som det sociala skyddssystemet. En hög självkänsla tycks vara en avgörande faktor för hur äldre klarar av att hanterar sin situation (Blascovich & Tomaka 1991). Självkänslans betydelse för hälsa och livstillfredsställelse kan vara en faktor som fått för lite uppmärksamhet vid planering av interventioner för att förbättra livstillfredsställelsen hos äldre. Interventionerna för att förbättra äldres hälsa och livstillfredsställelse bör omfatta äldres självkänsla. Resultaten visar också att mer forskning behövs för att studera hur olika länders hälso- och sjukvårdssystem eller andra aspekter av det sociala skyddssystemet påverkar förutsättningar för att leva med hög livstillfredsställelse .

Baltes och Baltes (1990) ansåg att äldre själva kan bidra till ett bättre liv på äldre dagar genom att göra strategiska val, optimera och kompensera för de funktionsnedsättningar som följer med ökad ålder. Det innebär att äldre som till följd av åldrande inte längre klarar av att springa i skogen på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning väljer att gå promenader istället (strategiskt val), och går fler korta promenader istället för att springa långa lopp någon gång i veckan (optimera) och går i den takt som passar (kompenserar). I studie I och III visade det sig att hushållssysslor och svårigheter med förflyttning mellan olika platser var vanligt förekommande. Svårigheter att gå kan bero på flera orsaker som hjärtbesvär, cirkulationsbesvär, synnedsättning och reumatoid artrit som alla var vanligt förekommande besvär/sjukdomar hos dem med nedsatt funktionsförmåga. För att de ska kunna strategiskt välja, optimera och kompensera för t.ex. gångsvårigheter kan stöd behövas. Uppsökande verksamhet i hemmet (Elkan *et al.* 2001) kan vara ett sätt att identifiera de äldre som behöver extra stöd för att fortsätta leva ett liv med hög livstillfredsställelse. Kommunerna i Sverige satsade år 2002 ca 1,5 miljarder kronor på förebyggande verksamhet, vilket motsvarade 2 % av den totala kostnaden för kommunernas äldrevård. Det är emellertid oklart vilken effekt dessa åtgärder har haft (Akner 2004). Preventivt arbete kan värderas både från den äldres perspektiv men, också utifrån ett samhällsperspektiv. Hay *et al.* (2002) fann exempelvis att förebyggande arbetsterapiprogram bland äldre över 60 år boende i eget hem kan vara kostnadseffektivt och även bidra till ett högre välbefinnande. De ansåg emellertid att det inte var aktiviteten i sig som bidrog till de äldres hälsa och välbefinnande. Det som förhöjde deras välbefinnande var att aktiviteten kändes meningsfull och var väl förankrad i de äldres dagliga liv. Studier om effekter av preventiva hembesök till äldre går emellertid isär. Stuck *et al.* (2002) fann i systematisk översiktsartikel att hembesök kunde fördröja flyttning till särskilt boende, minska risken för nedsatt funktionsförmåga samt minska risken att avlida. De ansåg vidare att det var viktigt att åtgärder sattes in tidigt dvs. innan funktionsförmågan har försämrats, men också att preventionsprogrammet var uppbyggt utifrån ett multidimensionellt perspektiv inkluderande medicinska, funktionella och psykologiska faktorer. Tidigare forskning, såväl som resultat från denna avhandling, visade att även sociala och ekonomiska faktorer har en betydande inverkan på äldre människors livstillfredsställelse, varför en multidimensionell bedömning av äldre i hemmet även bör omfatta av dessa faktorer.

Sociala och materiella resurser
Sociala och materiella resurser visade sig vara betydelsefullt för livstillfredsställelse i alla länders urval bland äldre mellan 60-89 år. Högst andel av respondenter med höga sociala resurser återfanns i urvalet från Holland (53,1 %), medan urvalet från Italien hade lägst andel (33,8 %) följt av urvalet från Sverige (37,7 %). Urvalet från Italien uppgav lägst andel med höga sociala resurser. Urvalet från Holland visade sig även ha högst andel av respondenter med goda ekonomiska resurser (83,8 %) och urvalet från Italien hade lägst andel (58,0 %) Regressionsanalysen visade att både låga sociala resurser (OR 3,1-8,8) och låga ekonomiska resurser (OR 1,7-14,4) ökade risken för låg livstillfredsställelse. Tillgång till socialt nätverk och stöd och tillräckligt med pengar för att betala sjukvårdskostnader, läkemedel, glasögon, tandläkarbesök kan således förväntas ha stor betydelse för äldres hälsa och livstillfredsställelse. Sociala och materiella resursers betydelse för tillfredsställelse med livet har tidigare rapporterats av Ho *et al.* (1995), som kom fram till att tillgång till stöd från närstående och en ekonomi som stämde överens med behoven hade lika stor betydelse för livstillfredsställelsen som hälsofaktorer. Vidare fann Grundy och Sloggett (2003) att sociala resurser (att vara gift och socialt stöd) hade den högsta inverkan på äldres mentala hälsa. Hänsyn till äldres socioekonomiska situation var viktigt eftersom dålig ekonomi var en starkt bidragande faktor till sämre hälsa. Resultaten från föreliggande avhandling visade att mellan 9,2-18,9 % uppgav låga sociala resurser och mellan 3,0-14,8 % uppgav låga materiella resurser (studie IV). Således hade de allra flesta det övervägande gott ställt socialt och ekonomiskt. Det var emellertid upp emot var tionde till var femte som hade låga sociala resurser och något färre som uppgav låga ekonomiska resurser. Dessa individer behöver identifieras och erhålla stöd. Resultaten understryker betydelsen av att hälso- och sjukvårdspersonal samt personal inom äldrevården bör inkludera även sociala och ekonomiska resurser vid bistånds-bedömning och vårdplanering och inte bara fokusera på hälso- faktorer eller typer av funktionsinskränkning eftersom målet med vård och omsorg är att främja hälsa och välbefinnande.

Självkänsla
En hög självkänsla tycks öka förmågan till att finna lösningar på problem i samband med åldrandet oavsett om man har bevarad eller nedsatt funktionsförmåga. Åldrandet medför många förändringar och en hög självkänsla kan vara avgörande för hur den äldre hanterar dessa förändringar. Självkänslan anses vara en del i personligheten och av betydelse för hur personen löser de livskriser de möter under livsloppet (Erikson 2004). Grad av självkänsla visade sig vara högre hos äldre som inte uppgav nedsatt funktionsförmåga (medelvärde 39,4-42,7) jämfört med äldre med nedsatt funktions-förmåga, (medelvärde 36,7-40,6) (studie III). Låg självkänsla (25th percentilen) visade sig öka risken för låg livstillfredsställelsen i samtliga urval (studie IV OR 2,3-5,1), medan hög självkänsla ökade livstillfredsställelsen hos äldre med funktionsnedsättning (studie III). Resultaten stämmer väl överens med tidigare forskning som har visat att det finns samband mellan hälsa, funktionsförmåga, socialt nätverk och självkänsla (Sarvimaki & Stenbock-Hult 2000). En låg självkänsla visade sig bland män (42-60 år) öka dödligheten (Stamatakis *et al.* 2004) vilket tyder på att deras lägre självkänsla

gjorde dem mindre rustade för att möta den kris som sjukdom innebär. Det är oklart om det är funktionsnedsättningen som leder till lägre självkänsla eller om det är så att personer med låg självkänsla i högre utsträckning drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning. Hälso- och sjukvården förskjuter alltmera ansvaret för den egna hälsan till den enskilde. Det ställer högre krav på personen för att klara av situationen. Äldre med låg självkänsla är i en sådan utveckling mer utsatta eftersom de har sämre förutsättningar att själv hantera de biologiska, psykologiska och sociala förändringar som sker till följd till följd av åldrandet. De behöver mer stöd och hjälp för att på ett positivt sätt kunna hantera den situation som sjukdom och funktionsnedsättning innebär. Problemet är emellertid hur de med låg självkänsla kan identifieras i den dagliga vården och omsorgen. Enklare metoder för att identifiera dem är en viktig uppgift för fortsatt forskning.

