

Ensam- och samboende män och kvinnor:

En analys av behov och insatser med data från baslinjeundersökningen 2001 på Kungsholmen och Essingeöarna

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

1

2 SNAC-K rapport Nr. 2

2.1 Bettina Meinow

Rapporter / Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum 2002:9

1	SAMMANFATTNING	3
2	BAKGRUND OCH SYFTE.....	6
3	MATERIAL OCH METOD.....	10
3.1	INGÅENDE PERSONER	10
3.2	INSAMLADE UPPGIFTER	10
3.3	INDEX FÖR SAMMANFATTNING AV RESULTAT.....	11
4	PERSONER MED ÄLDREOMSORG JÄMFÖRT MED HELA BEFOLKNINGEN, ... 65 ÅR OCH ÄLDRE, PÅ KUNGSHOLMEN	13
5	SOCIALT STÖD.....	15
6	PERSONLIGT VÅRDBEROENDE.....	22
6.1	INSTRUMENTELL OCH PERSONLIG ADL.....	22
6.2	ANDRA FYSISKA SYMPTOM: RÖRELSEHINDER, HÖRSEL, SYN, YRSEL, SMÄRTA	25
6.3	KOGNITIV NEDSÄTTNING.....	26
6.4	PSYKOSOCIALA PROBLEM.....	27
7	BESLUTAT BISTÅND ENLIGT SOCIALTJÄNSTLAGEN	30
7.1	HEMHJÄLP, TRYGGHETSLARM, MATDISTRIBUTION OCH KORTTIDSBOENDE.....	30
7.2	VILKA FAKTORER AVGÖR OMFATTNINGEN AV HEMTJÄNSTINSATSER?	32
8	PÅGÅENDE INSATSER ENLIGT HSL (HEMSJUKVÅRD OCH HEMREHABILITERING)	37
9	KONSUMTION AV AKUT HÄLSO- OCH SJUKVÅRD FÖR VÅRDTAGARE MED LÅNGVARIG VÅRD	39
10	DISKUSSION	42
11	REFERENSER.....	49
12	BILAGOR.....	50
12.1	FAKTORANALYS AV FRÅGOR RELATERADE TILL FUNKTIONSFÖRMÅGA	50
12.2	VIKTNING.....	52
12.3	TABELLER.....	53

3 Sammanfattning

Denna rapport är en fördjupad analys av data från den första SNAC-K baslinje-undersökningen på Kungsholmen-Essingeörana utifrån ett genderperspektiv (jfr SNAC rapport nr 1). Ett centralt syfte med SNAC's vårdssystemdel är att registrera olika faktorer, som har betydelse för tilldelningen av offentliga vård- och omsorgsinsatser. Viktiga bakgrundsfaktorer som avsevärt påverkar äldres livssituation är kombinationen av kön och om man är samboende eller ej. I rapporten redovisas vårdberoende, vårdinsatser, socialt stöd och konsumtion av hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre med långvarig vård och omsorg enligt SoL och HSL med avseende på könsskillnader och skillnader mellan ensam- och samboende vårdtagare.

Medelåldern bland de registrerade vårdtagarna är mycket hög, 86,5 år för kvinnor och 82,5 år för män i ordinärt eller serviceboende. Män i heldygnsomsorg är i genomsnitt 84 år gamla, kvinnor nästan 89 år. Tidigare studier har visat att hjälpinsatser prioriteras till dem som är ensamstående och eftersom kvinnor lever längre och därmed blir ensamma oftare än män, dominerar även äldre ensamboende kvinnor som vårdtagare från kommunal vård och omsorg (73 %). De förhållandevis få samboende vårdtagarna (6 %) utgör en grupp som är mycket yngre (80 år) än genomsnittet, men samtidigt har fler funktionsnedsättningar och större vård- och omsorgsbehov.

