



BASLINJEUNDERSÖKNING 2001-02-01 PÅ KUNGSHOLMEN- ESSINGEÖARNA

Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen-Essingen

**SNAC – Vårdsystem (The Swedish National Study on
Ageing and Care)**

SNAC-rapport Nr. 1

**Mårten Lagergren
Rose-Marie Hedberg
Lena Lundberg
Bettina Meinow**

Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:3
ISSN 1401-5129

Innehållsförteckning

Förord.....	3
0. Sammanfattning.....	4
1. Bakgrund och syfte.....	12
2. Material och metod.....	13
2.1 Allmänt.....	13
2.2 Insamlade uppgifter.....	14
2.3 Index för sammanfattning av resultat.....	17
3. Resultat.....	18
3.1 Ingående personer.....	18
3.2 Omgivningsfaktorer.....	23
3.2.1 Bostaden.....	23
3.2.2 Socialt stöd.....	26
3.3 Personligt vårdberoende.....	32
3.4 Beslutat bistånd enl. Socialtjänstlagen.....	39
3.5 Beslutat bistånd enligt LSS.....	42
3.6 Pågående insatser i hemmet enligt HSL.....	42
3.7 Samband mellan insatser, funktionsnedsättning och inkomst.....	47
3.8 Konsumtion av akut hälso- och sjukvård för vårdtagare med långvarig vård.....	50
4. Diskussion.....	53
Bilaga 1. Informationsbrev.....	59
Bilaga 2. Vårdtagarnas funktionsnedsättning enligt Katz ADL-index och ÄSIM-index.....	62

Förord

SNAC – The Swedish National Study on Ageing and Care - är en långsiktig nationell studie av åldrandet och vården och omsorgen om de äldre, som initierats av regeringen och genomförs i fyra områden i Sverige. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är huvudman för den del av studien, som genomförs i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Denna del av studien stöds finansiellt förutom av regeringen också av Stockholms läns landsting och Stockholms stad. SNAC-studien har två kompletterande perspektiv – befolkning och vårdssystem. Rapporten är den första från studiens vårdsystemdel. Den beskriver genomförande och resultat av den s.k. baselineundersökningen år 2001. Undersökningen bestod i en inventering av samtliga Kungsholmsbor 65 år och äldre som den 1 februari 2001 hade långvarig vård och omsorg. Vid undersökningen, som huvudsakligen genomfördes av den för vården och omsorgen ansvariga personalen, noterades de olika insatser som de äldre hade samt olika faktorer av betydelse för behovet av insatser. Datainsamlingen inom vårdsystemdelen av SNAC-studien omfattar också fortlöpande registrering av alla förändringar av den långvariga vård- och omsorgsinsatsen. En ny baseline-undersökning genomförs under våren 2002. Resultat från den löpande registreringen och förnyade baselineundersökningar kommer successivt att avrapporteras i denna rapportserie. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum vill härmed framföra ett tack till all personal som medverkat i informationsinsamlingen och uttrycka förhoppningen att resultatet av denna och de fortsatta undersökningarna i SNAC-studien skall visa sig värdefulla i utvecklingen av en bättre vård och omsorg för de äldre.

Mårten Lagergren

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Projektledare SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen

0. Sammanfattning

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum har av regeringen erhållit statsbidrag för uppbyggnad av longitudinella databaser utifrån data som på olika sätt beskriver utvecklingen av äldres behov av vård och omsorg och hur detta tillgodoses av kommun och landsting. Projektet, som genomförs i Kungsholmens stadsdel i Stockholm, ingår som ett av fyra delprojekt inom ramen för den samlade nationella studien ”The Swedish National study on Ageing and Care” (SNAC). De övriga huvudmännen, som deltar i SNAC-studien är:

- Region Skåne med kommunerna Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad
- Blekinge läns landsting samt kommunerna Karlskrona och Sölvesborg
- Gävleborgs läns landsting (primärvårdens FoU-enhet i Nordanstig) och Nordanstigs kommun

Två perspektiv: Befolkning och vårdssystem

SNAC-studien har två perspektiv - ett vårdsystemperspektiv och ett befolkningsperspektiv. Föreliggande rapport avser projektets vårdsystemdel. Syftet med vårdsystemstudien är att kontinuerlig följa upp de vård- och omsorgsinsatser, som den äldre befolkningen erhåller, såväl akuta som långvariga, samt att därvid också registrera olika faktorer, som har betydelse för tilldelningen av insatserna. Insamlade data skall kunna användas som underlag för planering, resursfördelning och utvärdering av vården och omsorgen av de äldre. Härutöver skall insamlade data också kunna användas i forsknings- och utvecklingsarbete kring frågor om vård och omsorg. En viktig aspekt är att kopplingen mellan befolknings- och vårdsystemdelen ger en möjlighet till jämförelse mellan de som erhåller och de som inte erhåller offentligfinansierad vård och omsorg.

Registrering av alla varaktiga förändringar

Registreringen i vårdsystemdelen avser i princip alla *förändringar* i insatsen av långvarig vård och omsorg för de personer, som bor inom stadsdelen Kungsholmen och som är 65 år och äldre. Inom den kommunala äldreomsorgen innebär detta registrering vid varje nytt biståndsbeslut inkl. upphörande av bistånd. Uppgifterna insamlas månadsvis. För hemsjukvården är registreringen knuten till antalet besök i hemmet föregående månad. Till de data som erhålls vid registreringen av den långvariga vården och omsorgen förs sedan data på

individnivå avseende dels akuta vårdinsatser i öppen och slutna vård, dels uppgifter avseende inkomster och vårdavgifter. Sammanföringen av uppgifter från olika datakällor förutsätter de registrerade personernas samtycke. Tillstånd till att genomföra undersökningen har erhållits från den forskningsetiska kommittén vid Karolinska Institutet.

Vid registreringen i vårdsystemdelen används ett undersökningsformulär, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Protokollet överensstämmer i allt väsentligt med dem som tillämpas i dessa områden, vilket medför att det är möjligt att göra olika jämförelser mellan äldrevården på Kungsholmen och i de övriga deltagande områdena.

Baseline-undersökning 2001 i syfte att erhålla ett utgångsläge

I syfte att erhålla ett utgångsläge för den fortsatta löpande registreringen genomfördes under år 2001 en s.k. baseline-undersökning. Denna avsåg att omfatta alla på Kungsholmen och Essinge-öarna skrivna, 65 år och äldre, personer, som per den 1 februari 2001 mottog långvariga vård- och omsorgsinsatser från kommun och /eller landsting. I föreliggande rapport redovisas uppläggning och resultat av denna undersökning.

Datainsamlingen i baseline-undersökningen har i vad gäller kommunens verksamhet utförts av kommunens egen personal – biståndshandläggare samt ansvarig personal vid utförarenheterna. Registreringarna inom hemsjukvård och hemrehabilitering har gjorts av Äldrecentrums personal med stöd av uppgifter från vårdpersonalen och journaler samt i vissa fall hembesök. Som underlag för att hämta in de registrerade personernas informerade samtycke utformades ett informationsbrev, som tillställdes alla berörda personer via vårdpersonalen (distriktssköterskor, vårdbiträden m fl.). I brevet beskrevs undersökningens syfte och det klarlades att deltagandet var frivilligt. Sammanlagt 175 (8%) av de aktuella personerna har uppgivit till personalen att de inte önskar att uppgifter om dem ingår i undersökningen. Dessa personer finns därmed inte i det redovisade materialet. Genom att andelen är så pass låg har den ingen större betydelse för uppgifternas tillförlitlighet.

Insamlade uppgifter

Insamlade uppgifter i baseline-undersökningen omfattade

- personuppgifter (personnummer, eventuell utomnordisk härkomst, civilstånd, ensam/samboende),
- omgivningsfaktorer (bostadens standard, tillgänglighet och anpassning till funktionshinder, tillgången till alternativ omsorg och sociala kontakter)
- personligt vårdberoende (funktionsnedsättningar och övriga behovspåverkande personliga förhållanden)
- behov av särskilda sjukvårdsinsatser,
- beslutat bistånd enligt SoL,
- beslutade insatser enligt LSS,
- pågående insatser enligt HSL.

Registreringen i baseline-undersökningen omfattade totalt 1477 personer, vilket utgör 68% av det beräknade totala antalet vårdtagare med långvarig vård och omsorg. Bortfallet i undersökningen – utöver de som inte lämnade samtycke till (8%; jfr ovan) - uppgick alltså till 24%.

Sammanlagt 307 personer noterades som inskrivna i hemsjukvården. Av dessa var det bara 30 personer, som inte hade äldreomsorg. Av de registrerade personerna fanns 704 personer i ordinärt boende, 197 i serviceboende och 576 i boende med heldygnsomsorg. Andelen registrerade var högre i det särskilda än i det vanliga boendet – 54 resp. 88%. Medelåldern bland de registrerade vårdtagarna uppgick till 86,4 år, mer än 80% var kvinnor och nästan 90% ensamboende. Bland de boende med heldygnsomsorg var medelåldern ännu högre – 88,1 år. Endast en liten del (1%) av vårdtagarna hade utomnordisk härkomst.

Hög bostadsstandard i det särskilda boendet

Graden av anpassning av bostaden till funktionsnedsättningar är som väntat betydligt högre i särskilt boende än i ordinärt boende. Exempelvis är badrummet tillgängligt för rullstol i endast en fjärdedel av lägenheterna i ordinärt boende mot över 90% i serviceboendet.

Bostadsstandarden är också genomgående hög i det särskilda boendet – med undantag för

vissa ålderdomshem och sjukhem. Omkring 10% av vårdtagarna i särskilt boende delar rum med annan än partner. Tillgängligheten till bostaden är mycket hög i serviceboende, men betydligt sämre i det vanliga boendet.

En betydande andel av vårdtagarna får hjälp från olika grupper av närstående med tvätt, städning, ärenden mm utöver den kommunala hjälpen. Andelen som får sådan hjälp är betydligt högre i ordinärt boende än i serviceboende – 43 resp. 28%. Ganska få (2%) anlitar privat, egenbetald hjälp och ännu färre får hjälp från frivilligorganisation (1%).

Fler av vårdtagarna får hjälp av barnen än av make/maka

Andelen som får omvårdnadsinsatser som hjälp vid bad, toalettbesök etc. vid sidan av kommunens hjälp är betydligt färre och det är återigen vanligare i ordinärt boende än i serviceboende. Det vanligaste är att denna hjälp ges från barnen eller svärdotter/son. Hjälp från make/maka är ovanligt – främst av det skälet att endast 10% är sammanboende. Av de som har make/maka uppges omkring hälften i ordinärt boende kunna få hjälp med omvårdnadsinsatser. Mycket få av vårdtagarna betalar egen privat omvårdnad och ingen får sådana insatser från frivilligorganisation.

Mer än en tredjedel av vårdtagarna saknar regelbunden, någorlunda frekvent social kontakt med närstående. Detta gäller i högre grad personer med heldygnsomsorg än personer i ordinärt boende och serviceboende. De vanligaste kontakterna är med egna barn eller svärdotter/svärson, men även syskon, andra släktingar samt vänner och grannar spelar stor roll.

Mycket stor skillnad i funktionsnedsättning mellan de boende i heldygnsomsorg och de övriga...

Den övervägande delen av vårdtagarna är beroende av hjälp för samtliga s.k. IADL-aktiviteter (tvätt, städning, matuppköp etc.) För de som har heldygnsomsorg gäller detta så gott som alla. Anmärkningsvärt är att de som bor i servicehus genomsnittligt sett klarar dessa aktiviteter i större utsträckning än de som bor i ordinärt boende. Över hälften (54%) av vårdtagarna med heldygnsomsorg är beroende för samtliga personliga ADL-aktiviteter (bad, på- och avklädning, toalettbesök etc.). Bland de som bor i serviceboende gäller detta endast en tiondedel och i ordinärt boende 6%.

En indelning har gjorts av vårdtagarna i grupper med hänsyn till graden av funktionsnedsättning (PADL-grupper). Det råder mycket stor skillnad i funktionsnedsättning mellan de boende i heldygnsomsorg och de övriga. Av de mycket eller helt nedsatta beräknas nästan tre fjärdedelar (74%) bo i boende med heldygnsomsorg och endast 12% i ordinärt boende. Omvänt beräknas nästan tre fjärdedelar (74%) av de med ingen eller lätt nedsättning av funktionsförmågan bo i ordinärt boende. Det framkommer vidare, att bland de boende i serviceboende en något högre andel är mycket eller helt nedsatta, vilket antyder att det är något lättare att bo kvar i serviceboende vid funktionsnedsättning än i ordinärt boende.

... detta gäller även kognitiv nedsättning och inkontinens

Mycket slående är också skillnaden mellan de boende i heldygnsomsorg och de i ordinärt boende och serviceboende när det gäller kognitiv nedsättning. Endast ett fåtal personer i ordinärt boende och i serviceboende har mycket svår kognitiv nedsättning, medan detta gäller för nästan en tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg. Av de mycket svårt kognitivt nedsatta beräknas endast 6% bo i ordinärt boende eller serviceboende. Inkluderar man även kategorin ”svårt nedsatta” ökar motsvarande andel till 20%. Även förekomsten av inkontinens – speciellt avföringsinkontinens – skiljer starkt mellan de boende i heldygnsomsorg och de övriga. Däremot är skillnaden mellan ordinärt boende och serviceboende obetydlig. Av svårt avföringsinkontinenta personer beräknas fem av sex (83%) bo i boende med heldygnsomsorg. Skillnaderna mellan boendeformerna när det gäller rörelsehinder, syn och hörsel är mycket mindre än för funktionsförmåga, kognitiv nedsättning och inkontinens, vilket antyder att sådana problem är lättare att bemästra i ett ordinärt boende. En hög förekomst av kroniska sår i ordinärt boende kan möjligen indikera ett kvalitetsproblem.

Den beviljade hjälpen vid lika behov är större i serviceboende än i ordinärt boende

Registreringen av beslutat bistånd enligt Socialtjänstlagen har omfattat boendeform, hemhjälp i ordinärt boende och serviceboende och serviceboende (tim. per vecka samt kväll och natt) samt olika särskilda insatser såsom matdistribution, trygghetslarm, ledsagare etc. Medelvärdet för hemhjälpinsatsen, 10,0 tim. per vecka, överensstämmer väl med det som uppmätts i de olika studier som gjorts av biståndshandläggningen i olika stadsdelar i Stockholm. Den beviljade hjälpen är genomgående större i serviceboende än i ordinärt boende, vilket inte kan

förklaras med större behov utan måste ha andra orsaker. Skillnaden är speciellt påfallande när det gäller hjälp kvällar och nätter.