Livstillfredsställelse hos informella vårdare

Resultaten från denna avhandling tyder på att omfattningen av informell vård har betydelse för livstillfredsställelsen. Det visade sig att informella vårdare som utförde vård mer än fyra gånger per vecka (medelvärde 14,89) hade en signifikant lägre tillfredsställelse med livet än de som vårdade i lägre utsträckning (medelvärde 17,6) och jämförelsegruppen (medelvärde 17,7). (studie II). Informella vårdare med hög vårdinsats visade sig vidare ha lägre tillfredsställelse med livet än personer med nedsatt funktionsförmåga (medelvärde 15,3-16,3 förutom urvalet från Italien 12,2) (studie I, III). Det finns förklaringar till varför informella vårdare med hög vårdinsats hade en lägre livstillfredsställelse. Informella vårdare med hög vårdinsats hade sämre fysisk (48,6 %) och mental (40.9 %) hälsa jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats (34,0 % respektive 25,5 %) och jämförelsegruppen (30,8 % respektive 23,9 %). Informella vårdare med hög vårdinsats hade vidare högre andel med sjukdomar/besvär och högre andel som kände sig hindrade i att utföra de aktiviteter som de önskade jämfört med informella vårdare med låg vårdinsats och jämförelsegruppen (tabell 3). Regressionsanalysen visade vidare att dålig hälsa och dåliga sociala resurser hade störst inverkan på informella vårdares och jämförelsegruppens livstillfredsställelse. Graden av livstillfredsställelse i denna avhandling stämmer väl överens med tidigare resultat från Lee *et al.* (2001) som fann att informella vårdare (60+) hade livstillfredsställelse till ett medelvärde av 15,5. Studien analyserade inte om omfattningen av informell vård hade någon inverkan på deras livstillfredsställelse. Däremot fann Lee *et al.* (2001) att mindre känslomässig inlevelse och en positiv upplevelse av vårdsituationen predicerade högre livstillfredsställelse. Det tycks alltså som personlighet i form av positiv livssyn skulle kunna bidra till högre livstillfredsställelse hos informella vårdare. Samtidigt visade resultat från denna avhandling att informella vårdare hade en lägre självkänsla än jämförelsegruppen (hög vårdinsats medelvärde 38,9, låg vårdinsats 40,5 och jämförelsegrupp 41,5). Det kan således finnas flera förklaringar till varför informella vårdare med hög vårdinsats visade sig ha lägre livstillfredsställelse jämfört med dem med låg vårdinsats varav lägre självkänsla och sämre hälsa tycks bidra. Det kan också vara så att vårdandet i sig bidrar till en lägre självkänsla till följd av bundenhet. Att vara informell vårdare är således inte

enbart positivt för den enskilde och stödåtgärder som stärker dem i deras roll kan vara ett sätt att förbättra eller bevara deras livstillfredsställelse.

Yrkesarbete och informell vård

Ett intressant fynd var att yrkesarbetande informella vårdare (både låg och hög vårdinsats) hade högre livstillfredsställelse än dem som inte yrkesarbetade. En möjlig förklaring skulle kunna vara att de yrkesarbetande i alla grupperna var signifikant yngre (medelålder 55,2-55,6 år) än dem som inte yrkesarbetade (medelålder 68,1-73,8 år). Ålder förklarade emellertid inte lägre livstillfredsställelse i regressionsanalysen, samtidigt som yrkesarbete visade sig vara en positiv faktor i regressionsanalysen hos jämförelsegruppen. En annan förklaring till att yrkesarbetande informella vårdare hade en högre livstillfredsställelse skulle kunna vara att yrkesarbete tillgodoser sociala kontakter (mindre ensamhet), personliga behov (hög självkänsla, stolthet) och ekonomiska behov (Hansson *et al.* 1997). Ensamhet, låg självkänsla och dåliga ekonomiska behov är faktorer som i denna avhandling visade sig öka risken för låg livstillfredsställelse. Yrkesarbete ger möjligheter till meningsfull sysselsättning, sociala kontakter och möjlighet till avbrott i vårdandet. Det tyder på att informella vårdare har ett behov av att komma ifrån och träffa andra människor, vilket blir ett naturligt inslag så länge den informella vårdaren fortfarande är yrkesverksam. Tidigare forskning har visat att informella vårdare känner sig isolerade och att de inte kunde göra sådant som de önskade (Glozman 2004). Resultaten från denna avhandling skulle kunna tolkas som att de som inte yrkesarbetade blev mer isolerade än dem som hade ett arbete vid sidan om vårdandet. Resultaten behöver kompletteras med mer forskning om informella vårdares situation. Det behövs framförallt forskning om på vilket sätt yrkesarbete eller annan sysselsättning för dem som är pensionerade kan bidra till högre livstillfredsställelse hos informella vårdare.

Socialt stöd till informella vårdare

Socialt stöd utfört enligt informella vårdares behov kan vara ett sätt för att underlätta kombinationen vård, arbete och socialt liv. Endast var fjärde av de informella vårdarna angav att de hade stöd för sitt vårdande (Studie II). Högst andel som angav att de hade ett stöd återfanns hos de vårdare som var yrkesarbetande (56,7 %) vid sidan av sitt informella vårdansvar. Även de som vårdade i hög omfattning hade stöd för sitt vårdande i högre utsträckning än de som vårdade i lägre omfattning. En form av stöd kan vara det Rolland (1994) beskrev som god anpassningsförmåga inom familjen. Med det menade han att rollerna inom familjen kan behöva omfördelas. Det skulle exempelvis kunna innebära att dottern som ger informell vård flera gånger i veckan kan få avlastning i det egna hemmet genom att maken tar ett ökat ansvar för hushållsarbetet. I denna avhandling visade det sig att ekonomiskt stöd var mest efterfrågat. I Sverige kan en informell vårdare anställas som anhörigvårdare fram till pensionsåldern (65 år). De flesta informella vårdare med hög vårdinsats är emellertid över 65 år (tabell 5) och det finns begränsade möjligheter för dem att få ekonomisk ersättning i form av lön. Funktionsnedsättning och sjukdomar medför ökade kostnader för familjen och ekonomisk ersättning av något slag skulle kanske kunna bidra till

bättre förutsättningar för dem. Ett ekonomiskt bidrag skulle också kunna uppmuntra den informella vårdaren och bekräfta att deras insatser värderas från samhällets sida. Det fanns även önskemål om avlastning, möjligheter att prata med någon i samma situation och om direkt hjälp med både omvårdnad och hushållssysslor. De typer av stöd som utrycktes som önskvärda får ses som en vägledning för inom vilka områden som stöd behöver utvecklas. Resultaten avseende socialt stöd till informella vårdare behöver således fördjupas och undersökas med andra metoder och rikta sig mot gruppen informella vårdare specifikt.