Såväl svenska som internationella studier har visat, att för äldre personer är framför allt stödet från en sammanboende maka/make avgörande för möjligheten att kunna bo kvar i den egna bostaden, när handikapp och funktionsnedsättningar inträder. Som förväntat får manliga vårdtagare i större utsträckning regelbunden hjälp av makan än tvärtom, vilket till största delen beror på att många fler män har en samboende partner. Cirka var fjärde, av både män och kvinnor, får praktisk hjälp av barn eller svärdotter/son. Andelen stiger till 40 procent om man endast räknar med dem som har barn i livet. Det finns en tendens att kvinnor oftare får praktisk hjälp av syskon, grannar och vänner. Få vårdtagare anlitar enligt kommunens uppgift privat, egenbetald hjälp och ännu färre får serviceinsatser från frivilligorganisation. Samma mönster gäller för omvårdnadsinsatser vid sidan om kommunens hjälp. Det är dock generellt sett betydligt färre av vårdtagarna som får omvårdnadsinsatser av olika grupper närstående.

Det är väl känt att det finns ett samband mellan sociala relationer och den enskildes välbefinnande. Var tredje vårdtagare, både bland män och kvinnor, saknar regelbunden, någorlunda frekvent social kontakt med närstående – i alla fall enligt vad personalen vet. Kvinnliga vårdtagare har ett bredare kontaktnät än män med fler kontakter till andra närstående än make och barn. I synnerhet samboende män verkar koncentrera sina sociala kontakter till maka och barn, medan ensamboende män löper störst risk att sakna någorlunda regelbunden kontakt med närstående.

Kön, och om man är sammanboende eller inte, är betydelsefulla faktorer relaterade till vårdkonsumtion. Ett genomgående mönster bland dem som får kommunal vård och omsorg är att samboende män är den grupp som i störst utsträckning är beroende när det gäller såväl instrumentella som personliga aktiviteter för dagligt liv – både jämfört med samboende kvinnor och med ensamboende av båda könen. Bättre tillgång till informell hjälp bland samboende män, framför allt med IADL-aktiviteter, verkar alltså resultera i en högre tröskel för dem att få kommunal vård och omsorg.

Andelarna personer med olika grad av kognitiv nedsättning skiljer betydligt mer mellan ordinärt boende/servicehus och heldygnsomsorg än mellan män och kvinnor resp. ensam- och samboende vårdtagare. Endast ett fåtal personer i ordinärt eller serviceboende har mycket svår kognitiv nedsättning, medan detta gäller för nästan en tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg. Samma mönster gäller för vårdtagare med psykosociala problem.

Analysen av konsumtionen av akut hälso- och sjukvård under perioden februari – augusti 2001 har visat att män har ungefär lika många vårddagar, i genomsnitt mellan 3 och 4, oberoende av boendeform, medan kvinnor med heldygnsomsorg endast har ungefär 2 vårddagar jämfört med ungefär 6 för kvinnor som bor i ordinärt eller serviceboende. Orsaken till detta kommer att analyseras närmare i en kommande rapport. Antalet registrerade läkarbesök skiljer sig inte mellan män och kvinnor, men är något lägre för personer med heldygnsomsorg. Detta kan dock troligen förklaras med att läkarinsatserna inte registreras i samma utsträckning när det gäller patienter med heldygnsomsorg.

Medelvärde för hemhjälpinsatser, mellan 9 och 10 timmar per vecka, stämmer väl överens med det som uppmätts i de tidigare studier som Äldrecentrum gjort av biståndshandläggningen i olika stadsdelar i Stockholm. Den viktigaste faktorn, som i mycket hög grad bestämmer hur många timmar hemtjänst vårdtagarna i ordinärt och serviceboende beviljades, är förmågan att klara personlig ADL. Förmågan att klara IADL-aktiviteter spelar en mycket mindre roll för beviljad hemtjänstinsats, vilket beror på att vårdtagarna är ganska lika i detta avseende. Den övervägande majoriteten är beroende när det gäller olika hushållssysslor, matinköp och allmän transport.

Kognitiv nedsättning och psykosociala behov visar sig – givet ADL- och IADL-beroende – inte ha något direkt samband med omfattningen av tilldelade hemtjänstinsatser utan har snarare en indirekt effekt genom att påverka ADL-beroendet. Vårdtagarna beviljas alltså inte extra hemtjänstinsatser på grund av kognitiv nedsättning i sig, utan endast i den mån denna påverkar deras förmåga att klara framför allt personlig ADL. Andra faktorer såsom vårdtagarnas ålder och kön, informella hjälpinsatser och om man bor ensam eller ej, visar inget samband med omfattningen av beviljad hemtjänst.