Insatserna inom hemsjukvården är betydligt mindre än inom hemtjänsten

Registrering av hemsjukvård har endast gjorts för personer som bor i ordinärt boende eller serviceboende. Hemsjukvård är vanligare bland dem som bor i serviceboende än i ordinärt boende, men insatserna är som genomsnitt något mindre. Till skillnad från hemhjälp ges hemsjukvård kvällar och nätter i samma utsträckning i ordinärt boende som i serviceboende. Det framkom också att timinsatserna i hemsjukvård är avsevärt mycket mindre än den kommunala hemhjälp – som genomsnitt 5 tim. per månad. Sammanlagt 222 personer av de registrerade personerna (15%) hade rehabiliteringsinsatser. Många av vårdtagarna i ordinärt boende får rehabiliteringen utanför ordinärt boende och serviceboende och den ges av både sjukgymnast och arbetsterapeut. De som bor i särskilt boende får nästan alltid rehabilitering i det egna boendet och när det gäller serviceboendet huvudsakligen av sjukgymnast. En mycket hög andel av vårdtagarna har någon form av hjälpmedel. De mest allmänt förekommande hjälpmedlen är gånghjälpmedel såsom rullator, gåbockar eller kryckor.

En mycket liten andel av de äldre vårdtagarna med långvarig vård och omsorg får mer avancerade livsuppehållande insatser, såsom intravenös näringstillförsel eller näring via sond. Dialys förekommer nästan inte alls. Smärtbehandling och hjälp med injektioner är vanligare, men ändå inte allmänt förekommande.

Sambandet mellan inkomst, funktionsnedsättning och beslutad insats skall undersökas närmare

Genom samkörning med data ifrån stadens socialtjänstregister, ”Paraplyet”, har det blivit möjligt att studera sambanden mellan inkomsten å ena sidan och vårdinsats och vårdberoende å den andra. Resultatet visar att vårdtagarna med de lägsta inkomsterna i större utsträckning än övriga bor i serviceboende. En lägre andel av dem är mycket eller helt funktionsnedsatta och de får – eventuellt sammanhängande med den högre förekomsten av serviceboende – större insatser. Sambandet mellan inkomst, funktionsnedsättning och beslutad insats skall

undersökas närmare efter hand som antalet observationer ökar genom de löpande uppföljningen.

Preliminära resultat pekar på att vårdtagarna i heldygnsvård konsumerar färre vård dagar i akut hälso- och sjukvård än övriga

Det har också varit möjligt att undersöka de långvariga vårdtagarnas konsumtion av akut hälso- och sjukvård och ställa denna i relation till olika bakgrundsvariabler. Resultaten är ännu så länge preliminära, men pekar på att de boende i heldygnsvård har betydligt färre vård dagar i akutsjukvård än övriga vårdtagare. Detta gäller i särskild hög grad dem med mycket stor funktionsnedsättning. Även antalet läkarbesök är lägre för de boende med heldygnsvård än för de i ordinärt boende och serviceboende, men detta beror sannolikt på att läkarinsatserna inte registreras på samma sätt när det gäller patienter i boende med heldygnsvård. Frågan om de långvariga vårdtagarnas konsumtion av akut vård kommer att analyseras närmare i fortsättningen.

En ny baseline-undersökning pågår

Baseline-undersökningen i SNAC-K, vårdsystemdelen, representerar inledningen av en datainsamling som är planerad att äga rum under flera år. Syftet är att successivt bygga upp en databas och ett system för uppföljning, som skall möjliggöra ett långt bättre informationsunderlag för planering, ledning och genomförande av äldrevården än det som idag står tillbuds. Projektet utgör i många avseenden ett pionjärbete och det är naturligt att både positiva och negativa erfarenheter kan noteras. Dessa erfarenheter tas nu tillvara och olika förändringar görs av förfarandet vid datainsamlingen i syfte att göra denna enklare, snabbare och tydligare. Undersökningen år 2001 tog betydligt längre tid att genomföra än beräknat och deltagandet blev ändå inte 100%-igt. Vid den nya baseline-undersökning per den 1 mars 2002, som nu satts igång, prövas mot bakgrund av erhållna erfarenheter en delvis annan uppläggning, som förhoppningsvis skall leda till ett snabbare resultat.

Ytterligare analyser kommer att presenteras

Den i denna rapport presenterade redovisningen av resultaten från baseline-undersökningen på Kungsholmen per den 1 februari 2001 är i huvudsak rent deskriptiv. I fortsättningen kommer materialet att analyseras vidare utifrån olika frågeställningar och rapporter planeras avseende bland annat genderanalyser och analyserande jämförelser med övriga SNAC-områden. Vidare kommer de första resultaten från den löpande registreringen, som vänta föreligga senare under våren 2002, att utnyttjas för att närmare belysa dynamiken bakom de stora observerade skillnaderna i vårdtagarnas sammansättning i de olika boendeformerna. Detta aktualiserar viktiga frågor som serviceboendets roll och tillämpningen av kvarboendeprincipen. Rapporter från SNACK – vårdsystem-studien kommer att ges ut av Stockholms Läns Äldrecentrum i en särskild rapportserie.

1. Bakgrund och syfte

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum har av regeringen erhållit statsbidrag för uppbyggnad av longitudinella databaser utifrån data som på olika sätt beskriver utvecklingen av äldres behov av vård och omsorg och hur detta tillgodoses av kommun och landsting. Ett bidrag av totalt samma storlek som det statliga stödet har erhållits från Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Projektet, som genomförs i Kungsholmens stadsdel i Stockholm, ingår som ett av fyra delprojekt inom ramen för den samlade nationella studien ”The Swedish National study on Ageing and Care” (SNAC). De övriga huvudmännen, som deltar i SNAC-studien är:

- Region Skåne med kommunerna Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad
- Blekinge läns landsting samt kommunerna Karlskrona och Sölvesborg
- Gävleborgs läns landsting (primärvårdens FoU-enhet i Nordanstig) och Nordanstigs kommun

SNAC-studien har två perspektiv - ett vårdsystemperspektiv och ett befolkningsperspektiv. Föreliggande rapport avser projektets vårdsystemdel. I korthet kan nämnas att befolkningsstudien syftar till att över tiden följa ett urval av personer från 60 år och uppåt i syfte att studera åldrandet och uppkomsten av vårdbehoven i sitt biologiska och sociala sammanhang.

Syftet med vårdsystemstudien är att kontinuerlig följa upp de vård- och omsorgsinsatser, som den äldre befolkningen erhåller, såväl akuta som långvariga, samt att därvid också registrera olika faktorer, som har betydelse för tilldelningen av insatserna. Insamlade data skall kunna användas som underlag för planering, resursfördelning och utvärdering av vården och omsorgen av de äldre. Härutöver skall insamlade data också kunna användas i forsknings- och utvecklingsarbete kring frågor om vård och omsorg. En viktig aspekt är att kopplingen mellan befolknings- och vårdsystemdelen ger en möjlighet till jämförelse mellan de som erhåller och de som inte erhåller offentligfinansierad vård och omsorg.

Registreringen i vårdsystemdelen avser i princip alla *förändringar* i insatsen av långvarig vård och omsorg för de personer, som bor inom stadsdelen Kungsholmen och som är 65 år och äldre. Inom den kommunala äldreomsorgen innebär detta registrering vid varje nytt biståndsbeslut inkl. upphörande av bistånd. Uppgifterna insamlas månadsvis. För

hemsjukvården är registreringen knuten till antalet besök i hemmet föregående månad. Långvarig hemsjukvård resp. rehabilitering i hemmet anses ha satts in när personen för första gången fått minst två sådana besök i hemmet föregående månad. Den långvariga hemsjukvården eller rehabiliteringen anses ha upphört första gången när något besök av resp. slag i hemmet inte registrerats den föregående månaden. Till de data som erhålls vid registreringen av den långvariga vården och omsorgen förs sedan data på individnivå avseende dels akuta vårdinsatser i öppen och sluten vård, dels uppgifter avseende inkomster och vårdavgifter. Sammanföringen av uppgifter från olika datakällor förutsätter de registrerade personernas samtycke (jfr avsnitt 2 nedan). Tillstånd till att genomföra undersökningen har erhållits från den forskningsetiska kommittén vid Karolinska Institutet.

Vid registreringen i vårdsystemdelen används ett undersökningsformulär, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien (jfr avsnitt 2 nedan). Protokollet överensstämmer i allt väsentligt med de som tillämpas i dessa områden, vilket medför att det är möjligt att göra olika jämförelser mellan äldrevården på Kungsholmen och i de övriga deltagande områdena.

I syfte att erhålla ett utgångsläge för den fortsatta löpande registreringen genomfördes under år 2001 en s.k. baseline-undersökning, varvid alla personer med pågående insats av långvarig vård- och omsorg registrerades. Undersökningen avsåg läget den 1 februari 2001, samma datum från vilket den löpande registreringen tog sin början. Föreliggande rapport utgör en redovisning av uppläggning och resultat av denna undersökning.

2. Material och metod

2.1 Allmänt

Datainsamlingen i baseline-undersökningen har i vad gäller kommunens verksamhet utförts av kommunens egen personal – biståndshandläggare samt ansvarig personal vid utförarenheterna. Under en viss tid har organisationen varit förstärkt med en biståndshandläggare avlönad på projektmedel i syfte att kompensera för det merarbete registreringarna inneburit. Registreringarna inom hemsjukvård och hemrehabilitering har gjorts av Äldrecentrums personal med stöd av uppgifter från vårdpersonalen och journaler

samt i vissa fall hembesök Som förberedelse för datainsamlingen informerades berörd personal om syftet med undersökningen samt instruerades i utnyttjandet av blanketter och anvisningar.

Som framhållits i inledningen förutsätter sammanförandet de registrerade personernas informerade samtycke. För den skull utformades ett informationsbrev, som tillställdes alla berörda personer via vårdpersonalen (distriktssköterskor, vårdbiträden m. fl.). I brevet beskrevs undersökningens syfte och det klarlades att deltagandet var frivilligt. Sammanlagt 175 (8%) av de aktuella personerna har uppgivit till personalen att de inte önskar att uppgifter om dem ingår i undersökningen. Dessa personer finns därmed inte i det redovisade materialet. Genom att andelen är så pass låg har den ingen större betydelse för uppgifternas tillförlitlighet.

Ett förhållandevis stort antal äldre Kungsholmsbor vårdas på enheter utanför stadsdelen – till och med utanför länet. De enheter, som inte kunde nås för muntlig genomgång, ombads per brev delta i undersökningen och erhöll skriftliga instruktioner. Totalt har uppgifter begärts från 115 olika enheter inom äldreomsorgen. Föreliggande preliminära redovisning är baserad på uppgifter från 103 av dessa. Fem enheter med totalt 10 personer har ej lämnat in ifyllda formulär. Vid sju enheter har de boende ej lämnat samtycke till sammanförandet av uppgifter.

Baseline-undersökningen avsåg att omfatta alla på Kungsholmen och Essinge-öarna skrivna, 65 år och äldre, personer, som per den 1 februari 2001 mottog långvariga vård- och omsorgsinsatser från kommun och /eller landsting. Som mottagare av långvarig vård- och omsorg räknades därvid inom äldre- och handikappomsorgen alla de som beviljats tjänster enligt ett biståndsbeslut med undantag för de som enbart beviljats trygghetslarm eller matdistribution. Inom hemsjukvård och rehabilitering inkluderades de som under januari månad haft sammanlagt minst två besök i hemmet av endera sjukvårds- eller rehabiliteringspersonal. Personer som enbart har färdtjänst är inte inräknade.

2.2 Insamlade uppgifter

De insamlade uppgifterna skulle idealt avse läget den 1 februari 2001. Av praktiska skäl förekommer dock att uppgifterna i baseline-undersökningen är grundade på tidigare inhämtad

information. Enligt anvisningarna får uppgifter från dokumentation eller personlig kontakt vara högst sex månader gamla. Av olika skäl kom undersökningen att dra ut på tiden längre än som ursprungligen avsetts. De uppgifter, som registrerades först under sommaren - hösten 2001 avser därför den tidpunkt då registreringen gjordes.

Vid registreringen har använts ett undersökningsformulär, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Protokollet överensstämmer i allt väsentligt med dem som tillämpas i dessa områden, vilket medför att det är möjligt att göra olika jämförelser mellan äldrevården på Kungsholmen och i de övriga deltagande områdena. Undersökningsprotokollet omfattade förutom uppgifter, som avser uppgiftslämnare och form för inhämtande,

- personuppgifter (personnummer, eventuell utomnordisk härkomst, civilstånd, ensam/samboende),
- omgivningsfaktorer,
- personligt vårdberoende,
- behov av särskilda sjukvårdsinsatser,
- beslutat bistånd enligt SoL,
- beslutade insatser enligt LSS,
- pågående insatser enligt HSL.

I de fall personen varit samboende har också registrerats vilken typ av relation det varit fråga om (make/maka, syskon, barn etc..) samt om den samboende också haft varaktig vård och omsorg från staden eller landstinget.

Omgivningsfaktorer avser dels *bostadens beskaffenhet* (grad av anpassning till funktionshinder, standard i särskilt boende och tillgänglighet), dels *tillgången till alternativ omsorg*, d v s obetald hjälp med service och/eller omvårdnad från anhöriga, vänner etc. grannar eller betald hjälp från organisation eller privat person. Det registreras här också om personen sammanbor med den huvudsakliga hjälparen. Vidare registreras omfattningen av personens *sociala kontakter*, d v s besök, telefonsamtal etc., med anhöriga, vänner och grannar m fl..

Personligt vårdberoende avser dels *funktionsnedsättningar*, dels andra personrelaterade förhållanden som påverkar behovet av vård och omsorg. Registreringen av funktionsnedsättningar ansluter till den s.k. ADL-trappan. Detta innebär registrering av graden av beroende avseende dels s.k. instrumentella faktorer (IADL) såsom städning, matinköp etc., dels personliga faktorer (PADL) som bad och dusch, av- och påklädning, toalettbesök o s v. Registreringen av *övriga behovspåverkande förhållanden* omfattar bl a rörelsehinder, inkontinens, syn- och hörselnedsättning samt emotionella och kognitiva faktorer. Samtliga dessa faktorer har noterats enligt en skala från ”0” till ”3”, där ”0” betyder inga problem och ”3” mycket stora problem. Utöver dessa faktorer har också registrerats vissa andra förhållanden av betydelse för bedömningen av behovet av insatser såsom förekomsten av smärta, yrsel, sår eller särskild tillsyn (jfr. avsnitt 3.3).

Behov av särskilda sjukvårdsinsatser registreras endast av sjukvårdsansvarig personal. Detta omfattar bl. a. behov av hjälp vid intagning av läkemedel eller näringstillförsel samt eventuell förekomst av injektions- eller dialysbehandling.