SLUTSATSER

Resultaten från denna avhandling visade att:

- Äldre med nedsatt funktionsförmåga var en grupp som hade en lägre tillfredsställelse med livet jämfört med äldre som inte uppgav nedsatt funktionsförmåga.
- Fyra faktorer visade sig vara av betydelse för låg tillfredsställelse med livet i alla länder ingående i ESAW (sociala resurser, hälsoproblem som hindrade från att göra saker som önskades, låg självkänsla och dåligt finansiella resurser).
- Två faktorer visade sig vara av betydelse för livstillfredsställelse hos äldre med nedsatt funktionsförmåga i alla länder ingående ESAW. Det var upplevelsen av hälsa och självkänsla. Resultaten tyder på att för dem med nedsatt funktionsförmåga varierar behoven i större utsträckning än hos dem som inte uppgav någon funktionsnedsättning.
- Livstillfredsställelse skiljde sig åt mellan länderna inom ESAW-studien.
- Informella vårdare med hög vårdinsats hade en låg livstillfredsställelse. Informella vårdare med låg vårdinsats skiljde sig däremot inte från jämförelsegruppen avseende livstillfredsställelse.
- Yrkesarbetande informella vårdare hade högre livstillfredsställelse än informella vårdare som inte yrkesarbetade.
- Endast ¼ hade någon form av stöd för sitt vårdande i vad mån det var ett resultat om behov eller om ovetskap om att hjälp finns att få var i denna avhandling svårt att uttala sig om.

FORTSATT FORSKNING

Tidigare forskning har främst fokuserat mot ADL förmåga och dess betydelse för äldre människors livstillfredsställelse. I denna avhandling visade det sig att vara hindrad från att utföra dagliga aktiviteter var viktigare för livstillfredsställelse än nedsättning i ADL förmåga. Detta är en aspekt som är lite studerat och som det behövs mer forskning omkring. Instrument som mäter ADL förmåga ger svar på om personen kan utföra aktiviteten med eller utan hjälp, men inte om det hindrar dem i livet.

Denna avhandling visade att livstillfredsställelse skilde sig åt inom de sex länderna. Sedan ESAW-studien startades har fler länder som kan förväntas ha andra förutsättningar för äldres livstillfredsställelse blivit medlemmar i EU. Studier som inkluderar även dessa länder kan bidra till ytterliggare förståelse vad det är som gör att livstillfredsställelse skiljer mellan länder.

Självkänsla visade sig vara en viktig faktor för livstillfredsställelse. Det behöver utvecklas enkla metoder för att identifiera personer med låg självkänsla, sedan dessa personer behöver tillgång till stöd för att hantera de förändringar som följer med åldrandet.

Det visade sig att informella vårdare med en hög vårdinsats hade en lägre livstillfredsställelse än dem som inte deltog i vården av någon närstående. Det behövs mer kunskap som fokuserar omfattningen av informell vård i relation till tillfredsställelse med livet. Det behövs även mer forskning om informella vårdares behov av stöd framförallt med ett kvalitativt angreppssätt.

Yrkesarbetande informella vårdare visade sig ha högre livstillfredsställelse än dem som inte yrkesarbetade. Det behövs ytterligare forskning som inriktar sig mot informella vårdares situation och specifikt dem som kombinerar informell vård med yrkesarbete.

SUMMARY IN ENGLISH

A study of life satisfaction among adults with and without reduced self-care capacity and informal caregivers.

Since it is well known that European countries have different cultural, political and social systems there is reason to believe that also factors important to life satisfaction in older people with and without reduced self-care capacity differ between countries in Europe. In Sweden, as in the rest of the countries in the ESAW study, the ageing populations are increasing. Higher age increases the risk of reduced self-care capacity and hence the need for help with daily activities. Informal caregivers provide the majority of help to people with reduced self-care capacity. Knowledge of factors associated with life satisfaction among older people with and without reduced self-care capacity might be useful in preventive and rehabilitative work with older European people, while also supporting informal caregivers.

The data were collected through a self-reported questionnaire or personal structured interview including questions from the Older Americans Resources and Services schedule (OARS) and standardised instruments measuring life satisfaction (LSIZ) and self-esteem (SES). In all, 12,478 people from six European countries took part in the ESAW study. In this thesis, sub-samples from these 12,478 people were used. Study I comprised n=522 people (65+) with reduced self-care capacity in Sweden. Study II comprised two groups of informal caregivers (50–89 years old), frequent caregivers n=151, less frequent caregivers n=392 and a group of non-caregivers n=1 258 from Sweden. The last two studies, III and IV, comprised sub-samples from the six ESAW countries. Study III comprised a total of 2,195 people with reduced self-care capacity (65+), distributed in the Netherlands n=363, Luxemburg n=389, Italy n=357, Austria 357, UK n=284 and Sweden n=445. Study IV comprised a total of 7 699 people aged 60 and above, distributed in the Netherlands n=1 163, Luxemburg n=1 323, Italy n=1 317, Austria n=1 193, UK n=1 233 and Sweden n=1 470. In all four studies, the instrument LSIZ was used as outcome variable.

The aim of study I was to investigate life satisfaction in people (65+) with reduced ability to perform activities of daily living. The aim was further to investigate how living conditions, loneliness, self-care capacity, overall health, participation in physical activities, and financial resources relate to life satisfaction. The mean age of the sample in this study was 77.9. Most of them, 66%, were married, and 93% lived in their ordinary housing and 67% were living together with someone. Women were older, more often widowed, had lower education, worse financial resources, and lived to a higher extent in special accommodations than men. LSIZ in the total sample was 15.3. Poor overall self-reported health, poor financial resources in relation to needs, severely and totally impaired self-care capacity, feeling lonely quite often and sometimes, feeling worried very often predicted low life satisfaction. Poor self-rated health, with an odds ratio of 19.6, and poor financial resources in relation to needs, with an odds ratio of 10.6, were most strongly related to low life satisfaction. This study showed that many factors in addition to poor health contributed to lower life

satisfaction among people with reduced self-care capacity. This knowledge strengthens the idea that the care of older people needs an interdisciplinary approach that does not only focus on medical problems.

In study II the aim was to investigate life satisfaction among informal caregivers aged 50–89 years, gainfully employed or not, depending on the caregiving extent, and to compare with non-caregivers not receiving care themselves. Further, the aim was to identify factors related to life satisfaction and to investigate the extent, need and type of support provided or desired among informal caregivers. Frequent caregivers helped to a higher extent with PADL, 37% compared to 7% among less frequent caregivers. They also more often provided help with IADL, 76.2% compared to 59.7%, and helped with medical care, 25.8% compared to 4.8%, to a greater extent than less frequent caregivers. Frequent caregivers had significantly lower life satisfaction (LSIZ) (mean 14.8) than less frequent caregivers (mean 17.6) and non-caregivers (mean 17.7). Differences in LSIZ were also found between gainfully employed frequent caregivers (mean 15.4) compared to less frequent caregivers (mean 18.3,). Frequent caregivers without employment also had lower LSIZ (mean 14.6) than less frequent caregivers (mean 16.9). Thus, frequent caregivers, irrespective of whether they were employed or not, had a significantly lower LSIZ than less frequent caregivers. The regression analysis in the total sample showed that the highest risk factors for low life satisfaction were social resources, fair/poor health, frequent caregivers and not feeling refreshed after a night's sleep. Being gainfully employed decreased the risk of low life satisfaction. The regression analyses were repeated in each group separately. Low social resources meant the highest risk in all three groups. Poor/fair overall health proved to increase the risk of low life satisfaction in all three groups. Living alone increased the risk of low life satisfaction among less frequent caregivers and among non-caregivers. Being employed was shown to be positive among non-caregivers and reduced the risk of low life satisfaction. Higher caregiving extent increased the risk of low LSIZ, whereas no significant differences were found between less frequent caregivers and non-caregivers. It may be that informal caregiving is a gratifying duty as long as the work does not overburden the informal caregivers.