Resultaten tyder således på att det finns olika mekanismer när det är frågan om vem som *över huvud taget* beviljas hemtjänst (hela populationen 65 år och äldre) jämfört med frågan om *omfattningen* av denna bland vårdtagarna. Tidigare forskning har visat att det har betydelse för beviljandet av hemtjänst om man har en sammanboende make/maka eftersom detta ökar chansen att klara sig med dennes hjälp. Tröskeln verkar vara högre för samboende när det gäller att över huvud taget få hemtjänst beviljad. Men bland de personer som får hemhjälp har det däremot ingen betydelse för omfattningen, om man är samboende eller ensamboende, man eller kvinna, eller har barn som hjälper till med hushållssysslor, matinköp och transport.

4 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 med Karlskrona kommun samt Gävleborgs läns landsting (primärvårdens FoU-enhet i Nordanstig) med Nordanstigs kommun.

Syftet med den longitudinella databasen är att göra det möjligt att följa individerna och vården i området över tiden för att därmed kunna studera åldrandet och behoven av vård och omsorg, hur väl vården och omsorgen om de äldre täcker behoven, hur den fungerar, hur resurserna används och vilket resultat insatserna ger ur ett helhetsperspektiv.

SNAC-studien har två perspektiv – ett vårdsystemperspektiv och ett befolkningsperspektiv. Denna rapport avser projektets vårdsystemdel, som syftar till att kontinuerligt följa upp de vård- och omsorgsinsatser, som den äldre befolkningen erhåller, såväl akuta som långvariga. Det registreras även olika faktorer som har betydelse för tilldelning 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.

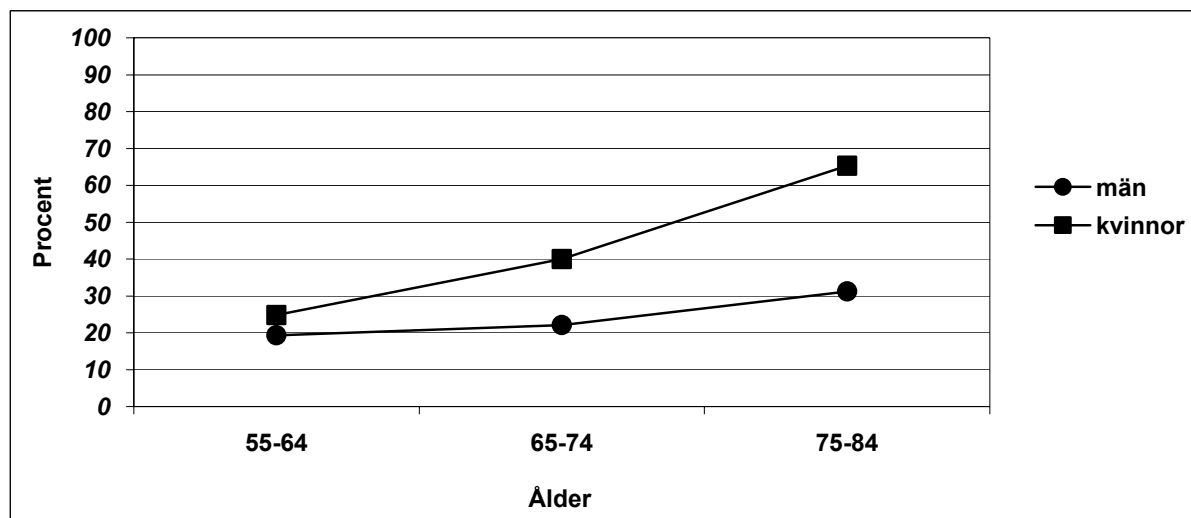
Befolkningsdelen syftar till att över tid följa ett urval av personer 60 år och äldre i syfte att studera åldrandet och uppkomsten av vårdbehoven i sitt biologiska och sociala sammanhang. En viktig aspekt är att kopplingen mellan befolknings- och vårdsystemdelen så småningom kommer att ge en möjlighet till jämförelse mellan de som erhåller och de som inte erhåller

offentligfinansierad vård i olika avseenden. För en mer utförlig allmän presentation av SNAC-studiens uppläggning och genomförande hänvisas till SNAC-rapport Nr. 1 ”Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen-Essingen - baslinjeundersökning 2001-02-01”.