Vid registreringen av beslutat bistånd enligt Socialtjänstlagen uttrycks beslutad hemhjälp (service- resp. omvårdnadsinsatser) i timmar per vecka. Här anges också hjälpen uttryckt i vårdnivå (1 – 8) enligt stadens avgiftssystem. Vidare anges här beslut om kvälls- eller nattpatrull, ledsagare, personlig assistent, dagverksamhet, anhörigbidrag m.m.. Även beslut om matdistribution och trygghetslarm registreras, men endast i de fall beslut också fattats om andra insatser. Beslut om särskilt boende registreras med uppdelning på servicehus, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Om boendet inte går att specificera på detta sätt anges ”Annat”.

Registreringen av beslut enligt LSS avser de olika formerna av stöd och service till personer med funktionshinder. Eftersom SNAC-undersökningen endast avser personer över 65 år omfattas endast en mindre del av samtliga personer med LSS-insatser.

Pågående insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen har ej registrerats för personer i särskilt boende med heldygnsomsorg. För övriga (med minst två besök i hemmet avseende hemsjukvård och/eller rehabilitering, jfr ovan) har registrerats antalet besök i hemmet under januari månad av resp. personalkategori samt om hemsjukvården omfattat insatser dag, kväll resp. natt. I registreringen noterades vidare ett antal faktorer avsedda att närmare beskriva

hemsjukvårdens karaktär. Dessa uppgifter kan sedan bl.a. ligga till grund för en klassificering i avancerad resp. basal hemsjukvård. Vid registreringen av pågående rehabilitering noterades antalet hembesök under januari månad samt huruvida besöken gjorts av arbetsterapeut eller sjukgymnast (inkl. biträden). Vidare har registrerats typen av åtgärd (bedömning, träning, behandling...). För de personer som omfattats av registreringen enligt ovan har även noterats tilldelning av hjälpmedel med uppdelning på olika ändamål.

2.3 Index för sammanfattning av resultat

Resultatet av registreringen av de olika faktorer som beskriver omgivning och personligt vårdberoende kan sammanfattas genom olika index. För beskrivning av vårdberoende har ett nytt index – SNAC-PADL-index – tagits fram i projektet med hjälp av faktoranalys. Detta index beräknas genom summering av fem s.k. ADL-variablerna¹, som beskriver graden av oberoende i dagligt liv, inkontinens (urin- resp. avföring), rörelsehinder och kognitiv nedsättning. De fem ADL-variablerna mäts från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende), de övriga från 0 (inga problem) till 3 (mycket svåra problem). Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras med två². Indexet kommer därigenom att falla mellan 0 och 25. Indexet har sedan utnyttjats för en indelning av vårdtagarna i fem funktionsnedsättningsgrupper (PADL-grupper) enligt nedanstående definition:

PADL-grupp	Indexvärde
Ingen eller lätt nedsättning	0 – 1
Måttligt nedsatt	2 – 7
Nedsatt	8 – 13
Mycket nedsatt	14 – 19
Helt nedsatt	20 –

För jämförelsens skull redovisas i bilaga också fördelningen av vårdtagarna enligt KatzADL-index och ÄSIM-index, som använts vid ett antal undersökningar av biståndsbedömningen i olika stadsdelar i Stockholm.

¹ Av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag och kontinens

² Detta görs för att få överensstämmelse med den s.k. Berger-skalan som används i Skåne och Blekinge.

3. Resultat

3.1 Ingående personer

Enligt stadens officiella statistik var det i oktober 2001 totalt 2 141 personer på Kungsholmen och Essinge-öarna mantalsskrivna personer över 65 år, som mottog varaktig äldreomsorg³. Härefter inkluderas inte de som endast har beslut om larm, färdtjänst eller matdistribution. Av tabell 1 framgår antalet med äldreomsorg i förhållande till hela äldrebefolkningen inom stadsdelen Kungsholmen per ålder och kön samt fördelat på boendeform – ordinärt boende eller serviceboende med hemtjänst resp. *boende med heldygnsomsorg*.

Tabell 1. Antal personer på Kungsholmen, 65 år och äldre, totalt resp. med äldreomsorg per åldersgrupp, kön och boendeform

		Totalt antal personer	Antal personer med hemtjänst	D:o procent av samtliga	Antal personer med särskilt boende	D:o procent av samtliga	Totalt antal personer med äldreomsorg	D:o procent av samtliga
Män	65– 74 år	1 302	51	3,9%	27	2,1%	78	6,0%
	75– 84 år	1 140	93	8,2%	55	4,2%	148	13,0%
	85- år	409	109	26,7%	79	19,3%	188	46,0%
Kvinnor	65– 74 år	1 889	85	4,5%	38	2,0%	123	6,5%
	75– 84 år	2 388	328	13,7%	188	7,9%	516	21,6%
	85- år	1 727	600	34,7%	488	28,3%	1088	63,0%
Totalt		8 855	1266	14,3%	875	9,9%	2141	24,2%

Andelen som får äldreomsorg genom kommunens försorg ökar som man kan vänta med åldern. En högre andel kvinnor än män får hjälp, vilket givetvis sammanhänger med olikheter i tillgången till informell omsorg .

Äldreomsorgen för personer som är bosatta inom stadsdelen Kungsholmens område utförs av sammanlagt 115 enheter. Ifyllda formulär har inkommit från sammanlagt 103 av dessa.

Tabell 2 visar antalet personer resp. antalet insamlade och bearbetade formulär och antalet personer som ej gett samtycke fördelat på utförarenheter inom Kungsholmen/Essinge-öarna, utanför Kungsholmen men inom Stockholms stad, utanför staden men inom länet resp. utanför länet.

Tabell 2. Antalet personer resp. ifyllda och bearbetade formulär samt antalet ej-samtycke fördelat på utförarenheter inom äldreomsorgen.

Utförarenhet	Antal personer	Antal ifyllda och bearbetade formulär	D:o andel	Antal ej samtycke	D:o andel
Kungsholmen	1897	1329	70,1%	159	8,4%
Stockholms stad - utanför Kungsholmen	167	58	34,7%	10	6,0%
Stockholms län – utanför Stockholms stad	59	44	74,5%	2	3,4%
Utanför länet	18	14	77,8%	4	22,2%
Totalt äldreomsorgen	2141	1445	67,5%	175	8,2%

Det framgår att svarsandelen växlar starkt beroende på var utförarenheterna är belägna. Detsamma gäller andelen icke-samtycke. Svårast har det varit att få in formulären från utförarenheter i Stockholm utanför Kungsholmen. De utförarenheter utanför länet som ej lämnat in formulär har samtliga hänvisat till uteblivet samtycke.

I det totala antalet personer med långvarig vård och omsorg från kommun eller landsting ingår också ett antal, som har hemsjukvård och /eller rehabilitering, men som inte har äldreomsorg. Av de personer för vilka det finns ifyllda formulär avseende baseline-undersökningen år 2001 – totalt 1477 personer – var det bara 32 stycken, som inte hade äldreomsorg, d v s enbart

³ Uppgift över antalet personer vid tidpunkten för igångsättandet av baseline-undersökningen saknas, men bör ha varit ungefär detsamma.

sjukvård och /eller rehabilitering i hemmet. Av dessa hade 29 endast hemsjukvård, en person endast hemrehab och två personer både-och. Bland de övriga var det 979 personer med enbart äldreomsorg, 247 personer med äldreomsorg och hemsjukvård (men ej rehab), 178 personer med äldreomsorg och rehab (men ej hemsjukvård) samt 41 personer med samtliga tjänster – äldreomsorg, hemsjukvård och rehab.

Det saknas i undersökningen tyvärr uppgifter på omkring 100 personer med hemsjukvård beroende på att den privata vårdcentralen, Serafen 2, vägrat att medverka i genomförandet av undersökningen. Mot bakgrund av ovanstående siffror kan beräknas, att omkring 10% av dessa, d v s cirka tio personer, inte också hade äldreomsorg. Sammanlagt skulle därmed det totala antalet på Kungsholmen och Essingeöarna mantalsskrivna personer, som fick långvarig vård och omsorg per den 1 februari 2001, uppgå till ca 2180. Fördelningen på ålder och kön av det totala antalet personer med långvarig vård och omsorg, de med ifyllda och bearbetade formulär samt de utan samtycke framgår av tabell 3 nedan.

Tabell 3. Antalet personer, totalt resp. med ifyllda och bearbetade formulär samt ej-samtycke, per ålder och kön

		Antal personer med vård och omsorg	Antal ifyllda och bearbetade formulär	D:o andel av samtl. med vård och omsorg	Antal ej samtycke	D:o andel av samtl. med vård och omsorg
Män	65 – 74 år	79	47	59,5%	9	11,4%
	75 – 84 år	151	113	74,8%	12	7,9%
	85 - år	191	125	65,4%	14	7,3%
Kvinnor	65 – 74 år	128	64	50,0%	12	9,4%
	75 – 84 år	531	327	61,7%	55	10,4%
	85 - år	1101	801	72,8%	73	6,6%
Totalt		2181	1477	67,7%	175	8,0%

Andelen vårdtagare med ifyllda formulär är, som man ser i tabell 3, något högre för de äldre än de yngre personerna. Detta sammanhänger med att andelen ifyllda formulär är högre för personer med heldygnsomsorg än för övriga (jfr tabell 4 nedan). Av samma skäl är andelen, som ej velat ge samtycke, något lägre för äldre än för yngre.

I det följande avser alla uppgifter de personer för vilka det finns ifyllda formulär.

Fördelning på boendeform för dessa personer framgår av tabell 4 nedan.

Tabell 4. Andel ifyllda formulär och andel som ej gett samtycke per boendeform

Boendeform	Antal personer med vård och omsorg	Antal ifyllda formulär	Andel ifyllda i procent	Antal ej samtycke	D:o andel av samtliga med vård och omsorg
Vanligt boende	1306	704	53,9%	137	10,5%
Serviceboende	214	197	92,1%	8	3,7%
Heldygnsomsorg	661	576	87,1%	30	4,5%
Totalt	2181	1477	67,7%	175	8,0%

Andelen ifyllda formulär är som synes betydligt högre för det särskilda boendet än för det vanliga. Omvänt är andelen som inte velat ge samtycke betydligt lägre. Tabell 5 visar fördelningen på åldersgrupper samt för varje åldersgrupp andelen kvinnor, andelen ensamboende, andelen med utomnordisk härkomst och andelen i särskilt boende.

Tabell 5. Fördelning av registrerade vårdtagare på åldersgrupper

	65 –74	75-84	85+	Total
Andel i resp. åldersgrupp	7,6%	29,8%	62,6%	100%

Andel i åldersgruppen av ...

kvinnor	57,7%	74,3%	86,5%	80,7%
ensamboende	76,4%	85,3%	93,0%	89,5%
i särskilt boende	38,7%	45,7%	57,1%	52,3%
personer med utomnordisk härkomst	3,6%	1,8%	0,4%	1,1%

Det rör sig här om en mycket gammal befolkning. Medelåldern uppgår till 86,7 år. Nästan två tredjedelar av vårdtagarna är 85 år eller äldre. En stor majoritet är kvinnor och andelen kvinnor växer markant med stigande ålder. De allra flesta är ensamboende. Endast en liten del har utomnordisk härkomst – färre bland de äldre än bland de yngre. Även den andel som bor i särskilt boende ökar starkt med åldern. Detta belyses också av den följande tabellen 6 som visar medelåldern per boendeform samt på samma sätt som ovan resp. andelen kvinnor, andelen ensamboende och andelen med utomnordisk härkomst.

Tabell 6. Fördelning av registrerade vårdtagare per boendeform

	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Totalt
	(N=704)	(N=197)	(N= 576)	(N=1477)
Andel i resp. boendeform	47,7%	13,3%	39,0%	100%
Medelålder	85,5	86,6	88,1	86,4

Andel i boendeformen av ...

Kvinnor	80,1%	73,6%	83,8%	80,7%
Utomnord. härkomst	1,0%	1,0%	1,2%	1,1%
Ensamboende	88,0%	91,3%	90,6%	89,5%

Som man kan vänta är medelåldern högst i boende med heldygnsomsorg, liksom andelen kvinnor. Andelen ensamboende skiljer inte i någon högre grad mellan boendeformerna, inte heller andelen med utomnordisk härkomst.

Fördelningen på civilstånd för samma personer visas i den följande tabellen 7. Mer än hälften (59%) av de kvinnliga vårdtagarna är änkor. Även bland männen utgör änklingarna den största gruppen. De gifta är i minoritet bland kvinnorna (8%) , men utgör en större andel av männen (28%). Fördelningen på boendeform skiljer en del beroende på civilstånd. Exempelvis finns de gifta finns i mindre utsträckning än övriga i serviceboende. Uppgift på civilstånd saknas för 71 personer.

Tabell 7. Fördelning av de registrerade personerna på civilstånd

		Vård i ordinärt boende		Serviceboende		Heldygnsomsorg		Samtliga	
		Antal personer	D:o andel av män resp. kvinnor	Antal personer	D:o andel av män resp. kvinnor	Antal personer	D:o andel av män resp. kvinnor	Antal personer	D:o andel av män resp. kvinnor
Män	Gifta	42	30,9%	7	14,0%	28	30,8%	77	27,8%
	Änkling	47	34,6%	23	46,0%	26	28,6%	96	34,7%
	Ogift	27	19,9%	9	18,0%	28	30,8%	64	23,1%
	Skild	20	14,7%	11	22,0%	9	9,9%	40	14,4%
Kvinnor	Gifta	41	7,5%	6	4,4%	38	8,5%	85	7,5%
	Änka	300	55,2%	82	59,4%	280	62,6%	662	58,6%
	Ogift	122	22,4%	24	17,4%	92	20,6%	238	21,1%
	Skild	81	14,9%	26	18,8%	37	8,3%	144	12,8%

3.2 Omgivningsfaktorer

3.2.1 Bostaden

Till omgivningsfaktorerna räknas dels bostadens egenskaper – anpassning till funktionshinder, standard (i särskilt boende) och tillgänglighet – dels det sociala stödet i form av informell omsorg⁴ och sociala kontakter. Tyvärr saknas i hög grad uppgifter om de olika omgivningsfaktorerna för ett ganska stort antal personer. Antalet saknade uppgifter anges i tabellerna nedan för varje variabel. I de fall tabellen omfattar flera variabler anges i stället ett intervall. Angivna uppgifter avser genomgående de personer för vilka uppgift lämnats. För att kompensera för skillnaderna i andelen registrerade formulär per boendeform har totaluppgifterna beräknats genom viktning med det totala antalet vårdtagare i resp. boendeform. Förekomsten av olika slag av bostadsanpassning visas i tabell 8 nedan.

⁴ Informell omsorg avser vård och omsorg från anhöriga, vänner, grannar etc. samt insatser från frivilligorganisationer. I redovisningen har också tagits med egenbetald hjälp, som egentligen inte ingår i den informella omsorgen.