The third study aimed to investigate life satisfaction among people (65+) with reduced ability to perform activities of daily living, and to investigate loneliness, self-care capacity, overall health, participation in physical activities, and financial resources and their relation to life satisfaction in six European countries. Sweden had the oldest sample with the highest proportion of older people over 85 years old (20%) whereas the Netherlands had the lowest proportion of those over 85 years old (9.9%). Significant differences in self-esteem were found between the countries with the highest score for self-esteem among the Austrian sample (mean 38.1) and the lowest in the UK sample (mean 36.7). The mean score in self-esteem in the total sample was 38.6. Life satisfaction differed significantly between the countries. The sample of the Netherlands scored the highest (mean score of 16.3) whilst the Italian sample scored the lowest (mean score of 12.2) and the other countries varied between mean 15.4 and 15.7. Significant differences in level of self-care capacity in instrumental activities of

daily living (IADL) and physical activities of daily living (PADL) ability were found between the countries. In the Netherlands 67.8% reported mild impairment compared to 37.5% for Sweden. Austria, Luxemburg and Italy had the sample with most participants reporting severe or total impairment, 19.3–21.8% compared to 6.4% in the Netherlands. The most common types of reduced self-care capacity in all countries were preparing meals (14.4%–56.1%) and doing housework (56.8%–79.6%). A regression analysis for each country controlled for age, gender and self-care capacity showed that overall health and self-esteem were associated with life satisfaction in all countries. Social and financial resources were associated with life satisfaction in the Netherlands, Luxemburg, Austria, UK and Sweden. Preserving a high level of self-care capacity is a key part of people's lives for maintaining high life satisfaction.

The last study aimed to investigate life satisfaction among people aged 60–89 years in six European countries in relation to health problems, ability to perform ADL, self-esteem, social and financial resources. Across the countries five scored life satisfaction levels ranging between mean 17.0–18.2, whereas the Italian sample scored a significantly lower level of life satisfaction of 14.7. Between 61.3 and 72.9% of the participants stated an excellent level of ability to perform ADL, indicating an independent life. In spite of that, between 49.3 and 61.8% stated that health problems stood in way of doing things they wanted to do. The Luxemburg (83.8%) sample together with the Swedish (83.5%) sample stated that they saw relatives and friends as often as they wanted more often than the other countries did (72.2–75.3%). Of the six countries, people in five of them had a high frequency of contacts (64.4–75.8%), i.e. talked to someone daily or more frequently, whilst the Swedish sample stated the lowest frequency of contact with family and friends (35.9%). All countries estimated a better or about the same financial situation (90.3%) as others of the same age and expected to have enough money in the future (82.3%). In the total sample (all countries) low level of and dissatisfaction with contacts, poor financial resources, and low self-esteem entailed the highest risk of low life satisfaction. In the analysis of each country separately, four factors proved to be associated with low life satisfaction in all countries. The factors were low and medium extent of and satisfaction with contacts, poor financial resources, health problems that stood in the way a great deal and low self-esteem. One of the four factors was feeling hindered by health problems. This is important to emphasise since, although the sample was healthy, half of the participants stated that health problems were an obstacle. It seems that the feeling of being hindered by health problems develops earlier than the actual reduced ability to perform ADL does. This knowledge further strengthens the need for physical activities in all ages. It may well be that that is the stage when preventive actions may be most effective. Successful prevention and rehabilitation depend on individual goals and an act of will, which implies high self-esteem. Self-esteem, a neglected factor of importance for life satisfaction as well as in health care, needs to be highlighted more in the care of older people.

These four studies, investigating life satisfaction among European adults with and without reduced self-care capacity and informal caregivers, indicate that there are both similarities and differences in factors explaining low life satisfaction. It seems that

feeling healthy, not being alone and having enough money are important for all people aged 50–89. Preserving a high level of self-care capacity is a key part of people's lives for maintaining high life satisfaction. Further, a key factor in reaching this goal must be offering physical activities to people in all ages. Participating in groups of physical activities gives opportunities to meet people, which could contribute to reducing the feeling of loneliness. Physical activities and preventive work ultimately give positive results for the older people as well as for the informal caregivers.

TACK TILL PERSONER SOM BIDRAGIT

Denna avhandling har genomförts vid Institutionen för hälsa, vård och samhälle (tidigare Institutionen för omvårdnad), Lunds universitet och Sektionen för hälsa, Blekinge Tekniska Högskola, Karlskrona. Jag vill härmed tacka alla som på ett eller annat sätt bidragit till uppkomsten av denna avhandling. Speciellt vill jag tacka:

- Alla deltagarna i studien för att de tagit sig tid att besvara frågeformuläret.

- Min handledare, professor Ingalill Rahm Hallberg, Institutionen för hälsa, vård och samhälle (tidigare Institutionen för omvårdnad), Lunds universitet och Vårdalinstitutet, för att Du givit mig möjlighet att få insyn i omvårdnadsforskningens spännande värld. Ett stort tack även för Ditt stöd Dina snabba och kritiska kommentarer och för att Du delat med Dig av Din oerhörda kompetens, både inom omvårdnadsforskning rent allmänt, men framförallt Ditt enorma kunnande om äldre och livskvalitet.

- Min bi-handledare Kerstin Blomqvist för Ditt engagemang med kritiska och kloka kommentarer i delarbete I.

- Min medförfattare och projektkamrat i den svenska delen av Ageing well Cecilia Fagerström för vårt fina samarbete. Jag ser fram emot att arbeta ihop med Dig som kollega.

- Min nuvarande chef vid Blekinge Tekniska Högskola Ylva Hellström och tidigare doktorandkollega för våra givande och utvecklande diskussioner under våra kvällar i lägenheten i Lund. Ser fram emot att tillsammans med Dig fortsätta utveckla Sektionen för Hälsa vid Blekinge Tekniska Högskola. För den som inte visste det så har jag haft förmånen att vara doktorand vid en högskola belägen i en av Sveriges vackraste städer och där vill jag fortsätta att arbeta tillsammans med Dig, Ylva.

- Min rumskamrat Helen Persson för Dina glada och stödjande tillrop.

- Göran Holst för Dina kommentarer i slutfasen av avhandlingsarbetet delarbete III och IV. Tillsammans med Göran gjorde jag mina första trevande steg i min forskarutbildning, då jag fick förtroendet att samanalysera hans kvalitativa intervjuer.

- Mina medarbetare inom projektet Ageing well med professor Barbara Hawkins University of Indiana, USA, som initiativtagare till detta världsomspännande forskningsområde om faktorer av betydelse för att åldras väl.

- Mina medarbetare i ESAW med främst professor Clare Wenger, University of Bangor, Wales, som sammanhållande för den europeiska delen av Ageing well.

- Mina arbetskamrater vid Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för Hälsa, för givande diskussioner och stöd.

- Min datorsupport Sivert ”Sigge” Siggelsten för att Du alltid funnits tillhands när jag haft problem med min vän datorn.

- Alla tidigare och nuvarande doktorandkollegor i Lund för alla givande diskussioner under seminarierna. Särskilt vill jag tacka min rumskamrat Anna Condelius som med ett stort engagemang hjälpte till med datainsamling och telefonintervjuer i studien.

- Mina reskamrater i EANS Gunilla Borglin och Karin Stenzelius för alla trevliga stunder tillsammans.

- Dataenheten vid Institutionen för omvårdnad för snabb hjälp och stöd.

- Anna Blomgren för Din professionella hjälp och för att du givit mig förståelse för programvaran Word. Utan Dig hade aldrig avhandlingen blivit så som den blev.

- Alan Crozier för språkgranskning av manus.

- Annacarin Jendland för ditt engagemang vid språkgranskningen av kappan.

- Mina föräldrar, mamma Wivianne och pappa Evert, som alltid funnits där och fungerat som extra föräldrar för mina barn.

- Min familj, min man Mats, min dotter Linda och min son Marcus, vilka funnits vid min sida. Ni är underbara som stod ut med mig.

REFERENSER

Agüero-Torres, H., Thomas, V. S., Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2002) The impact of somatic and cognitive disorders on the functional status of the elderly. *Journal of Clinical Epidemololgy,* **55**, 1007-1012.