Denna rapport baserar sig på den första baslinje-undersökningen på Kungsholmen (februari 2001) som genomfördes i syfte att erhålla ett utgångsläge för den fortsatta löpande registreringen. Ett centralt syfte med SNAC's vårdssystemdel är att registrera olika faktorer, som har betydelse för tilldelningen av offentliga vård- och omsorgsinsatser. En sådan viktig bakgrundsfaktor som påverkar äldres livssituation är kombinationen av kön och om man är samboende eller ej. Föreliggande rapport utgör en fördjupad analys av materialet som presenterades i SNAC-rapport Nr. 1 utifrån ett genderperspektiv. Utgångspunkten för analyserna är väl dokumenterade kunskaper om skillnader i tillgång till annan än offentlig omsorg för män och kvinnor samt skillnader i hälsa och livslängd.

Åldrandet och inträdandet av funktionsnedsättningar har olika förutsättningar för kvinnor och män. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män och är dessutom ofta gifta med män som är äldre än de själva, vilket ökar risken för kvinnor att bli ensamboende i hög ålder. Av figur 1 framgår att andelen ensamboende ökar med stigande ålder för båda könen men att det är mycket vanligare bland män att vara gift/samboende i hög ålder. Familjeförhållanden och sociala relationer är av stor betydelse för om och när den enskilde har behov av och får samhällets insatser i form av vård och omsorg. Trots ökande livslängd och det faktum att över hälften av personer i högre medelåldern har någon förälder i livet har det blivit mindre vanligt bland de äldre att bo ihop med yngre släktingar. Detta är en utveckling som Sverige har gemensamt med många västländer och som framför allt speglar att den äldre generationen har ekonomiska resurser som gör det möjligt att bo i egen bostad även efter pensioneringen (Thorslund & Larsson, 2002). I Sverige är det endast ca 5 procent i åldersgruppen 65 år eller äldre som bor i samma hushåll som barn eller syskon, jämfört med 30 procent eller däröver i Italien respektive Spanien, eller över 20 procent i Österrike och Island (OECD, 1996).

Figur 1: Andel ensamboende män och kvinnor i Sverige per åldersgrupp



Källa: SCB, 2000.

För äldre personer har framför allt stödet från en samboende make/maka visat sig vara avgörande för möjligheten att bo kvar i den egna bostaden när funktionsnedsättningar inträder (Miller & Weissert, 2000; Egleston, Rudberg & Brody 1999; Freedman 1996; Jette, Tennstedt & Crawford 1995). En riksrepresentativ studie av personer i åldern 77-98 år visade att detta gäller också för Sverige (Szebehely 1999). Kungsholmsprojektet, en annan longitudinell populationsbaserad studie, visade samma tendens. Bland invånare som var 81 år eller äldre hade dubbelt så många ogifta personer (änkor/änklingar; frånskilda eller aldrig gifta) flyttat till särskilt boende, jämfört med dem som var gifta. Bland dem som bodde kvar i ordinarie boende hade de samboende mer praktisk hjälp i hemmet jämfört med de ensamboende. Detta uppvägdes inte av tillgången till kommunal hemhjälp bland de ensamboende (Larsson & Thorslund, 2002).