Tabell 8. Bostadens grad av anpassning till funktionshinder per boendeform och totalt

	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Totalt
Anpassning av egen bostad	N=704 uppgift saknas ⁵ : 60 - 308	N=197 uppgift saknas: 5 – 65	N=576 uppgift saknas: 41 - 55	
badrum tillgängligt. för rullstol	25,0%	93,1%	93,8%	52,5%
dusch i stället för badkar	39,9%	97,5%	94,3%	62,0%
Spisvakt	9,1%	18,2%	46,8%	21,4%
bostadslarm	6,2%	85,4%	86,6%	38,4%
hiss inom bostaden	2,7%	-	-	-

Graden av anpassning av bostaden till funktionsnedsättningar är som man kan vänta betydligt högre i särskilt boende än i ordinärt boende. Exempelvis är badrummet tillgängligt för rullstol i endast en fjärdedel av lägenheterna i ordinärt boende mot över 90% i det särskilda boendet. Skillnaden mellan serviceboende och boende med heldygnsomsorg är inte så stor i dessa avseenden – mest påtagligt gäller det förekomsten av spisvakt som är betydligt lägre i serviceboendet. Hiss inom bostaden är naturligt nog ovanligt. Få av de äldre på Kungsholmen bor dessutom i småhus, där sådant skulle kunna vara en önskvärd anpassning.

För personer i särskilt boende noteras vidare bostadsstandarden med avseende på hur hemlika bostadsförhållandena är. Tabell 9 visar andelen med tillgången till olika egna faciliteter som WC, badrum, kök etc. för de olika formerna av särskilt boende. Det saknas uppgift i några fall (16 – 21 personer) och andelarna avser de som uppgift lämnats för.

⁵ Antalet personer för vilka uppgift saknas varierar beroende på variabel

Tabell 9. Bostadsstandard i särskilt boende – andel som har tillgång till...

	Service-boende (N=197)	Ålderdomshem (N=105)	Gruppboende (N=147)	Sjukhem och annat (N=291)	Totalt (N=740)
..egen WC	100%	91,3%	95,3%	82,1%	91,0%
..egen dusch/bad	100%	88,6%	93,9%	68,4%	85,1%
..kokmöjligheter	100%	84,8%	71,4%	44,6%	71,1%

Andel ej samboende som bor i

..enbäddsrums	100%	84,6%	96,0%	81,7%	90,1%
..tvåbäddsrums	0%	15,4%	3,3%	17,9%	9,6%
..flerbäddsrums	0%	0%	0,7%	0,4%	0,3%

Som framgår av tabell 9 är bostadsstandarden genomgående hög i det särskilda boendet – med undantag för vissa ålderdomshem och sjukhem. Bostadens tillgänglighet i de olika boendeformerna framgår av tabell 10. Uppgift saknas i omkring en fjärdedel av fallen – i det ordinära boendet för nästan hälften.

Tabell 10. Bostadens tillgänglighet för personer med olika grad av rörelsehinder

	Ordinärt boende	Service-boende	Heldygnsomsorg	Totalt
Bostaden är tillgänglig för...	N=704 uppgift saknas: 354 - 360	N=197 uppgift saknas: 16 - 19	N=576 uppgift saknas: 22 - 40	
rullstolsburna	38,1%	96,1%	95,0%	61,0%
Personer med svåra rörelsehinder	62,3%	97,8%	95,9%	75,9%
Personer med lätta rörelsehinder	80,3%	100%	97,6%	87,5%

Tillgängligheten till bostaden är som man ser mycket hög i serviceboende, men betydligt sämre i det vanliga boendet. Genom sammanställning med uppgifterna om rörelsehinder (jfr tabell 19 nedan) kan man se i vilken utsträckning låg tillgänglighet och rörelsehinder samvarierar. Det visar sig då som exempel, att omkring hälften av de rullstolsburna personerna i ordinärt boende bor i bostäder, som inte är tillgängliga för personer med rullstol.

3.2.2 Socialt stöd

Registreringen av det sociala stödet på annat sätt än genom den offentliga omsorgen har avsett såväl hjälp till dagligt liv som sociala kontakter. Hjälpen har delats upp på service (hjälp med tvätt, städning, transporter etc.) och personlig omvårdnad (hjälp vid bad och dusch, sänggående etc.). Det har registrerats vilken kategori av hjälpare – make/maka, barn etc. – som man får hjälp av eller har kontakt med samt hur ofta insatserna eller kontakterna sker. Det har vidare särskilt angetts om den hjälpta personen sammanbor med den huvudsakliga hjälparen. Uppgifterna grundar sig på personalens kunskap om dessa förhållanden och denna kan naturligtvis i många fall ha varit ofullständig. Resultaten måste därför tolkas med viss försiktighet. Tabellerna 11A och B visar andelen av vårdtagarna, som får regelbundna service- resp. omvårdnadsinsatser från anhöriga och övriga närstående resp. frivillig organisation eller egenbetald hjälp. Uppgifterna avser enbart personer i ordinärt boende och serviceboende. Av dessa vårdtagare sammanbor 68 (8,4%) med den huvudsakliga hjälparen, när det gäller serviceinsatser och 48 (6,0%) för omvårdnadsinsatser. Uppgift om de informella hjälpinsatserna saknas för en stor del av vårdtagarna (5 - 60%, beroende på hjälpkategori och boendeform).

Tabell 11. Andelen vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med dagligt liv av annan än offentlig omsorg minst en gång per vecka

A. Serviceinsatser

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av	N=704 uppgift saknas: 207- 419 (maka: 38)	N=197 uppgift saknas: 23 – 81 (maka: 13)	N=576 uppgift saknas: 230 – 499 (maka: 51)
make/maka (motsv)	9,2%	2,7%	8,3%
barn (motsv)	29,8%	18,9%	28,3%
syskon (motsv)	10,5%	6,8%	10,0%
annan anhörig	11,2%	6,5%	10,5%
Grannar	11,1%	0,9%	9,7%
Vänner	11,9%	3,5%	10,7%
privat betald hjälp	1,9%	1,6%	1,9%
Frivillig organisation	1,0%	0	0,9%
Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av någon	43,2%	28,0%	41,1%

En betydande andel av vårdtagarna får alltså serviceinsatser utöver den kommunala hjälpen. Huvuddelen av detta är hjälp från olika grupper av närstående. Ganska få anlitar privat, egenbetald hjälp och ännu färre får hjälp från frivilligorganisation. Andelen som får omvårdnadsinsatser vid sidan av kommunens hjälp är som framgår av tabell 11B betydligt färre. Det vanligaste är att denna hjälp ges från barnen eller svärdotter/son. Mycket få av vårdtagarna betalar egen privat omvårdnad och ingen får sådana insatser från frivilligorganisation.

B. Omvårdnadsinsatser

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Andel med omvårdnadsinsats minst en gång per vecka av	uppgift saknas: 206-417 (maka: 45)	uppgift saknas: 22 – 72 (maka: 12)	uppgift saknas: 228 – 486 (maka: 57)
make/maka (motsv)	6,8%	2,2%	6,2%
barn (motsv)	15,5%	5,7%	14,1%
syskon (motsv)	4,6%	0,8%	4,1%
annan anhörig	2,4%	0,8%	2,2%
grannar	2,4%	0	2,1%
vänner	2,8%	0	2,4%
privat betald hjälp	1,3%	0,8%	1,2%
frivillig organisation	0	0	0
Andel med omvårdnadsinsats minst en gång per vecka av någon	23,1%	8,8%	21,1%

Om man får någon hjälp från en viss kategori beror självfaller också på om man har tillgång till någon i kategorin ifråga. Att så pass få har hjälp av make/make beror naturligtvis till största delen på att man inte har någon. I de två följande tabellerna 12A och B redovisas andelen som får hjälp per kategori i förhållande till andelen som har någon aktuell person i kategorin.

Tabell 12. Andelen vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med dagligt liv, av de som har aktuell person

A. Serviceinsatser

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av de som har aktuell person i resp. kategori av hjälpare)			
make/maka (motsv)	63,6%	33,3%	59,3%
barn (motsv)	44,0%	25,7%	41,4%
syskon (motsv)	12,2%	7,1%	11,5%
annan anhörig	11,9%	6,9%	11,2%
grannar	11,5%	0,9%	10,0%
vänner	12,6%	3,7%	11,3%

B. Omvårdnadsinsatser

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Andel med omvårdnadsinsats minst en gång per vecka av de som har aktuell person i resp. kategori av hjälpare)			
make/maka (motsv)	50,6%	25,0%	47,0%
barn (motsv)	23,4%	7,8%	21,2%
syskon (motsv)	5,4%	0,8%	4,8%
annan anhörig	2,6%	0,8%	2,3%
grannar	2,5%	0	2,1%
vänner	2,9%	0	2,5%

Andelen som får hjälp av maka/make ökar som framgår av tabell 12 väsentligt, om man tar hänsyn om vederbörande har någon sådan. Äktenskapspartnern blir då, som man kunde vänta sig, den viktigaste hjälpkategorin. Nästan två tredjedelar av de som bor i ordinärt boende och har maka/make får hjälp av denna – i de flesta fall daglig. Även när det gäller barnen blir andelen som får hjälp betydligt högre om man endast räknar med de som har barn i livet. Fyra av tio i ordinärt boende, som har barn, får hjälp av dessa med hemmets skötsel och liknande minst en gång per vecka. Personlig omvårdnad från barnen är inte lika vanlig, men var fjärde av vårdtagarna i ordinärt boende får dock sådan hjälp. I serviceboende är hjälpen betydligt mindre förekommande i samtliga fall.

Socialt stöd kan också ges genom kontakter av olika slag - besök, telefonsamtal, brev etc. Andelen personer i ordinärt boende, serviceboende resp. boende med heldygnsomsorg, som har sådana kontakter minst en gång per vecka med olika kategorier av närstående framgår av tabell 13 nedan. Uppgift saknas här för en stor andel av vårdtagarna – drygt 50% för vissa kategorier av kontakter totalt, upptill nästan två tredjedelar i ordinärt boende.

Tabell 13. Andelen vårdtagare i olika boendeformer, som har social kontakt med olika kategorier närstående minst en gång per vecka.

Kategori	Boendeform			
	Vanligt boende N=704 uppgift saknas: 224-456 (maka: 33)	Service-Boende N=197 uppgift saknas: 38 – 131 (maka: 7)	Boende med heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 57 – 201 (maka: 11)	Totalt N=1477 uppgift saknas: 336 – 774 (maka: 51)
maka/make/partner	13,3%	10,0%	10,3%	12,1%
barn/svärdotter/svärson	45,2%	42,5%	28,1%	39,8%
syskon/svägerska/svåger	23,0%	25,8%	6,9%	18,4%
annan släkting	25,6%	20,0%	7,4%	19,5%
granne	31,9%	21,7%	7,7%	23,6%
Vän	30,6%	20,3%	8,1%	22,8%
God man	0,8%	1,9%	2,0%	1,3%
frivilligorganisation	3,6%	0	1,0%	2,5%
Någon av ovanstående	74,0%	62,3%	41,2%	62,9%

Tabell 13 visar att – som personalen uppfattat det – mer än en tredjedel av vårdtagarna saknar regelbunden, någorlunda frekvent social kontakt med närstående. Detta gäller i högre grad personer med heldygnsvård än personer i ordinärt boende och serviceboende. De vanligaste kontakterna är med egna barn eller svärdotter/svärson, men även syskon, andra släktingar samt vänner och grannar spelar stor roll. Att make/maka spelar så liten roll i detta sammanhang beror förstås på att så få har en partner i livet (jfr ovan). Frivilligorganisationer svarar för en mycket liten del av kontakterna. Det bör återigen betonas att uppgifterna är baserade på vad personalen uppgivit. Det är givetvis möjligt att det finns kontakter som personalen inte känner till. Som framgått ovan saknas också uppgift för många personer.

Beräknar man resp. andelar endast utifrån de personer, som någon person i resp. kategori blir, som framgår av tabell 14 nedan, andelarna med kontakt högre.

Tabell 14. Andelen vårdtagare i olika boendeformer med social kontakt med olika kategorier närstående minst en gång per vecka av de som har person i resp. kategori.

Kategori	Boendeform			
	Vanligt boende	Serviceboende	Boende med heldygnsvård	Totalt
	uppgift saknas: 224-456 (maka: 33)	uppgift saknas: 38 – 131 (maka: 7)	uppgift saknas: 57 – 201 (maka: 11)	uppgift saknas: 336 – 774 (maka: 51)
maka/make/partner	88,1%	90,5%	61,7%	80,3%
barn/svärdotter/svärson	68,5%	64,0%	38,8%	59,1%
syskon/svägerska/svåger	27,5%	29,8%	9,1%	22,1%
annan släkting	28,5%	22,6%	8,4%	21,8%
granne	33,5%	24,6%	9,9%	25,5%
vän	32,6%	22,6%	10,1%	24,8%
god man	5,5%	10,4%	5,0%	5,8%

Andelen, som har kontakt med make/maka, ökar givetvis väsentligt om man begränsar beräkningen till dem som faktiskt har äktenskapspartner. Anmärkningsvärt är dock att det

förefaller som mer än var tredje av de boende i heldygnsomsorg inte har kontakt med maken/makan minst en gång i veckan och att mer än sex av tio av dessa personer inte har sådan regelbunden kontakt med sina barn. Situationen för de som bor i ordinärt boende verkar bättre, men även här uppges att nästan en tredjedel som endast har sporadisk kontakt med de egna barnen. Uppgifterna på informell omsorg och sociala kontakter kommer senare att valideras genom jämförelse med SNAC-befolkningsstudien, där motsvarande data bygger på de äldres egna uppgifter.

3.3 Personligt vårdberoende

Personligt vårdberoende mäts i undersökningen dels med avseende på funktionsnedsättning enligt den s.k ADL-trappan, dels genom ett antal andra variabler, som beskriver olika typer av hälso- och funktionsproblem. Med hjälp av de registrerade variablerna är det som beskrivs i avsnitt 2.3 ovan möjligt att konstruera olika index. Dessa kan sedan ligga till grund för en klassificering av vårdtagarna i olika grupper. I tabell 15 visas andelen vårdtagare i de olika boendeformerna, som är beroende eller delvis beroende, när det gäller olika aktiviteter för dagligt liv (ADL) - instrumentella och personliga. Andelarna i särskilt boende resp. totalt är beräknade genom viktning i proportion till det hela antalet boende resp. boendeform. Uppgifter saknas för mellan 12 och 25% av vårdtagarna i ordinärt boende. I serviceboende är bortfallet betydligt mindre och i heldygnsomsorg obetydligt.

Som framgår är den övervägande delen av vårdtagarna beroende av hjälp för samtliga IADL-aktiviteter. För de som har heldygnsomsorg gäller detta så gott som alla. Anmärkningsvärt är att de som bor i servicehus som genomsnitt klarar dessa aktiviteter i större utsträckning än de som bor i ordinärt boende (jfr också tabell 16 och 17 nedan). Detta aktualiserar frågan för vilka serviceboendet egentligen skall vara avsett (jfr avsnitt 4 – Diskussion).