Akner, G. (2004) *Multisjuklighet hos äldre analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral,* Liber, Stockholm.

Almberg, B., Grafström, M. & Winblad, B. (1997) Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing,* **25**, 109-116.

Almberg, B., Jansson, W., Grafstrom, M. & Winblad, B. (1998) Differences between and within genders in caregiving strain: a comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced Nursing,* **28**(4), 849-58.

Altman, D. G. (1991) *Practical statistics for medical research,* Chapman & Hall, London.

Annerstedt, L., Elmstahl, S., Ingvad, B. & Samuelsson, S. M. (2000) Family caregiving in dementia--an analysis of the caregiver's burden and the "breaking-point" when home care becomes inadequate. *Scandinavian Journal of Public Health,* **28**(1), 23-31.

Antonelli, E., Rubini, V. & Fassone, C. (2000) The self-concept in institutionalized and non-institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology,* **20**, 151-164.

Antonucci, T. C., Sherman, A. M. & Akiyama, H. (1996) Social networks, support and integration. In *Encyclopedia of gerontology age, aged and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Arksey, H. (2002) Combining informal care and work: supporting carers in the workplace. *Health and Social Care in the Community,* **10**(3), 151-61.

Aronson, W. J. & deKernion, J. B. (1996) Prostate. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) James E Birren, San Diego.

Atchley, R. C. (1991) The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: theoretical and methodological issues. In *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (Eds, Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C. and Deutchman, D. E.) Academic Press, London.

Baiyewu, O. & Jegede, R. O. (1992) Life satisfaction in elderly Nigerians: reliability and factor composition of the life satisfaction Index Z. *Age and Ageing,* **21**(4), 256-61.

Baltes, P. M. & Baltes, M. M. (1990) Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In *Successful aging perspectives from the behavioral sciences* (Eds, M, B. P. and M, B. M.) Cambridge University Press, New York.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994) *Principles of biomedical ethics,* Oxford University Press, New York.

Beckett, L. A., Brock, D. B., Lemke, J. H., Mendes de Leon, C. F., Guralnik, J. M., Fillenbaum, G. G., Branch, L. G., Wetle, T. T. & Evans, D. A. (1996) Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. *American Journal of Epidemiology,* **143**(8), 766-78.

Beeson, R. A. (2003) Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimers's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing,* **17**, 135-143.

Bengtson, V. L., Burgess, E. O., Parott, T. M. & Mabry, J. B. (2002) Ingenting är mer praktiskt användbart än en god teori förklaring och förståelse inom socialgerontologin. In *Socialgerontologi* (Eds, Andersson, L.) Studentlitteratur, Lund.

Benyamini, Y., Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2004) Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science and Medicine,* **59**(5), 1109-16.

Bergner, M. (1989) Quality of life, health status, and clinical research. *Medical Care,* (27), 148-156.

Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991) Measures of Self-esteem. In *Measures of personality and social psychological attitudes* (Eds, Robinson, J. P., Shaver, P. R. and Wrigtsman, L. S.) Academic Press, San Diego.

Blieszner, R. & Alley, J. M. (1990) Family caregiving for the elderly: An overview of resources. *Family relations,* **39**, 97-102.

Bond, J., Farrow, G., Gregson, B. A., Bamford, C., Buck, D., McNamee, P. & Wright, K. (1999) Informal caregiving for frail older people at home and in long-term care institutions: who are the supporters. *Health and Social Care in the Community,* **7**, 434-444.

Borglin, G. (2005) Quality of life among older people their experience, need of help, social support, everyday activities and sense of coherence. In *Department of Health Sciences, Faculty of Medicine,* Lund University, Lund.

Borglin, G., Edberg, A.-K. & Hallberg, I. R. (2005) The experience of quality of life among older people. *Journal of Ageing Studies,* **19**, 201-220.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.-K. & Hallberg, I. R. (2005) Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies,* **42**, 147-158.

Bowling, A. (1997) *Measuring health. A review of life measurement scales,* Open University Press, Buckingham.

Bowling, A. & Grundy, E. (1997) Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age and Ageing,* **26**(2), 107-14.

Buchner, D. M., Beresford, S. A., Larson, E. B., LaCroix, A. Z. & Wagner, E. H. (1992) Effects of physical activity on health status in older adults. II. Intervention studies. *Annual Review of Public Health,* **13**, 469-88.

Buck, D., Jacoby, A., Baker, G. A., Lay, H. & Steen, N. (2000) Cross-cultural differences in health-related quality of life of people with epilepsy: findings from a European study. *Quality of Life Research,* **8**, 675-685.

Butler, R. B., Warner, H. R. & Williams, F. (2004) The aging factor in health and disease: the promise of basic research on aging. *Aging Clinical and Experimental Research,* **16**(2), 104-112.

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J. & Weber, G. (2005) *Health, ageing and retirement in Europe.* Mannheim

Cella, D. F. (1994) Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management,* (9), 186-192.

Chou, K. L. & Chi, I. (1999) Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: a longitudinal study. *Aging and Mental Health,* **3**(4), 328-335.

Christoph, B. & Noll, H.-H. (2003) Subjective well-being in the European Union during th 90s. *Social Indicators Research,* **64**, 521-546.

Cohen, S. & Syme, S. L. (1985) Issues in the study and application of social support. In *Social support and health* (Eds, Cohen, S. and Syme, S. L.) Academic Press, Orlando.

Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika,* **16**, 297-334.

Cumming, D., Newell, D. & McCaffrey, I. (1960) Disengagement - a tentative theory of ageing. *Sociometry,* **73**, 23-35.

Cummings, S. M. (2002) Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health and Social Work,* **27**(4), 293-302.

D'Andrea, S. S. (1998) Italian quality of life. *Social Indicators Research,* **44**, 5-39.

Delhey, J. (2004) *Life satisfaction in an enlarged Europe.* Luxemburg

Diener, E. (1994) Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research,* (33), 103-157.

Diener, E. & Diener, M. (1995) Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology,* **68**(4), 653-63.

Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. E. (2003) Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology,* **54**, 403-425.

Donelan, K., Hill, C. A., Hoffman, C., Scoles, K., Feldman, P. H., Levine, C. & Gould, D. (2002) Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs,* **21**(4), 222-31.

Ekwall, A., Sivberg, B. & Hallberg, I. R. (2004) Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* **18**(3), 239-48.

Ekwall, A. K., Sivberg, B. & Hallberg, I. R. (2005) Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing,* **49**(1), 23-32.

Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., Williams, D. & Brummell, K. (2001) Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ,* **323**(7315), 719-25.

Erikson, E., Erikson, J. & Kivnick, H. (1994) *Vital involvement in old age,* Norton & Company Incorp, New York.

Erikson, E. H. (2004) *Den fullbordade livscykeln,* Natur och Kultur, Stockholm.

Estes, C. L. & Binney, E. A. (1989) The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. *Gerontologist,* **29**(5), 587-96.

European Commissions (2003) The social situation in the European Union. Office for Official Publications of the European Communties, Luxembourg.

Evandrou, M. & Glaser, K. (2004) Family, work and quality of life: changing economic and social roles through the lifecourse. *Ageing and Society,* **24**, 771-791.

Farquhar, M. (1995) Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science & Medicine,* **41**(10), 1439-1446.

Felce, D. & Perry, J. (1995) Quality of life. *Research in Developmental Disabilities,* **16**(1), 51-74.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. & Ruíz, M. (2001) The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Ageing and Society,* **21**(1), 25-44.

Ferring, D., Balcucci, C., Burholt, V., Thissen, F., Weber, G. & Hallberg, I. R. (2004) Life satisfaction of older people in six European countries: Findings from the European study of adults well-being. *European Journal of Ageing,* **1**, 15-25.