Tabell 15. Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika IADL- aktiviteter per boendeform resp. totalt

	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Totalt särskilt boende	Total
Andel delvis eller helt beroende avseende...	N=704 Uppgift saknas: 85 - 173	N=197 Uppgift saknas: 16 - 24	N=576 Uppgift saknas: 2 - 6	N=773 Uppgift saknas: 20 - 30	N=1477 Uppgift saknas: 107 -203
städning	95,3%	89,8%	99,5%	97,1%	96,0%
matuppköp	90,2%	82,3%	99,6%	95,4%	92,3%
transport, allmänna kommunikationer	84,7%	67,0%	98,7%	90,9%	87,2%
matlagning	73,2%	68,4%	99,5%	91,9%	80,7%
tvätt	81,7%	80,2%	99,3%	94,6%	86,9%
Samtl IADL-funktioner	65,0%	56,3%	98,4%	88,1%	74,3%

Tabell 16 visar motsvarande andelar för de personliga ADL-variablerna. Uppgifter saknas här för 25% – 40% av de som bor i ordinärt boende och 10-15% av de i serviceboende. Samma bild framträder här. Över hälften (54%) av vårdtagarna med heldygnsomsorg är beroende för samtliga PADL-aktiviteter. Bland de som bor i serviceboende gäller detta endast en tiondedel. Andelen beroende växer – som teorin säger den skall göra – hela tiden med stegen i ADL-trappan med undantag för kontinens som genomgående bryter mönstret. Innebörden av detta kan kanske vara värd att utreda vidare.

Katz ADL-index konstrueras med hjälp av de personliga ADL-variablerna. I definitionen likställs ”delvis beroende” med ”beroende”. Skalan går från A till G efter en växande grad av funktionsnedsättning. De som inte passar in i skalan klassificeras som kategori Ö. I tabell 1:1, bilaga 1 redovisas fördelningen av vårdtagarna enligt Katz-skalan. Vidare anges ett medelvärde, som beräknats efter omformning till en numerisk skala (A= 1, B=2, osv).

Kategori Ö har härvid utelämnats. I bilaga 1, tabell 1:2 visas vidare fördelningen efter den

s.k. ÄSIM-skalan, som använts vid ett stort antal undersökningar av biståndshandläggningen i olika stadsdelar och distrikt i Stockholms stad sedan 1995.

Tabell 16. Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika PADL- aktiviteter per boendeform resp. totalt

	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsoomsorg	Totalt särskilt boende	Total
Andel delvis el. helt beroende avseende	N=704 Uppgift saknas: 168 - 281	N=197 Uppgift saknas: 21 - 32	N=576 Uppgift saknas: 4 - 13	N=773	N=1477
bad/dusch	64,5%	65,9%	97,7%	89,9%	74,7%
på- och avklädning	39,0%	43,0%	90,5%	78,9%	55,0%
toalettbesök	23,2%	24,3%	82,8%	68,5%	41,4%
förflyttning	20,2%	24,3%	75,5%	63,0%	37,4%
inkontinens	25,5%	30,3%	81,7%	69,1%	43,0%
födointag	10,8%	11,0%	57,7%	46,3%	25,0%
Samtl PADL-funktioner	6,5%	9,9%	53,6%	42,9%	21,1%

Som beskrevs ovan (avsnitt 2.3) har de personliga ADL-variablerna (utom bad) utnyttjats tillsammans med ”kognitiv nedsättning” och ”rörelsehinder” för att skapa ett nytt index – PADL-index – som används vid jämförelser mellan de i SNAC-undersökningen ingående områdena. Fördelningen av vårdtagarna på de fem PADL-grupperna per boendeform resp. totalt framgår av tabell 17 nedan. Totalvärdet är beräknad genom viktning med samtliga vårdtagare i boendeformen. Uppgift saknas här för en stor andel av vårdtagarna – totalt 30% och hälften av de boende i ordinärt boende. Detta sammanhänger med att beräkningen av ett index förutsätter värden på samtliga ingående variabler. Om ett enda värde saknas faller indexvärdet bort. För Katz ADL-index, som redovisas i bilaga 1, är bortfallet mindre beroende på att registrering också skett av indexvärdet direkt. Bortfallet av en ingående

variabel leder då ej till bortfall av index. Detta ger dock inte anledning till några förändrade slutsatser beträffande fördelningen av funktionsnedsättning i de olika boendeformerna.

Tabell 17. Fördelning på PADL-grupper per boendeform

Grad av nedsättning av funktionsförmåga	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 350	Serviceboende N=197 uppgift saknas: 44	Heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 48	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 92	Totalt N=1477 uppgift saknas: 442
Ingen el. endast lätt nedsättning	37,9%	32,7%	5,3%	12,0%	27,5%
Måttligt nedsatt	43,2%	43,1%	16,3%	22,9%	35,0%
Nedsatt	11,3%	12,4%	19,9%	18,1%	14,0%
Mycket nedsatt	5,9%	9,2%	20,5%	17,7%	10,6%
Helt nedsatt	1,7%	2,6%	38,1%	29,4%	12,8%

Man kan här återigen se den mycket stora skillnaden i funktionsnedsättning mellan de boende i heldygnsomsorg och de övriga. Av de mycket eller helt nedsatta kan nästan tre fjärdedelar (74%) beräknas⁶ bo i boende med heldygnsomsorg och endast 12% i ordinärt boende.

Omvänt beräknas nästan tre fjärdedelar (74%) av de med ingen eller lätt nedsättning av funktionsförmågan bo i ordinärt boende, men anmärkningsvärt nog 10% i boende med heldygnsomsorg, vilket väcker frågor beträffande kriterierna för placering i denna boendeform. Det framkommer vidare, att bland de boende i serviceboende en något högre andel är mycket eller helt nedsatta, vilket antyder att det är något lättare att bo kvar i serviceboende vid funktionsnedsättning än i ordinärt boende.

Kognitiv nedsättning bedöms i SNAC-Kungsholmen protokollet i fyra nivåer, som erhållits genom sammanslagning av den s.k. Berger-skalan. Tabell 18 nedan visar fördelningen per boendeform. Uppgift saknas för cirka 20% av vårdtagarna – huvudsakligen de i ordinärt boende.

⁶ Skattningen är gjord genom uppviktning m h t svarsandelen per boendeform.

Tabell 18. Fördelning av kognitiv nedsättning per boendeform

Grad av nedsättning	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 220	Serviceboende N=197 uppgift saknas: 30	Heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 28	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 58	Totalt N=1477 uppgift saknas: 278
Ingen	67,6%	65,3%	27,0%	36,4%	55,1%
Lätt	25,2%	25,2%	22,3%	23,0%	24,3%
Svår	6,4%	6,6%	21,2%	17,6%	10,9%
Mycket svår	0,8%	3,0%	29,6%	23,1%	9,7%

Skillnaden mellan de boende i heldygnsomsorg och de i ordinärt boende och serviceboende är som framgår av tabell 18 mycket slående. Endast ett fåtal personer i ordinärt boende och i serviceboende har mycket svår kognitiv nedsättning, medan detta gäller för nästan en tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg. Av de mycket svårt kognitivt nedsatta beräknas (jfr not ovan) i själva verket endast 6% bo i ordinärt boende eller serviceboende. Inkluderar man även kategorin ”svårt nedsatta” ökar motsvarande andel till 20%.

I tabell 19 visas andelen med svåra rörelsehinder resp. stark nedsättning av syn och hörsel per boendeform. Uppgift saknas här för cirka 20% av vårdtagarna – återigen huvudsakligen för de i ordinärt boende. Skillnaderna mellan boendeformerna är här mycket mindre än för funktionsförmåga och kognitiv nedsättning. Detta antyder att problem med rörelsehinder, syn och hörsel inte i lika hög grad som kognitionsproblem omöjliggör att bo kvar i ett ordinärt boende. Av de personer som har så svåra rörelsehinder att de måste använda rullstol eller endast kan gå inomhus beräknas 54% bo i ordinärt boende eller serviceboende. Motsvarande för de med grava syn- resp. hörselproblem är 57% resp. 51%.

Tabell 19. Andel med svåra rörelsehinder resp. stark nedsättning av syn och hörsel per boendeform.

	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 200 - 213	Serviceboende N=197 uppgift saknas: 21- 29	Heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 16 -41	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 45 -62	Totalt N=1477 uppgift saknas: 247 - 273
Andel med rullstol el. som enbart kan gå inomhus	47,4%	38,7%	67,5%	60,5%	52,6%
Andel med starkt nedsatt syn eller helt blind	9,8%	16,5%	14,6%	15,1%	11,9%
Andel med starkt nedsatt hörsel eller helt döv	5,8%	16,6%	13,1%	14,0%	9,1%

I tabell 20 visas förekomsten av urin- resp. avföringsinkontinens samt trycksår och kroniska sår. Uppgift saknas här för omkring en fjärdedel av vårdtagarna – i ordinärt boende omkring 40%, i särskilt boende betydligt färre, endast ca 6%. Inkontinens hör uppenbart till de problem som är svåra att beröra vid biståndshandläggning för personer i ordinärt boende. En jämförelse med registreringen av användandet av hjälpmedel (jfr tabell 28) visar att 96 personer (18%), som angetts vara utan kontinensproblem, använder inkontinenshjälpmedel. Detsamma gäller 75 personer (23%) av dem där uppgift om inkontinens saknas. Detta pekar på att inkontinensproblemen underskattats vid registreringen.

Som synes av tabell 20 ovan skiljer förekomsten av inkontinens – speciellt avföringsinkontinens – starkt mellan de boende i heldygnsomsorg och de övriga. Däremot är skillnaden mellan ordinärt boende och serviceboende obetydlig. Av svårt avföringsinkontinenta personer beräknas fem av sex (83%) bo i boende med heldygnsomsorg. Anmärkningsvärd är vidare den höga förekomsten av kroniska sår i ordinärt boende, vilket möjligen kan indikera ett kvalitetsproblem.

Tabell 20. Andel med svår inkontinens resp. trycksår och kroniska sår per boendeform.

	Ordinärt boende N=704 Uppgift saknas: 263 - 313	Service-boende N=197 uppgift saknas: 33 -36	Heldygns-omsorg N=576 uppgift saknas: 19 -25	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 52 -60	Totalt N=1477 uppgift saknas: 340 - 372
Andel ofta eller ständigt urininkontinent	15,9%	13,4%	57,1%	46,4%	28,1%
Andel ofta eller ständigt avföringsinkontinent	6,4%	7,5%	45,2%	36,0%	18,3%
Andel m kroniska sår	12,3%	2,5%	4,5%	4,0%	9,0%
Andel m trycksår	2,1%	1,9%	4,2%	3,6%	2,7%

Förekomsten av svår smärta, yrsel, oro eller nedstämdhet framgår av tabell 21 nedan. Angivna andelar avser svåra, ofta återkommande besvär (nivå 2-3). Uppgift saknas även här för omkring en fjärdedel av vårdtagarna med högst andel, ca 40%, i ordinärt boende.

Tabell 21. Andel med svår smärta, yrsel, oro eller nedstämdhet per boendeform.

	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 262 - 288	Service-boende N=197 uppgift saknas: 31 -35	Heldygns-omsorg N=576 uppgift saknas: 19 -25	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 61 -109	Totalt N=1477 uppgift saknas: 332 - 395
Andel m periodvis svår el ständig...					
..smärta	21,7%	20,0%	13,8%	15,3%	19,1%
..yrsel	11,7%	6,6%	9,8%	9,0%	10,6%
..oro	14,3%	21,6%	30,7%	28,5%	20,0%
..nedstämdhet	12,2%	19,8%	26,4%	24,8%	17,2%

Skillnaderna mellan boendeformerna är som synes relativt begränsade när det gäller förekomsten av smärta och yrsel. Det finns heller inga tydliga mönster, vilket antyder att problem av dessa slag inte inverkar starkt på valet av boendeform. Det bör påpekas att speciellt förekomsten av smärta kan vara svår för personalen att ha en klar kännedom om. Oro och nedstämdhet förefaller vara mer förekommande i särskilt boende, speciellt sådant med heldygnsomsorg, än i ordinärt boende. En närmare analys visar att detta hänger samman med den högre förekomsten av kognitiv nedsättning. Bland personer med höggradig kognitiv nedsättning är det enligt här insamlade data betydligt fler med oro och nedstämdhet. Detta gäller av någon anledning i högre grad i serviceboende än i övriga boendeformer.

3.4 Beslutat bistånd enl. Socialtjänstlagen

Registreringen av beslutat bistånd enligt Socialtjänstlagen omfattar registrering av boendeform, hemhjälp i ordinärt boende och serviceboende (tim. per vecka samt kväll och natt) samt olika särskilda insatser såsom matdistribution, trygghetslarm, ledsagare etc. Den beviljade hemhjälpinsatsen – service- och omvårdnadsinsatser – framgår av tabell 22.

Tabell 22 Insatser enligt SoL, per boendeform i ordinärt boende och serviceboende

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Genomsn. antal tim. hemtjänst per vecka			
service	4,60	5,81	4,77
omvårdnad	6,94	9,35	7,28
totalt ⁷	9,47	13,41	10,02

⁷ Överensstämmer inte med summan av ovanstående beroende på att medelvärdena för resp. typ av insats avser de som *får* insatsen ifråga.

Andel m insatser			
hemhjälp, kvällar	23,3%	35,9%	25,1%
hemhjälp, nätter	2,9%	9,5%	3,8%
kroppsburet trygghetslarm	54,7%	11,0%	48,5%
Matdistribution	36,1%	34,2%	35,8%
Korttidsboende	5,7%	1,1%	5,1%

I den följande tabellen 23 framgår fördelningen av hemhjälpinsatserna med avseende på antalet timmar per vecka i resp. boendeform. Medelvärdet för hemhjälpinsatsen, 10,0 tim. per vecka, överensstämmer väl med det som uppmätts i de olika studier som gjorts av biståndshandläggningen i olika stadsdelar i Stockholm. Det kan noteras att den beviljade hjälpen genomgående är större i serviceboende än i ordinärt boende. Detta kan dock inte förklaras med större behov utan måste ha andra orsaker, vilket kommer att analyseras närmare längre fram (jfr tabell 24 och 25 nedan). Skillnaden är speciellt påfallande när det gäller hjälp kvällar och nätter. Skillnaden i förekomsten av kroppsburet trygghetslarm hänger förstås samman med att bostäderna i serviceboendet ofta har fast larm (jfr tabell 8 ovan). Vidare bör noteras den stora skillnaden när det gäller förekomsten av korttidsboende. Orsakerna till detta kräver en närmare analys.

Tabell 23. Fördelning på beviljad hemhjälpinsats per grad av vårdberoende i procent.