Ferring, D., Hallberg, I. R., Windle, G., Heiss, C., Paulsson, C., Spazzafumo, L., Borg, C., Meer, M. v. d., Hoffman, M. & Petit, C. (2003) *Comparative report on Physical health and functional status.* Bangor

Field, D. & Gueldner, S. H. (2001) The oldest-old: how do they differ from the old-old? *Journal of Gerontological Nursing,* **27**(8), 20-7.

Field, D. & Minkler, M. (1988) Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology,* **43**(4), P100-6.

Fillenbaum, G. G. (1984) *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment.* Geneva

Fillenbaum, G. G. (1985) Screening the elderly. A brief instrumental activities of daily living measure. *Journal of the American Geriatrics Society,* **33**(10), 698-706.

Fillenbaum, G. G. (1988) *Multidimensional functional assessment of older adults: The Duke older Americans resources and services procedures,* Lawrence Erlbaum Associates, Durham.

Finley, N. J. (1989) Theories of family labour as applied to gender differences in caregiving for eldely parents. *Journal of Marriage and the Family,* **51**, 79-86.

Franchignoni, F., Tesio, L., Ottonello, M. & Benevolo, E. (1999) Life Satisfaction Index: Italian version and validation of a short form. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation,* **78**(6), 509-15.

Freud, A. & Baltes, P. (1998) Selection, optimisation and compensation as strategies of life management. *Psychology and Aging,* **13**, 531-543.

Friedemann, M.-L. (1995) *The framework of systemic organization a conceptual approach to families and nursing,* Sage Publications, Thousand Oaks.

Fujita, K., Nagatomi, R., Hozawa, A., Ohkubo, T., Sato, K., Anzai, Y., Sauvaget, C., Watanabe, Y., Tamagawa, A. & Tsuji, I. (2003) Effects of exercise training on physical activity in older people: a randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology,* **13**(2), 120-6.

Fukuhara, S., Bito, S., Green, J., Hsiao, A. & Kurokawa, K. (1998) Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *Journal of Clinical Epidemiology,* **51**(11), 1037-44.

Geis, J. A. & Klein, H. A. (1989) The relationship of life satisfaction to life change among the elderly. *The Journal of Genetic Psychology,* **15**(2), 269-271.

Gersel, N. (2000) The third shift: gender and care work outside the home. *Qualitative Sociology,* **23**(4), 467-483.

Gibson, H. B. (2000) *Loneliness in later life,* Macmillan Press Ltd, London.

Gilhooly, M. (2002) Ethical issues in researching later life. In *Researching Ageing and Later Life* (Eds, Jamieson, A. and Victor, C. R.) Open University Press, Guildford.

Gill, T. M., Williams, C. S., Mendes de Leon, C. F. & Tinetti, M. E. (1997) The role of change in physical performance in determining risk for dependence in activities of daily living among nondisabled community-living elderly persons. *Journal of Clinical Epidemiology,* **50**(7), 765-72.

Given, B. & Given, C. W. (1989) Cancer nursing for the elderly. A target for research. *Cancer Nursing,* **12**(2), 71-7.

Glozman, J. M. (2004) Quality of life of caregivers. *Neuropsychology Review,* **14**(4), 183-196.

Gordon-Salant, S. (1996) Hearing. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Grann, J. D. (2000) Assessment of emotions in older adults: mood disorders, anxiety, psychological well-being, and hope. In *assessing older persons Measures, Meaning, and Practical Applications* (Eds, Kane, R. L. and Kane, R. A.) Oxford University Press, United States of America.

Grant, G. & Nolan, M. (1993) Informal carers: sources and concomitants of satisfaction. *Health and Social Care in the Community,* **1**(3), 147-159.

Greenwald, D. A. & Brandt, L. J. (1996) Gastrointestinal system: function and dysfunction. In *Encyclopedia of gerontology, age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Grundy, E. & Sloggett, A. (2003) Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *Social Science & Medicine,* **56**(5), 935-47.

Grunfelt, E., Glossop, R., McDowell, I. & Danbrook, C. (1997) Caring for the elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal,* **8**(15), 1101-1105.

Gullone, E. & Cummins, R. A. (Eds.) (2002) *The universality of subjective wellbeing indicator a multi-disciplinary and multi-national perspective,* Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Haas, B. K. (1999) Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship,* **31**(3), 215-220.

Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., Rossum, E. v., Witte, L. P. d. & Crebolder, H. F. J. M. (2000) Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ,* **320**, 754-758.

Hansson, R. O., DeKoekkoeck, P. D., Neece, W. M. & Patterson, D. W. (1997) Successful aging at work: Annual review 1992-1996. The older worker and transitions to retirement. *Journal of Vocational Behavior,* **51**, 202-233.

Havighurst, R. & Albrecht, T. (1953) *Older people,* Longmans Green, New York.

Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J. & Azen, S. P. (2002) Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of American Geriatric Society,* **50**(8), 1381-8.

Hayo, B. & Seifert, W. (2003) Subjective economic well-being in Eastern Europe. *Journal of Economic Psychology,* **24**, 329-348.

Heikkinen, E. (2003) *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented.* World Health Organization, Copenhagen

Hellström, Y. & Hallberg, I. R. (2001) Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community,* **9**(2), 61-71.

Hellström, Y., Persson, G. & Hallberg, I. R. (2004) Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing,* **48**(6), 584-93.

Heslin, J. M., Soveri, P. J., Winoy, J. B., Lyons, R. A., Buttanshaw, A. C., Kovacic, L., Daley, J. A. & Gonzalo, E. (2001) Health status and service utilisation of older people in different European countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* **19**(4), 218-22.

Hillerås, P. (2000) Well-being among the very old a survey on a sample aged 90 years and above. In *Department of clinical neuroscience, occupational therapy and elderly research division of geriatric medicine* Karolinska Institutet, Stockholm.

Hillerås, P., Jorm, A., Herlitz, A. & Winblad, B. (2001) Life satisfaction among the very old: A survey on a cognitively intact sample aged 90 years and above. *International Journal of Aging and Human Development,* **52**(1), 71-90.

Ho, S. C., Woo, J., Lau, J., Chan, S. G., Yuen, Y. K., Chan, Y. K. & Chi, I. (1995) Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of American Geriatric Society,* **43**(3), 252-5.

Hoyert, D. L. & Seltzer, M. M. (1992) Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family relations,* **41**, 74-81.

Huang, L. H. & Lin, Y. C. (2002) The health status and needs of community elderly living alone. *Journal of Nursing Research,* **10**(3), 227-36.

Huisman, M., Kunst, A. E. & Mackenbach, J. P. (2003) Socioeconomic inequalities in mobility among the elderly; a European overview. *Social Science & Medicine,* **57**, 861-873.

Janlöv, A.-C., Hallberg, I. R. & Petersson, K. (2005) Older persons' experience of entering into the phase of asking for public home help - a qualitative study. *International Journal of Social Welfare,* **14**, 326-336.

Jansson, W., Almberg, B., Grafstrom, M. & Winblad, B. (1998) The Circle Model--support for relatives of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* **13**(10), 674-81.

Jegermalm, M. (2003) Support for carers of older people: The role of the public and voluntary sector in Sweden. *Social Policy & Adiministration,* **37**, 756-771.

Johannesen, A., Petersen, J. & Avlund, K. (2004) Satisfaction in everyday life for frail 85 year-old adults: a Danish population study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy,* **11**, 3-11.

Johansson, L. (1991) Caring for the next of kin. In *Department of Social Medicine* Uppsala University, Uppsala.

Johnson, T. F. (1995) Ageing well in contemporary society: Introduction. *American Behavioral Scientist,* **39**(2), 120-130.

Jones, D. A. & Vetter, N. J. (1984) A survey of those who care for the elderly at home: their problems and their needs. *Social Science & Medicine,* **19**(5), 511-4.

Kaldenberg, D. O., Koenig, H. F. & Becker, B. W. (1994) Mail survey response rate patterns in a population of the elderly. *Public Opinion Quarterly,* **58**, 68-76.

Karnick, P. M. (2005) Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly,* **18**(1), 7-12.

Kasper, J. D., Shapiro, S., Guralnik, J. M., Bandeen-Roche, K. J. & Fried, L. P. (1999) Designing a community study of moderately to severely disabled older women: the Women's Health and Aging Study. *Annals of Epidemiology,* **9**(8), 498-507.

Kazdin, A. E. (1998) *Research design in clinical psychology,* Allyn and Bacon, United States of America.

Kercher, K. (1992) Assessing Subjective Well-Being in the Old-Old. *Research on Aging,* **14**(2), 131-168.

Kerse, N. M., Flicker, L., Jolley, D., Arroll, B. & Young, D. (1999) Improving the health behaviours of elderly people: randomised controlled trial of a general practice education programme. *BMJ,* **319**(7211), 683-7.

Kinsella, K. & Velkoff, V. A. (2001) *An aging world.* US Census Bureau, Washington

Kivinen, P., Sulkava, R., Halonen, P. & Nissinen, A. (1998) Self-reported and performance-based functional status and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Journal of Clinical Epidemiology,* **51**(12), 1243-52.

Krause, N. M. & Jay, G. M. (1994) What do global self-rated health items measure? *Medical Care,* **32**(9), 930-42.

Lassey, W. R. & Lassey, M. L. (2001) *Quality of life for older people and International perspective,* Prentice Hall, New Jersey.

Lawton, M. P. (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist,* **23**(4), 349-57.

Lawton, M. P., Winter, L., Kleban, M. H. & Ruckdeschel, K. (1999) Affect and quality of life: objective and subjective. *Journal of Aging and Health,* **11**(2), 169-98.

Lawton, P. M. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (Eds, Birren, J. E., Lubben, J. E., J.C, R. and Deutchman, D. E.) Academic Press, London.

Lee, H. S., Brennan, P. F. & Daly, B. J. (2001) Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing & Health,* (24), 44-56.

Lee, Y. & Shinkai, S. (2003) A comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics,* **37**, 63-76.

Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylha, M. (1999) A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging (Milano),* **11**(4), 209-20.

Liaoo, Y., McGee, D. L., Kaufman, J. S., Cao, G. & Cooper, R. S. (1999) Socio-economic status and mobility in the last year. *American Journal of Public Health,* **89**(4), 569-572.

Lindgren, A. M., Svardsudd, K. & Tibblin, G. (1994) Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. *Age Ageing,* **23**(4), 328-33.

Ljungquist, B. & Sundström, G. (1996) Health an social networks as predictors of survival in old age. *Scandinavian Journal of Social Medicine,* **24**(2), 90-101.

Llacer, A., Zunzunegui, M. V., Gutierrez-Cuadra, P., Beland, F. & Zarit, S. H. (2002) Correlates of wellbeing of spousal and children carers of disabled people over 65 in Spain. *European Journal of Public Health,* **12**(1), 3-9.

Lundh, U. (1999) Family carers. 2: Sources of satisfaction among Swedish carers. *British Journal of Nursing,* **8**(10), 647-52.

Mannel, R. C. & Dupuis, S. (1996) Life Satisfaction. In *Encyclopedia of Gerontology Age, Aging, and the Aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Marshall, V. W. (1996) Theories of aging:social. In *Encyclopedia of gerontology age, aging, and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Mast, M. E. (1995) Definition and measurement of quality of life in oncology nursing research: Review and theoretical implications. *Oncology Nursing Forum,* (22), 957-964.

Maututinovic, I. (1998) Quality of life in transitions countries: central east Europe with special reference to Croatia. *Social Indicators Research,* **43**, 97-119.

McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T. & Dehlin, O. (1999) Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development,* **48**(4), 301-24.

McLeod, J. D. (1996) Life events. In *Encyclopedia of Gerontology Age, Aging, and Aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego, pp. 710.

Melin, R. (2003) On life satisfaction and vocational rehabilitation outcome in Sweden. In *Department of neuroscience, rehabilitation medicine* Uppsala university, Uppsala.

Molarius, A. & Janson, S. (2002) Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology,* **55**(4), 364-70.

Montepare, J. M. & Lachman, M. E. (1989) "You're only as old as you feel: self-persceptions of age, fears of aging and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging,* **4**(1), 73-78.

Morgan, K., Dallosso, H. M., Arie, T., Byrne, E. J., Jones, R. & Waite, J. (1987) Mental health and psychological well-being among the old and the very old living at home. *British Journal of Psychiatry,* **150**, 801-7.

Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H.-J. v. & Tesch-Römer, C. (2004) Social inequality of the later life: cross-national comparison of quality of life. *European Journal of Ageing,* **1**, 6-14.

Naidoo, J. & Wills, J. (1996) Concepts of health. In *Health promotion foundations for practice* Tindall, London.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. & Tobin, S. (1968) Personality and patterns of aging. In *Middle age and aging* (Eds, Neugarten, B. L.) The University of Chicago Press, Chicago.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. & Tobin, S. S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology,* **16**, 134-43.

Newsom, J. T. & Schulz, R. (1998) Caregiving from the recipient's perspective: negative reactions to being helped. *Health Psychology,* **17**(2), 172-81.

Nicoll, M., Ashworth, M., McNally, L. & Newman, S. (2002) Satisfaction with respite care: a pilot study. *Health and Social Care in the Community,* **10**(6), 479-84.

OECD (2005) Population and migration. In *OECD Factbook Economic, environmental and social statistics*.

Osberg, J. S., McGinnis, G. E., DeJong, G. & Seward, M. L. (1987) Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults. *Journal of Gerontology,* **42**(2), 228-30.

Padilla, G. V., Ferrel, B., Grant, M. M. & Rhiner, M. (1990) Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing,* **13**(2), 108-115.

Parker, G. (1992) Counting care: numbers and types of informal carers. In *Carers research & practice* (Eds, Twigg, J.) HMSO, London.

Parker, M. G., Ahacic, K., Thorslund, M. & Lundberg, O. (1999) Socioeconomic status and health among elderly people in Sweden. *Annals of New York Acadademy Science,* **896**, 383-5.

Parker, M. G., Thorslund, M., Lundberg, O. & Kåreholt, I. (1996) Predictors of physical function among the oldest old. *Journal of Aging and Health,* **8**(3), 444-460.

Pearson, V. I. (2000) Assessment of function in older adults. In *Assessing older persons* (Eds, Kane, R. L. and Kane, R. A.) Oxford University Press, New York.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stahelin, H. B., Krebs-Roubicek, E. & Ehrsam, R. (1996) Wellbeing, health and autonomy in old age: the Basal IDA Study (Interdisciplinary Aging Study). *Zeitchrifts fur Gerontologie und Geriatrie,* **29**(2), 95-109.

Persson, G., Bostrom, G., Allebeck, P., Andersson, L., Berg, S., Johansson, L. & Thille, A. (2001) Chapter 5. Elderly people's health--65 and after. Health in Sweden: The National Public Health Report 2001. *Scandinavian Journal of Public Health Suppl,* **58**, 117-31.

Pervin, L. A. & John, O. P. (1996) *Personality theory and research,* John Wiley & Sons, New York.

Piercy, K. W. (1998) Theorizing about family caregiving: the role of responsibility. *Journal of Marriage and the Family,* **60**, 109-118.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999) *Nursing research principles and methods,* Lippincott, Philadelphia.

Puri, B. K. (2002) *SPSS in practice an illustrated guide,* Arnold, New York.

Ramsey, J. J. & Kemnitz, J. W. (1996) Bioenergetics. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Regeringskansliet (2005) *Policy for the elderly*. Goverment Offices, Stockholm.