	1-2 tim/v	3-5 tim/v	6-10 tim/v	11-20 tim/v	21-40 tim/v	41- tim/v	Totalt
Ordinärt boende	24,2%	18,7%	22,3%	24,8%	9,0%	1,0%	100%
Serviceboende	11,2%	19,4%	17,2%	26,1%	23,9%	2,2%	100%
Samtliga	22,4%	18,8%	21,6%	25,0%	11,1%	1,2%	100%

Tabell 23 visar klart att tilldelningsmönstren skiljer mellan det vanliga boendet och serviceboendet. Mer än en fjärdedel av de som bor i serviceboende får mer än 20 timmar

hemhjälp per vecka mot endast var tionde i det vanliga boendet. De angivna uppgifterna avseende ”Samtliga” är som tidigare beräknade genom viktning med samtliga vårdtagare, oavsett dessa ingått i registreringen eller ej. Det är också värt att notera att mycket få vårdtagare över 65 år får större insatser än 40 timmar per vecka i ordinärt boende och serviceboende. Om vårdbehoven blir större än så sker tydligen en flyttning till boende med heldygnsomsorg.

En möjlighet att närmare analysera skillnaderna i tilldelning av hemtjänst kan man få genom att se på tilldelningen per PADL-grupp (jfr sid. 32 ovan). Tabell 24 visar medelvärdet för beviljad hemhjälp per vecka per grad av funktionsnedsättning enligt PADL-index. Viktning till ”totalt” är gjord m h t det beräknade totala antalet vårdtagare i resp. kombination.

Tabell 24. Genomsnittligt antal tim. hemtjänst per PADL-grupp och boendeform i ordinärt boende och serviceboende

Grad av funktionsnedsättning (PADL-grupp)	Ordinärt boende (N=354)	Serviceboende (N=153)	Totalt
Ingen el. endast lätt nedsättning	4,20	4,90	4,29
Måttligt nedsatt	9,87	10,72	9,99
Nedsatt	15,21	18,69	15,74
Mycket nedsatt	24,25	27,35	24,88
Helt nedsatt	21,00	34,25	23,67

Insatserna i serviceboende är, som framgår, genomgående högre än i ordinärt boende. Skillnaden är störst för vårdtagare med hög grad av funktionsnedsättning. Detta framgår ändå tydligare i tabell 25, som visar hur tilldelningen av kvälls- resp. nattpatrull skiljer mellan PADL-grupperna i de båda boendeformerna. Man ser här att skillnaderna i tilldelning framförallt gäller personer med hög grad av funktionsnedsättning. Av de som bor i serviceboende får nästan alla med höggradiga funktionsnedsättningar hjälp kvällar och en stor andel hjälp även nätter. I det vanliga boendet är detta inte alls lika vanligt.

Tabell 25. Andel med insatser kväll och natt per PADL-grupp och boendeform

PADL-grupp	Insatser	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt
Ingen el. endast lätt nedsättning	Kvällar	5,7%	14,6%	6,5%
	Nätter	0	0	0
Måttligt nedsatt	Kvällar	27,7%	31,3%	27,5%
	Nätter	1,4%	1,6%	1,3%
Nedsatt	Kvällar	46,2%	76,5%	50,0%
	Nätter	10,3%	23,5%	12,1%
Mycket nedsatt	Kvällar	30,0%	92,9%	43,0%
	Nätter	20,0%	42,9%	24,8%
Helt nedsatt	Kvällar	16,7%	100%	33,3%
	Nätter	0	75%	15,2%

3.5 Beslutat bistånd enligt LSS

Endast en person över 65 år av de registrerade personerna har rapporterats vara beviljad LSS-insatser. Detta avsåg personlig assistans. Här föreligger dock uppenbart en underrapportering.

3.6 Pågående insatser enligt HSL (hemsjukvård och hemrehab)

Registrering av hemsjukvård har endast gjorts för personer som bor i ordinärt boende eller serviceboende. Enligt landstingets vårdstatistik var 424 av dessa personer föremål för varaktig hemsjukvård under januari 2001, vilket utgör 28% av det beräknade antalet vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende. I baseline-undersökningen har sammanlagt 319 personer noterats som inskrivna i hemsjukvården. Detta motsvarar drygt en tredjedel av de registrerade vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende. Som påpekades i inledningen saknas omkring 100 patienter från den privata vårdcentralen Serafen 2. I tabell 26 redovisas andelen av de registrerade vårdtagarna, som är inskrivna i hemsjukvården, samt andelen av de

inskrivna, som har hemsjukvård dagtid resp. kvällar och nätter, och genomsnittligt antal timmar per månad.

Tabell 26. Andelen av de registrerade vårdtagarna, som är inskrivna i hemsjukvården i ordinärt boende resp. serviceboende

	Ordinärt boende	Serviceboende	Totalt ⁸
	N=704	N=197	N=901
Andel inskrivna i hemsjukvården	30,2%	47,7%	32,7%

Andel av dessa som har:

hemsjukvård, dag	100%	94,6%	98,0%
hemsjukvård, kväll	8,0%	7,6%	7,9%
hemsjukvård, natt	4,3%	2,2%	3,7%

Genomsn. antal tim omvårdnad per månad	5,78	3,29	5,01
--	------	------	------

Hemsjukvård är vanligare bland dem som bor i serviceboende än i ordinärt boende, men insatserna är som genomsnitt något mindre. Till skillnad från hemhjälp ges hemsjukvård kvällar och nätter i samma utsträckning i ordinärt boende som i serviceboende. Det framkommer också att timinsatserna i hemsjukvård är avsevärt mycket mindre än i den kommunala hemhjälp.

Endast 10% (30 personer) av de registrerade vårdtagarna med hemsjukvård fick inte samtidigt insatser från socialtjänsten. De som inte hade SoL-insatser var som genomsnitt något yngre (genomsnittsålder 81,9 år) än de övriga, en något högre andel var samboende och de hade väsentligt lägre grad av funktionsnedsättning. Samtliga tillhörde de två lägsta grupperna vid indelning efter PADL-index (jfr tabell 17). Man fick i något högre utsträckning serviceinsatser från anhöriga och motsvarande, men i mindre grad omvårdnadsinsatser - rimligtvis beroende på att man inte var i behov av sådana.

⁸ Beräknat genom viktning m h t totalt antal vårdtagare

De övriga hemsjukvårdspatienterna, som alltså även fick social hemtjänst, var något äldre än genomsnittligt bland hemtjänsttagarna. Färre var samboende och det var en något högre andel män. De hade som genomsnitt högre grad av funktionsnedsättning – 28% tillhörde de tre högsta grupperna mot 20% för samtliga i ordinärt boende och serviceboende. En annan skillnad var att de i mindre utsträckning än genomsnittligt bland dem i ordinärt boende och serviceboende hade hjälp från annan än offentlig omsorg. Endast 32% hade serviceinsatser minst en gång per vecka mot 38% som genomsnitt och bara 13% omvårdnadsinsatser jämfört med genomsnittligt 18% (sammanvägt vanligt och serviceboende).

Sammanlagt 222 personer av de registrerade personerna (15%) angavs ha rehabiliteringsinsatser. Av dessa fanns 118 i ordinärt boende eller serviceboende och 43 av dem hade också hemsjukvård. För 124 personer (8%) saknas uppgift om rehabilitering. Endast en av de registrerade personerna fick enbart rehabilitering utan vare sig SoL-insatser eller hemsjukvård. Tabell 27 nedan visar andelen med rehabilitering per boendeform samt andelen av dessa personer som får rehabilitering i resp. utanför ordinärt boende och serviceboende av olika kategorier av personal.

Tabell 27. Rehabiliteringsverksamhet enligt HSL, per boendeform och totalt

	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 78	Serviceboende N=197 uppgift saknas: 36	Heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 10	Totalt N=1477 uppgift saknas: 124
Andel m rehab. av samtliga	10,7%	21,8%	18,1%	14,0%

Andel av dessa, som har rehabilitering i boendet given av

	Ordinärt boende	Service-boende	Heldygnsvård	Totalt
Sjukgymnast	25,3%	83,7%	74,0%	45,8%
Arbetsterapeut	37,3%	34,9%	61,5%	44,4%
Annan	5,3%	2,3%	1,9%	4,0%

D:o utanför boendet

Sjukgymnast	36,0%	2,3%	3,9%	23,0%
Arbetsterapeut	25,3%	2,3%	5,8%	17,1%
Annan	17,3%	0	2,9%	11,2%

Det framkommer här åter helt skilda mönster beroende på boendeform. Många av vårdtagarna i ordinärt boende får rehabiliteringen utanför det egna boendet och den ges av både sjukgymnast och arbetsterapeut. De som bor i särskilt boende får nästan alltid rehabilitering i det egna boendet och när det gäller serviceboendet huvudsakligen av sjukgymnast.

En viktig förutsättning för att kunna klara sig på egen hand så länge som möjligt är tillgången till olika hjälpmedel. Tabell 28 ger en översikt över hjälpmedelsanvändningen bland de registrerade vårdtagarna. Som synes är det en mycket hög andel av vårdtagarna som har någon form av hjälpmedel. Uppgift saknas från omkring 10% av vårdtagarna. Andelen avser dem som uppgift lämnats för.

De mest allmänt förekommande hjälpmedlen är gånghjälpmedel såsom rullator, gåbockar eller kryckor. Nästan fem vårdtagare av sex har detta hjälpmedel. Mycket vanligt är också hjälpmedel för personlig vård såsom toaletsitsförhöjare, hygienpallar, ryggstöd etc. Andelen som har inkontinenshjälpmedel kan jämföras med antalet personer som angetts ha kontinensproblem (jfr kommentar tabell 20).

Tabell 28. Hjälpmedelsanvändning per boendeform och totalt

	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 111	Serviceboende N=197 uppgift saknas: 31	Heldygnsomsorg N=576 uppgift saknas: 6	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 37	Totalt N=1477 uppgift saknas: 148
Andel m hjälpmedel av samtliga	76,1%	78,2%	92,5%	89,0%	81,3%

Andel av de med hjälpmedel, som har

sitthjälpmedel	47,7%	66,7%	49,3%	53,6%	50,0%
kryckor, rullator	87,9%	90,1%	69,0%	74,2%	82,4%
rullstol, personlyft	25,1%	29,2%	65,3%	56,5%	37,7%
hjälpmedel för personlig vård	75,1%	66,7%	84,3%	80,0%	77,1%
Inkontinenshjälpmedel	50,4%	41,3%	83,6%	73,3%	59,6%
sänghjälpmedel	33,6%	52,9%	84,1%	76,5%	50,8%
synhjälpmedel (ej glasögon)	11,5%	11,9%	7,1%	8,3%	10,2%
hörselhjälpmedel	16,3%	11,9%	9,7%	10,2%	13,9%
annat	3,3%	4,2%	4,8%	4,7%	3,8%

Registreringen har också omfattat behovet av olika särskilda sjukvårdsinsatser, såsom uppdelning och intag av läkemedel, smärtbehandling, näringsintag via sond m.m. I tabell 29 nedan redovisas andelarna vårdtagare, som är föremål för sådana insatser per boendeform. Uppgift saknas här för knappt 20% av vårdtagarna, för det vanliga boendet uppgår bortfallet till ca 30%.

Tabell 29. Särskilda vårdinsatser per boendeform samt totalt särskilt boende och totalt

Typ av insatser	Ordinärt boende N=704 uppgift saknas: 192 - 202	Service-boende N=197 uppgift saknas: 46 - 54	Heldygns-omsorg N=576 uppgift saknas: 14 -24	Totalt särskilt boende N=773 uppgift saknas: 63 - 75	Totalt N=1477 uppgift saknas: 257 - 277
Andel m avanc. smärtbehandling	1,0%	3,4%	4,0%	3,9%	2,1%
Andel som får näring via sond	0,2%	0	1,1%	0,8%	0,5%
Andel m intravenös näring	1,0%	1,3%	0,7%	0,8%	0,9%
Andel m dialys	0	0	0,2%	0,2%	0,1%
Andel som hjälp f injektioner.	6,7%	4,0%	4,7%	4,5%	5,8%
Andel m hjälp f läkemedelintag	45,9%	24,0%	83,4%	68,9%	55,1%

Bortsett från hjälp med läkemedelsintag är det, som man ser i tabell 29, en liten andel av vårdtagarna som får sjukvårdsinsatser av detta slag. Mer avancerade livsuppehållande insatser, såsom intravenös näringstillförsel eller näring via sond, är mycket ovanligt bland äldre personer med långvarig vård och omsorg. Det rör sig här om enstaka fall. Dialys förekommer nästan inte alls. Smärtbehandling och hjälp med injektioner är vanligare, men ändå inte allmänt förekommande.

3.7 Samband mellan insatser, funktionsnedsättning och inkomst

Genom samkörning med data ifrån stadens socialtjänstregister, ”Paraplyet”, har det blivit möjligt att studera sambanden mellan inkomsten å ena sidan och vårdinsats och funktionsnedsättning å den andra. Den inkomst som här avses är den sammanlagda inkomsten av kapital och tjänst (inkl. pension) före skatter och bidrag. Genomgående är att de manliga vårdtagarna har högre inkomster än de kvinnliga. De äldsta har något lägre inkomster än de yngre, men skillnaden är inte särskilt stor. Tabell 30 visar fördelningen av de registrerade vårdtagarna på boendeform för olika inkomstgrupper.

Tabell 30. Fördelning av vårdtagarna på boendeform per inkomstgrupp

Sammanlagd månadsinkomst	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Totalt	Antal personer
- 5 000:-	46,6%	17,3%	36,1%	100%	277
5 000 – 7 499:-	43,3%	10,4%	46,2%	100%	279
7 500 – 9 999:-	38,0%	15,9%	46,1%	100%	258
10 000 – 14 999:-	51,3%	13,6%	35,1%	100%	361
15 000:- –	56,6%	9,9%	33,4%	100%	302
Totalt	47,7%	13,3%	39,0%	100%	1477

Skillnaderna mellan boendeform för vårdtagare med olika inkomster är som synes inte särskilt stora, men man kan se en tendens till att de med högre inkomster i större utsträckning bor i ordinärt boende och de med låga i serviceboende.

Sambandet mellan inkomsten och vårdberoendet, mätt som fördelningen på PADL-grupp resp. medelvärde för PADL-index (jfr ovan) framgår av den följande tabellen 31.

Som man ser är det inga större skillnader när det gäller funktionsnedsättningen mellan vårdtagare med olika inkomst. Andelen mycket eller helt nedsatta är dock lägre för de med de lägsta och de högre inkomsterna. Sambandet mellan inkomst och beviljat bistånd givet graden av funktionsnedsättning framgår av den följande tabellen 32, som visar hur tilldelningen av veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende varierar mellan inkomstgrupperna.

Tabell 31. Fördelning av vårdtagarna på grad av funktionsnedsättning (PADL-grupp) samt medelvärde för PADL-index per inkomstgrupp

Sammanlagd månadsinkomst	Funktionsnedsättning					PADL-Index (medelvärde)
	Ingen el. lätt	Måttligt nedsatt	Nedsatt	Mycket nedsatt	Helt nedsatt	
– 5 000:-	24,7%	30,1%	15,6%	12,9%	16,7%	8,80
5 000 - 7 499:-	17,7%	25,7%	17,1%	16,0%	23,5%	11,03
7 500 - 9 999:-	18,6%	25,5%	16,5%	16,0%	23,4%	10,94
10 000 - 14 999:-	22,1%	30,7%	16,1%	12,2%	18,9%	9,18
15 000:- –	19,1%	34,1%	14,1%	12,7%	20,0%	9,44
Totalt	20,5%	29,5%	15,9%	13,8%	20,4%	9,82

Tabell 32. Medelvärde för antalet veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende beroende på inkomst och vårdberoende

Sammanlagd månadsinkomst , Kr	Funktionsnedsättning					Samtliga	Antal
	Ingen el. lätt	Måttligt nedsatt	Nedsatt	Mycket nedsatt	Helt nedsatt		
– 5 000	7,3	8,9	18,1	11,5	29,3	11,2	55
5 000 - 7 499	3,8	11,0	22,7	39,2	30,0	10,5	64
7 500 - 9 999	4,4	9,9	14,5	24,0	40,0	9,0	71
10 000 - 14 999	3,9	10,2	17,7	19,9	-	10,0	117
15 000 –	4,0	10,3	14,2	29,3	-	10,5	106
Totalt	4,3	10,0	15,7	24,9	23,7	10,0	413

Det förhållandevis låga antalet observationer gör det svårt att dra några direkta slutsatser av det resultat som visas i tabell 32. De med de lägsta inkomsterna får genomsnittligt något

större insatser än de i övriga inkomstgrupper. Detta kan dock ha ett samband med den högre andelen av de förra i serviceboende. Sambandet mellan inkomst, funktionsnedsättning och beslutad insats kommer att undersökas närmare när det finns fler observationer att bygga på.

3.8 Konsumtion av akut hälso- och sjukvård för vårdtagare med långvarig vård

Genom att registreringen av vårdtagare i den långvariga vården och omsorgen innefattar personnummer är det möjligt att även undersöka dessa vårdtagares konsumtion av kortvarig hälso- och sjukvård och ställa detta i relation till olika bakgrundsvariabler. Nedan kommer en del resultat att redovisas, där vårdkonsumtionen avseende vårddagar i sluten akutsjukvård samt besök hos läkare resp. övrig sjukvårdspersonal i öppen vård jämförs mellan boende i olika boendeformer och ställs i relation till funktionsnedsättning. Vårdkonsumtionen avser perioden februari – augusti 2001. Tabell 33 visar det genomsnittliga antalet vårddagar i sluten vård per PADL-grupp och boendeform.

Tabell 33. Genomsnittligt antal vårddagar i sluten akut sjukvård per PADL-grupp och boendeform under perioden febr. – aug. 2001

Funktionsnedsättning	Ordinärt boende	Service-Boende	Heldygnsomsorg	Samtliga	Antal personer
Ingen el . lätt	2,62	3,16	1,18	2,56	212
Måttlig	3,75	7,76	2,20	4,18	305
Nedsatt	9,08	3,79	4,41	5,48	164
Mycket nedsatt	5,43	2,86	2,11	2,67	143
Helt nedsatt	6,50	13,8	0,47	0,90	211
Samtliga	4,07	5,47	1,91	3,17	1035

Beroende på att antalet registrerade personer är relativt begränsat är det svårt att dra bestämda slutsatser ur detta material. Resultaten pekar på att de boende i heldygnsomsorg har betydligt färre vårddagar i akutsjukvård. Detta gäller i särskild hög grad dem med mycket stor

funktionsnedsättning. Tendensen till lägre antal slutenvårdsdagar förefaller dock inte gälla höggradigt nedsatta personer i ordinärt boende och serviceboende.

Motsvarande data avseende öppenvårdsbesök hos läkare redovisas i tabell 34 nedan.

Tabell 34. Genomsnittligt antal registrerade läkarbesök i öppen vård per PADL-grupp och boendeform under perioden febr. – aug. 2001

Funktionsnedsättning	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Samtliga
Ingen el . lätt	5,12	5,64	4,75	5,19
Måttlig	4,89	6,79	4,29	5,13
Nedsatt	3,93	5,89	4,79	4,71
Mycket nedsatt	2,33	7,64	3,33	3,61
Helt nedsatt	8,17	6,75	2,28	2,53
Samtliga	4,77	6,38	3,45	4,34

Delvis samma mönster gäller, som framgår av tabell 34, också för den öppna vården. Antalet registrerade läkarbesök är lägre för de boende med heldygnsomsorg än för de i ordinärt boende och serviceboende. Detta beror dock sannolikt på att läkarinsatserna inte registreras i samma utsträckning när det gäller dessa patienter. Det framkommer vidare inom heldygnsomsorgen en tendens till lägre antal registrerade besök för de med kraftig funktionsnedsättning. Precis som för den slutna vården verkar denna tendens inte gälla de som bor i ordinärt boende och serviceboende. Det förefaller vidare som att de som bor i serviceboende har mer läkarkontakter än de i ordinärt boende.

Tabell 35 visar motsvarande statistik avseende det sammanlagda antalet registrerade besök hos andra kategorier av sjukvårdspersonal – distriktssköterskor, sjukgymnaster m fl.

Tabell 35. Genomsnittligt antal registrerade besök i öppen vård hos distriktssköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut m fl per PADL-grupp och boendeform febr. – aug. 2001

Funktionsnedsättning	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Samtliga
Ingen el . lätt	14,7	1,48	0,25	9,66
Måttlig	12,3	2,29	1,37	7,07
Nedsatt	15,3	0,79	1,46	4,75
Mycket nedsatt	5,57	0,21	0,42	1,15
Helt nedsatt	0,67	0	0,48	0,48
Samtliga	4,77	1,59	0,80	5,07

Benägenheten att registrera skiljer här förmodligen ännu mer än när det gäller läkarbesöken, vilket gör resultaten vanskliga att tolka. Antalet registrerade besök skiljer mycket starkt mellan ordinärt boende och särskilt boende. Detta har en naturlig förklaring, eftersom förmodligen många besök inte registreras då de besökta personerna ingår i personalen. För det andra finns det här en mycket tydlig minskning i antalet besök med ökad funktionsnedsättning. Orsaken till detta är mindre uppenbar och kräver en närmare analys.

4. Diskussion

Baseline-undersökningen i SNAC-K, vårdsystemdelen, representerar inledningen av en datainsamling som är planerad att äga rum under flera år. Syftet är att successivt bygga upp en databas och ett system för uppföljning, som skall möjliggöra ett långt bättre informationsunderlag för planering, ledning och genomförande av äldreården än det som idag står tillbuds. Projektet utgör i många avseenden ett pionjärbete och det är naturligt att både positiva och negativa erfarenheter kan noteras. Dessa erfarenheter tas nu tillvara och olika förändringar görs av förfarandet vid datainsamlingen i syfte att göra denna enklare, snabbare och tydligare.

Den ursprungliga avsikten var att baseline-undersökningen skulle fungera som en inventering av dagsläget per den 1 februari 2001 och kunna genomföras på ett par månader. Av olika skäl visade sig dock insamlingen ta betydligt längre tid än beräknat. Sålunda kunde insamlingen av baseline-data avslutas först i november och täckningen var då ändå inte 100%-ig. En av orsakerna får sökas i det mycket stora antalet utförarenheter inom Kungsholmens äldreomsorg, som gör det svårt att komma ut med information och övervaka informationsinsamlingen. Vid den nya baseline-undersökning per den 1 mars 2002, som nu satts igång, prövas mot bakgrund av erhållna erfarenheter en annan uppläggnings som förhoppningsvis skall leda till ett snabbare resultat.

Som redovisats ovan täckte baseline-undersökningen omkring 70% av det beräknade antalet äldre mottagare av långvarig vård och omsorg på Kungsholmen och Essinge-öarna. Täckningsgraden var högre inom det särskilda boendet än i det vanliga boendet. Genom viktning med hela antalet vårdtagare per boendeform är totalsiffrorna ändå representativa för hela antalet vårdtagare. En del (8%) av bortfallet beror av att samtycke ej lämnats till sammanförandet av uppgifter från olika huvudmän. Ett antal personer (7%) hann också avlida innan registrering hunnit genomföras. Bortfallet av ca 30% av vårdtagarna bedöms inte i någon väsentlig grad påverka slutsatserna från undersökningen. Ett skäl för denna bedömning är att alla viktiga resultat, som erhöles efter bearbetning av det material som fanns insamlat i september 2001 – totalt 960 observationer - visat sig stå sig även sedan ytterligare 517 observationer bearbetas.

En följd av den utdragna datainsamlingen är att den ursprungliga avsikten att ge en ögonblicksbild av den långvariga vården och omsorgen om de äldre inte kunnat förverkligas fullt ut. Uppgifter avseende omgivningsfaktorer och funktionsnedsättning mm, som registrerats avser sålunda aktuella förhållanden vid den tidpunkt då de registrerats, vilket i vissa fall kan ha ändrats sedan den 1 februari 2001. Detta är dock inte något större problem, eftersom grundidén i datainsamlingen i SNAC-studiens vårdssystemdel är en successiv uppdatering genom löpande registrering av förändringar med utgångspunkt från baseline-undersökningen. En sådan datainsamling kommer alltid att innehålla en viss andel icke-aktuella uppgifter och det registrerade läget kommer att utgöra en approximation av det verkliga läget. Ju tätare registreringen görs, desto bättre blir givetvis denna approximation. Å andra sidan sätter tillgängliga registreringsresurser en klar gräns för hur ofta man kan kräva omregistrering. Avsikten i SNAC-K-vårdssystem-undersökningen är att ombedömning skall ske av alla vårdtagare minst en gång per år. Eftersom det går att beräkna den takt som vårdtagarna – beroende på ålder, kön och vårdberoende – i genomsnitt förändras över tiden är det möjligt att korrigera beräkningsresultatet med hänsyn till omregistreringsfrekvensen.

Det var förutsett att ett visst bortfall skulle uppkomma genom att personer ej velat lämna samtycke till sammanförandet av personuppgifter från olika källor. I Kungsholmen-undersökningen har tillstånd erhållits från etisk kommitté att tillämpa s k muntligt informerat samtycke, d v s att personen informeras skriftligt om undersökningen och sedan ger sitt samtycke till ansvarig person. I vissa fall får detta i stället ske efter hörande av närstående eller god man. I dataformuläret noteras datum och till vem samtycket lämnats. Det muntliga samtycket har visat sig ge ett lägre bortfall än metoden med skriftligt samtycke, som tillämpats i Skåne och Blekinge-undersökningarna. Emellertid varierar andelen som ej lämnat samtycke mycket starkt mellan utförarenheterna. Detta antyder skillnader i det sätt som samtycket inhämtats, den information som getts om undersökningen etc. Inför den nya baseline-undersökningen har efter samråd med Äldrecentrums PUL-ombud principer och tillvägagångssätt vid inhämtandet av samtycke förtydligats och informationsbrevet reviderats så att det klarare framgår exakt vad det är man samtycker till. Förhoppningsvis skall detta leda till att fler lämnar samtycke – eller åtminstone avstår på klarare grunder.

Formulär, anvisningar och inklusionskriterier för datainsamlingen har utformats i samarbete med de övriga deltagande områdena i SNAC-undersökningen. De formulär, som tillämpats i

Skåne och Blekinge, har haft en annan uppbyggnad genom att de också innehållit anvisningar för ifyllandet, men de insamlade uppgifterna är i allt väsentligt desamma. Nordanstig har tillämpat exakt samma formulär som Stockholm/Kungsholmen. Detta formulär har i huvudsak visat sig fungera bra, men också i vissa avseenden varit mindre ändamålsenligt. Det som fungerat mindre bra är bland annat att svarsalternativet ”vet ej” kan ha ökat bortfallet genom att inbjuda till att välja detta alternativ i stället för att ta reda på hur det faktiskt förhåller sig. Vissa frågor har också varit oklart formulerade och gett upphov till missförstånd. Dessa brister åtgärdas nu i det reviderade formulär, som kommer att utnyttjas i den nya baselineundersökningen per den 1 mars 2002 samt i den löpande rapporteringen efter denna tidpunkt.

Resultatredovisningen ovan innefattar dels olika bakgrundsfaktorer – i första hand bostadsförhållanden och socialt stöd utanför den offentliga omsorgen, dels vårdtagarnas personliga förhållanden samt slutligen de lång- och kortvariga insatser av olika slag som personerna varit tilldelade. Några kommentarer skall göras beträffande val av begrepp och indelningsgrunder.

Praxis är att redovisa äldreomsorgen uppdelad på boendeformerna ordinärt boende och särskilt boende. Problemet med denna uppdelning är att särskilt boende kan vara vad som helst från en fullt utrustad tvårumslägenhet till en säng i ett fyrabäddsrum i sjukhusmiljö. För att begränsa den oklarhet som detta för med sig har i denna rapport det särskilda boendet genomgående delats upp på serviceboende och heldygnsomsorg. Genom att Stockholms stad behållit de gamla beteckningarna sjukhem, ålderdomshem, gruppboende och serviceboende har denna uppdelning inte inneburit några klassifikationsproblem. Serviceboende innebär boende i en fullt utrustad lägenhet, men med tillgång till personal och olika faciliteter i huset. Det förekommer i en del fall att serviceboende av detta slag är samlokaliserat med särskilt boende av sjukhemskaraktär, d v s det som här betecknats som heldygnsomsorg. ”Flyttning” betyder i så fall omflyttning till ett annat våningsplan. Viktigt är dock att boendet samtidigt förändrar karaktär.

Många kommuner saknar serviceboende av det slag som det här är fråga om (eller använder inte beteckningen). Bland annat för att öka jämförbarheten har därför genomgående också redovisats siffror som avser det särskilda boendet som helhet (efter sammanvägning m h t totalt antal vårdtagare). Som framgår med all önskvärd tydlighet av resultaten i denna rapport innebär en sådan sammanslagning, att man förlorar mycket viktig information om sambandet

mellan boende och funktionsnedsättning. Den relevanta gränsen när det gäller vårdtagarna går inte mellan ordinärt boende och särskilt boende utan mellan ordinärt boende och serviceboende å ena sidan och *haldygnsomsorg* å den andra.

Bostadens standard har registrerats med avseende på olika egenskaper, som avser anpassning till olika slag av funktionshinder, ”hemlighet” (d v s avsaknad av institutionskaraktär) och tillgänglighet. Ett problem i sammanhanget har varit att biståndshandläggarna, som svarat för registreringen i det ordinära boendet, i många fall saknat erforderlig kännedom om bostadens egenskaper i olika avseenden. Andelen ”vet ej”-svar har därigenom blivit hög. Detta problem blir särskilt uttalat vid en baseline-undersökning, som omfattar alla vårdtagare och där det inte är rimligt att kräva att man gör hembesök hos alla. Problemet väntas bli mindre i den löpande registreringen, eftersom denna har ett direkt samband med en biståndsbedömning, där alla faktorer av betydelse för biståndsbeslutet skall vägas in.