Rennemark, M. & Hagberg, B. (1997) Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonan perspective. *Aging and Mental Health,* **1**(3), 221-229.

Rieu, M. (1995) Role of physical activities in a public health policy. *Bulletine del Acadademi Nationale de Medicine,* **179**(7), 1417-26; discussion 1426-8.

Roca Roger, M., Ubeda Bonet, I., Fuentelsaz Gallego, C., Lopez Pisa, R., Pont Ribas, A., Garcia Vinets, L. & Pedreny Oriol, R. (2000) Impact of caregiving on the health of family caregivers. *Atentencion Primaria,* **26**(4), 217-23.

Rolland, J. S. (1994) *Families, illness, & disability an intergrative treatment model,* Basic Books, New York.

Rolls, B. J. & Drewnowski, A. (1996) Diet and Nutrition. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Rosenberg, M. (1965) *Society and the adolescent self-image,* University Press, Princeton.

Rowe, J. W. & Kahn, J. H. (1998) The structure of successful aging. In *Successful aging* DPT Health, New York.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987) Human aging: usual and successful. *Science,* **237**(4811), 143-9.

Ruth, J.-E. & Coleman, P. (1996) Personality and aging: coping and management of the self in later life. In *Handbook of psychology of aging* (Eds, Birren, J. E. and Schaie, K. W.) Academic Press, San Diego.

Ryff, C. D. (1996) Psychologial well-being. In *Encyclopedia of gerontology age, aging, and aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, Los Angeles.

Sarvimaki, A. & Stenbock-Hult, B. (2000) Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing,* **32**(4), 1025-33.

Scharf, T., Meer, M. v. d. & Thissen, F. (2003) *Contextualising adult well-being in Europe: Report on socio-cultural differences in ESAW nations.* Bangor

Schofield, H. L., Bloch, S., Herman, H., Murphy, B., Nankervis, J. & Singh, B. (1998) *Family caregivers disability, illness and ageing,* Allen Unwin, Sydney.

Schroots, J. J. F. (1996) Theories of aging: psychological. In *Encyclopedia of gerontology age, aging, and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Schulz, R. & Beach, S. R. (1999) Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *Jama,* **282**(23), 2215-9.

Schulz, R. & Heckhausen, J. (1996) A life span model of successful aging. *American Psychologist,* **51**(7), 702-714.

Scialfa, C. T. & Kline, D. W. (1996) Vision. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Acaemic Press, San Diego.

Smeeding, T. M. (1996) Economics: individual. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Socialstyrelsen (2002) *"Då är det bara att ta nya tag" Avlösningvård i Jönköping.* Stockholm

Socialstyrelsen (2004) *Äldre - vård och omsorg 2004.* Stockholm

Sogaard, A. J., Selmer, R., Bjertness, E. & Thelle, D. (2004) The Oslo health study: The impact of self-selection in a large, population-based survey. *International Journal for Equity in Health,* **3**(3).

Sonn, U. (1996) Longitudinal studies of dependence in daily life activities among elderly persons. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine,* (34), 2-35.

Spiro, A. & Bossé, R. (2000) Relations between health-related quality of life and well-being: The gerontologist's new clothes? *International Journal of Aging and Human Development,* **50**(4), 297-318.

Stamatakis, K. A., Lynch, J., Everson, S. A., Raghunathan, T., Salonen, J. T. & Kaplan, G. A. (2004) Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study. *Annals of Epidemiology,* **14**(1), 58-65.

Steffens, M. C. & Bergler, R. (1995) Family situation of home care givers. *Zentralbl Hyg Umweltmed,* **197**(1-3), 75-94.

Stock, W. A. & Okun, M. A. (1982) The construct validity of life satisfaction among the elderly. *Journal of Gerontology,* **37**(5), 625-627.

Streiner, D. L. & Norman, G. R. (1995) *Health measurement scales a practical guide to their development and use,* Oxford University Press, Oxford.

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002) Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *The Journal of the American Medical Association,* **287**(8), 1022-8.

Sundström, G., Johansson, L. & Hassing, L. B. (2002) The shifting balance of long-term care in Sweden. *The Gerontologist,* **42**(3), 350-355.

Svanborg, A. (1996) Cardiovascular system. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Tamm, M. (1996) *Modeller för hälsa,* Liber, Malmö.

Tamm, M. (2002) Erik Homburger Eriksons teori om livscykeln. In *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom* Studentlitteratur, Lund.

Thorslund, M., Lennartsson, C., Parker, M. G. & Lundberg, O. (2004) De allra äldstas hälsa har blivit sämre. *Läkartidningen,* **10**, 1494-1499.

Tornstam, L. (1988) *Ensamhetens ansikten en studie om ensamhetsupplevelser hos svenskar 15-80 år.* Uppsala

Tornstam, L. (1996) "Caring for the elderly. Introducing the theory of gerotrancendence as supplementary frame of reference for caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* **10**, 144-150.

Tornstam, L. (1996) Gerotranscendence - a theory about maturing into old age. *Journal of Ageing and Identity,* **1**(1), 37-50.

U.S Census Bureau (2004) *Global population at a glance: 2002 and beyound.* Washington

Wadsworth, M. (2002) Doing longitudinal research. In *Researching ageing and later life* (Eds, Jamieson, A. and Vcictor, C. R.) Open University Press, Buckingham.

Walker, A. (2005) Quality of life in old age in Europe. In *Growing Older In Europe* (Eds, Walker, A.) Open University Press, Suffolk.

Walker, A. J., Pratt, C. C. & Eddy, L. (1995) Informal caregiving to aging family members a critical review. *Family relations,* **44**, 402-411.

Wallhagen, M. I. (1992) Caregiving demands: their difficulty and effects on the well-being of elderly caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice,* **6**(2), 111-27; discussion 129-33.

van de Vijver, F. J. R. & Leung, K. (1997) *Methods and data analysis for cross-cultural research,* SAGE Publications, Thousand Oaks.

van de Vijver, F. J. R. & Poortinga, Y. H. (1997) Towards an integrated analysis of bias in cross-cultural assessment. *European Journal of Psychological Assessment,* **13**, 21-29.

Veenhoven, R. (1984) *Conditions of happiness,* Riedel publishing Company, Dordrecht.

Veenhoven, R. (2000) The four qualities of life ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies,* **1**, 1-39.

Wenger, G. C. (1997) Review of findings on support networks of older Europeans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology,* **12**, 1-21.

WHO (2002) *Active Ageing A Policy Framework.* Geneva

Williams, A. M., Forbes, D. A., Mitchel, J., Essar, M. & Corbett, B. (2003) The influence of income on the experience of informal caregiving: policy implications. *Health Care for Women International,* **24**, 280-291.

Winslow, B. W. (1997) Family caregiving and the use of formal community support services: a qualitative case study. *Mental Health Nursing,* **19**, 11-27.

Vitterso, J., Roysamb, E. & Diener, E. (Eds.) (2002) *The concept of life satisfaction across cultures: exploring its diverse meaning and relation to economic wealth,* Kluwer Academic Publishers, Dordrecht.

Wood, V., Wylie, M.-L. & Sheafor, B. (1969) An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: correlation with rater judgements. *Journal of Gerontology,* **24**, 465-469.

Woollacott, M. (1996) Balance, posture and gait. In *Encyclopedia of gerontology age, aging and the aged*, Vol. 1 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Yates, F. E. (1996) Theories of aging, biological. In *Encyclopedia of gerontology age, aging, and the aged*, Vol. 2 (Eds, Birren, J. E.) Academic Press, San Diego.

Zhang, L. & Leung, J. P. (2002) Moderating effects of gender and age on the relationship between self-esteem and life satisfaction in mainland Chinese. *International Journal of Psychology,* **37**, 83-91.