Samma problem har funnits vid registreringen av anhöriginsatserna, som också har en hög andel ”vet ej”-svar. Till detta kommer här att den äldre kanske inte vill uppge all hjälp som hon får av rädsla för att detta skulle kunna ha en negativ påverkan på biståndsbeslutet. I avvaktan på validering av erhållna resultat bör de behandlas med försiktighet. Eventuellt utgör de en underskattning av de verkliga informella hjälpinsatserna. En möjlighet till validering erbjuds genom att samma uppgifter registreras i befolkningsdelen av SNACK-studien. De uppgifter som där registreras kommer från personen själv och det finns så vitt kan bedömas här inga incitament för underskattning av insatserna.

Bedömningen av funktionsnedsättningen i olika avseenden har skett med hjälp av välkända och utprovade skalor. Även här finns en möjlighet till validering genom befolkningsstudien, varvid det dock är viktigt att skilja på självskattning och skattning av annan person. De uppgifter som här varit svårast att få in gäller inkontinens. En kontroll gentemot andelen som använder inkontinenshjälpmedel (jfr sid. 34) pekade på en underskattning av kontinensproblemen.

På basis av de registrerade variablerna har olika index på funktionsnedsättning eller vårdberoende. Ett särskilt index – SNAC-PADL-index – har tagits fram med hjälp av faktoranalys. Den viktigaste uppgiften för dessa index är att ligga till grund för en strukturering av vårdtagarna i homogena grupper med avseende insats- och

omvårdnadsbehov. Som framgår av bilaga 2 är emellertid de olika index som beräknats starkt korrelerade. Det spelar därför inte så stor roll vilket index man använder, gruppindelningen blir ändå ungefär desamma. Genom att alla SNAC-områden använder SNAC-PADL-indexet erhåller man jämförbarhet och kan se om samma behov leder till samma insatser i de olika områdena. Ett problem i sammanhanget är att index förutsätter värden på samtliga ingående variabler. Detta leder lätt till stort bortfall av indexvärden, vilket är en avsevärd nackdel om indexet skall användas för en gruppindelning. Problemet kan lösas genom att man utnyttjar registrerade variabler som grund för att konstruera (imputera) saknade variabelvärden. Genom den starka korrelationen mellan variablerna kan detta förfarande fungera tillfredsställande, men man måste givetvis hålla reda på vilka variabelvärden som är imputerade.

Registreringen av de långvariga vård- och omsorgsinsatserna har omfattat insatser enligt SoL, LSS och HSL. När det gäller SoL-insatserna är det viktigt att hålla i minnet att registreringen avser *beslutade* insatser. Hur mycket av detta som sedan verkställts är okänt. Det finns här ett problem, eftersom olika undersökningar tyder på att det i vissa fall kan finnas en betydande diskrepans mellan beslutade och utförda insatser. Avsikten är att inom SNAC-studien också utveckla instrument för att registrera *utförda* insatser. En möjlighet att analysera avvikelser erbjuds genom befolkningsstudien, där personerna får uppge vilka insatser de faktiskt fått. Detta förutsätter dock att personen kan besvara frågan på ett tillförlitligt sätt, vilket inte är självklart. För HSL-insatserna uppkommer inte problemet, eftersom registreringen här avser erhållna insatser. LSS-insatser förekom, som framgått ovan, endast för en person i undersökningen.

Den ovan presenterade redovisningen av resultaten från baseline-undersökningen på Kungsholmen per den 1 februari 2001 är i huvudsak rent deskriptiv. Avsikten har varit att ge en översiktlig beskrivning varje variabel var för sig utan närmare analyser av olika samband. I en del fall har särskilt kommenterats behovet av djupare analyser för att ta reda på bakgrunden till observerade förhållanden. I fortsättningen kommer materialet att analyseras vidare utifrån olika frågeställningar och rapporter planeras avseende bland annat genderanalyser och analyserande jämförelser med övriga SNAC-områden. Vidare kommer de första resultaten från den löpande registreringen, som vänta föreligga senare under våren 2002, att utnyttjas för att närmare belysa dynamiken bakom de stora observerade skillnaderna i vårdtagarnas sammansättning i de olika boendeformerna. Detta aktualiserar viktiga frågor som serviceboendets roll och tillämpningen av kvarboendepincipen. Rapporter från SNACK –

vårdssystem-studien kommer att ges ut av Stockholms Läns Äldrecentrum i en särskild rapportserie.

Det bör betonas att det verkliga värdet i den datainsamling och analys som sker i SNAC-projektet visar sig först när man har sifferserier över flera år, som möjliggör jämförelser över tiden och analyser av dynamiken i vårdsystemet. Genom sådana fakta och analyser blir det möjligt att studera effekterna av den tillämpade vårdpolicyn och på basis härav initiera förändringar. Genom att man kan sedan kan avläsa resultatet av dessa förändringar erhålles en möjlighet till kunskapsbaserad inriktning och ledning av vården och omsorgen om de äldre, som idag i stort sett saknas.

Bil.1. Informationsbrev



Äldrevården på Kungsholmen och Essingeöarna studeras i stor undersökning.

Det finns ett behov av att öka kunskaperna om åldrandet och vården av de äldre för att kunna förbättra vården och omsorgen i framtiden. Detta är bakgrunden till att en studie nu startas – med medel från regeringen – av hur kommunernas äldreomsorg och landstingets sjukvård är anpassade för de äldres behov. I Stockholm genomförs studien på Kungsholmen och Essingeöarna. Den är här en utvidgad fortsättning av det tidigare Kungsholmsprojektet. Samma slags studie görs samtidigt på flera håll i landet. Det är första gången det görs en studie av den här omfattningen i Sverige.

Undersökningen omfattar samtliga personer på Kungsholmen och Essinge-öarna, som är 65 år och äldre och har äldreomsorg eller varaktig hemsjuk-vård. Det fordras dock ingen aktiv medverkan från Din sida. De uppgifter som rör Dig kommer vi att få från den personal i kommun och landsting som ansvarar för den vård och hjälp Du får.

Många äldre får vård och omsorg både från äldreomsorgen och sjukvården. För att få en samlad bild av vilka insatser som faktiskt ges till vilka personer behöver vi kunna sammanställa uppgifter om

- den hjälp Du har beviljats från äldreomsorgen
- den sjukvård och de rehabiliteringsinsatser Du får
- Dina bostadsförhållanden och den hjälp Du får genom anhörigas och andras försorg
- Dina funktionsnedsättningar, som har betydelse för Ditt vårdbehov

Sammanställningen av uppgifter om Dina förhållanden förutsätter att Du ger Ditt samtycke. Du kan när som helst meddela om Du inte vill att uppgifter om Dig skall ingå i studien. Insamlade uppgifter är skyddade genom sekretess. Vi som arbetar med studien vid Stockholms Läns Äldrecentrum, som är en oberoende stiftelse för forskning och utvecklingsarbete inom äldreområdet, har tystnadsplikt. Resultaten kommer endast att redovisas i sammanställningar, där man inte kan utläsa något om enskilda personer.

Om Du har frågor eller om Du inte vill att uppgifter om Dig skall ingå i undersökning- en, är Du välkommen att kontakta forskningsassistent Rose-Marie Hedberg på telefon 690 58 02.

Med vänlig hälsning

Mårten Lagergren
Docent
projektledare

Bilaga 2. Vårdtagarnas funktionsnedsättning enligt Katz ADL-index och ÄSIM-index

Fördelningen av vårdtagarna på Katz ADL-kategorier per boendeform samt totalt. framgår av tabell 2:1 nedan. För en dryg fjärdedel av vårdtagarna (28%) saknas uppgifter, som behövs för klassning i ADL-kategori. Bortfallet är högst i det vanliga boendet (48%), medan det är lägre i serviceboendet (26%) och betydligt lägre i särskilt boende med heldygnsomsorg (5%). Vid beräkningen av medelvärdet har bokstavskoden ersatts med siffror (A=1, B=2,...). Ö- gruppen har uteslutits. Beräkningen av totaler för särskilt boende resp. samtliga har skett genom sammanvägning med vikter motsvarande hela antalet vårdtagare i resp. boendeform på samma sätt som i rapportens huvuddel.

Tabell 2:1. Fördelning av vårdtagarna på Katz ADL-kategorier per boendeform samt totalt

Katz ADL-Kategori	Ordinärt boende N=704 Uppgift saknas: 336	Serviceboende N=197 Uppgift saknas: 51	Heldygnsomsorg N=576 Uppgift saknas: 30	Totalt särskilt boende N=773 Uppgift saknas: 81	Total N=1477 Uppgift saknas: 417
A	32,1%	30,8%	2,0%	9,0%	22,8%
B	21,5%	19,2%	5,7%	9,0%	16,5%
C	17,9%	13,7%	5,5%	7,5%	13,7%
D	5,7%	9,6%	4,8%	6,0%	5,8%
E	5,2%	6,9%	9,2%	8,6%	6,6%
F	7,1%	6,2%	14,8%	12,7%	9,3%
G	7,6%	11,0%	53,3%	43,0%	21,8%
Ö	3,0%	2,7%	4,8%	4,3%	3,5%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%
Medelvärde	2,82	3,05	5,85	5,17	3,76

De boende i ordinärt boende och serviceboende och de boende med heldygnsomsorg skiljer sig, som framgår av tabell 2:1, mycket starkt även när man mäter beroende i aktiviteter för dagligt liv enligt Katz ADL-index. I ordinärt boende och serviceboende är A-kategorin den vanligaste – i boende med heldygnsomsorg G-kategorin, d v s de mest vårdberoende.

Det är dock ingen större skillnad mellan ordinärt boende och serviceboende bortsett från en något högre andel i G-gruppen i serviceboendet.

Vid ett antal undersökningar av biståndsbedömningen i olika stadsdelar i Stockholm, som utförts av Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, har använts den s.k. ÄSIM-skalan för bedömning av vårdberoende. Skalan utvecklades ursprungligen för inventeringar av vårdberoende i Solna kommun under 1980-talet. Enligt ÄSIM-systemet mäts vårdberoendet med fem variabler: Funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och dement beteende. Samtliga ÄSIM-variabler mäts i en skala, som går från 0 till 3, där 0 betecknar ingen nedsättning och 3 maximal nedsättning. ÄSIM-variablerna kan konstrueras från de variabler som mäts i SNAC baseline-undersökningen (rörelsehinder ingår). Kontroller har visat att de på detta sätt konstruerade variablerna stämmer väl överens med som mätts upp direkt i olika jämförbara undersökningar.

Tabell 2:2 nedan visar medelvärdet per boendeform för resp. ÄSIM-variabel och deras summa (SUM2-index). Andelen ”Uppgift saknas” för de enskilda ÄSIM-variablerna varierar från 17% (rörelsehinder) till 26% (inkontinens). Bortfallet av uppgifter är högst i det vanliga boendet (29 – 46%) och lägst i heldygnsomsorgen (3 – 10%). För det sammanfattande indexet SUM2, som bildas helt enkelt genom summering av de fem enskilda variablerna, saknas uppgift för 515 personer (35%) – även här med högst andel i ordinärt boende (54%). Trots att bortfallet sålunda är stort, bedöms det inte inverka i högre grad på resultatet eftersom det skapar särskild inriktning⁹. Medelvärdet för SUM2 överensstämmer inte med summan av medelvärdena för de fem ingående variablerna beroende på bortfallet.

⁹ Uppföljning av hur erhållna värden utvecklats allt eftersom nya uppgifter kommit in, visar att det inte skett några större förändringar. Bortfallet förefaller vara helt slumpmässigt – bortsett från boendeform.

Tabell 2:2. Medelvärde för personligt vårdberoende enligt ÄSIM-systemet per boendeform

	Boendeform				
	Ordinärt boende	Serviceboende	Heldygnsomsorg	Totalt särskilt boende	Total
	N=704 Uppgift saknas: 202 - 382	N=197 Uppgift saknas: 29 - 55	N=576 Uppgift saknas: 16 - 78	N=773 Uppgift saknas: 45 - 133	N=1477 Uppgift saknas: 247 - 515
Funktionsförmåga	1,67	1,75	2,52	2,33	1,94
Rörelsehinder	1,38	1,29	1,99	1,82	1,56
Inkontinens	0,67	0,75	2,14	1,80	1,12
Otrygghet	0,68	0,89	1,24	1,15	0,87
Dement beteende	0,44	0,56	1,67	1,40	0,82
SUM2-index	4,26	5,07	9,61	8,50	5,96

Med hjälp av det ovan nämnda SUM2-indexet, som alltså går från 0 till 15, kan vårdtagarna fördelas på vårdberoendeklasser enligt följande definition:

Vårdberoendeklass	SUM2
Lätta	0 – 3
Medellätta	4 – 6
Medeltunga	7 – 9
Tunga	10 -

Tabell 2:3. Fördelning på vårdberoendeklasser (SUM2) per boendeform

	Ordinärt boende	Service-boende	Heldygns-omsorg	Totalt särskilt boende	Total
	Uppgift saknas: 366	Uppgift saknas: 48	Uppgift saknas: 49	Uppgift saknas: 97	Uppgift saknas: 463
Lätta	46,2%	32,2%	6,5%	12,8%	32,8%
Medellätta	33,4%	36,9%	16,1%	21,2%	28,5%
Medeltunga	11,5%	19,5%	18,6%	18,8%	14,4%
Tunga	8,9%	11,4%	58,8%	47,2%	24,3%
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%

En fjärdedel av vårdtagarna tillhör kategorin ”tunga” enligt denna definition – bland de med heldygnsomsorg en bra bit över hälften. Detta är betydligt mer än vad som framkommit som genomsnitt i de olika undersökningar, som Äldrecentrum genomfört av biståndshandläggningen i olika stadsdelar/distrikt i Stockholm. Andelen ”tunga” eller ”medeltunga” vårdtagare uppgick där till i genomsnitt 22,7% mot 38,7% på Kungsholmen. En förklaring till skillnaden kan vara att Äldrecentrums undersökningar endast avsett nya eller ändrade biståndsbeslut, medan SNACK-undersökningen omfattat samtliga vårdtagare.

De tre indexen – SNAC PADL-index, KatzADL-index och ÄSIM-index – är mycket starkt korrelerade. Den högsta korrelationen, 0,94, uppmättes mellan PADL-index och ÄSIM-index, som båda – till skillnad mot Katz ADL – innefattar kognitiva och emotionella variabler. Korrelationen mellan SNAC PADL-index och Katz ADL-index var 0,90 och mellan ÄSIM-index och Katz ADL-index 0,85.