Förutom skillnader i tillgång till stödet från en sammanboende partner skiljer även hälsan mellan män och kvinnor. Generellt har kvinnor mer hälsoproblem än män (Arber & Cooper 1999; Jette 1996; Merril, Seeman, Kasl & Berkman 1997; Thorslund & Lundberg 1994). I Kungsholmsstudien fann man att sannolikheten för att ha en eller flera kroniska sjukdomar var nästan dubbelt så stor för kvinnor i åldersgruppen 85-89 år jämfört med jämnåriga män. Kvinnorna hade också fler funktionsnedsättningar än männen. En hypotes är att äldre kvinnor löper större risk än män att utveckla svår funktionsnedsättning, då kvinnor som har lätt

funktionsnedsättning i yngre år lever längre än män med motsvarande funktionsnedsättningar (von Strauss, 2000)

I föreliggande rapport redovisas vårdberoende, vårdinsatser, socialt stöd och konsumtion av hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre med långvarig vård och omsorg (SoL och HSL) med avseende på könsskillnader och skillnader mellan ensam- och samboende vårdtagare.

Frågeställningar som belyses är:

- Hur fördelar sig insatser av anhöriga och vänner på män och kvinnor resp. ensam- och samboende?
- Hur ser mönstren i de sociala kontakterna ut för män och kvinnor samt ensam- resp. samboende vårdtagare?
- Hur skiljer sig manliga och kvinnliga vårdtagare resp. ensam- och samboende med avseende på vårdberoendet?
- Kvarstår eventuellt funna könsskillnader i vårdberoende och socialt stöd efter uppdelning på ensam- och samboende.
- Vilka faktorer påverkar omfattningen av tilldelad hemtjänst?
- Hur skiljer sig manliga och kvinnliga vårdtagare resp. ensam- och samboende med avseende på konsumtion av akut sjukvård?

I och med att studiepopulationen endast omfattar dem som *får* långvarig vård och omsorg (hemtjänst eller hemsjukvård) är det inte möjligt att direkt jämföra dem som får insatser med dem som inte får, dvs. det är t.ex. inte möjligt att med data från SNAC-Kungsholmen vårdsystemstudie avgöra vilka faktorer som visar sig vara viktigast för att få hemtjänst beviljad. Sådan information kommer att finnas i framtiden när data från SNAC-K befolkningsdelen blir tillgängliga för bearbetning. Redan med befintliga data från SNAC-K vårdsystemdelen är det dock möjligt att dra en del indirekta slutsatser om tendenser och mekanismer vid beviljandet av långvariga insatser.

5 Material och metod

5.1 Ingående personer

Baslinje-undersökningen avsåg att omfatta alla personer skrivna på Kungsholmen och Essingeöarna, 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 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 inkluderade.

5.2 Insamlade uppgifter

Insamlade uppgifter i baslinje-undersökningen omfattade

- Personuppgifter (personnummer, eventuell utomnordisk härkomst, civilstånd, ensam/sammanboende),
- Omgivningsfaktorer (bostadens standard, tillgänglighet och anpassning till funktionshinder, tillgången till alternativ omsorg och sociala kontakter)
- Personlig vårdberoende (funktionsnedsättningar och övriga behovspåverkande personliga förhållanden),
- Behov av särskilda sjukvårdsinsatser,
- Beslutat bistånd enligt SoL,
- Beslutade insatser enligt LSS,
- Pågående insatser enligt HSL.

För en utförlig presentation av de insamlade uppgifterna samt genomförandet av datainsamlingen hänvisas till SNACK-rapport Nr. 1 ”Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen-Essingen – baslinjeundersökningen 2001”.

5.3 Index för sammanfattning av resultat

Registreringen av variabler som beskriver personligt vårdberoende kan sammanfattas genom olika index som har tagits fram med hjälp av faktoranalys (se bilaga 12.1).

SNAC-PADL-index används vid jämförelser mellan olika SNAC-regioner och beräknas genom summering av fyra s.k. ADL-variabler¹, som beskriver graden av oberoende i dagligt liv, inkontinens (urin- resp. avföring), rörelsehinder och kognitiv nedsättning. De fyra 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 23 och har 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 – 23

Speciellt för denna delstudie på Kungsholmen utvecklades dessutom tre ytterligare index, som beskriver olika dimensioner av vårdberoendet. **ADL-indexet** omfattar samma variabler som

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

SNAC-PADL-index, förutom kognitiv nedsättning. Vårdtagarna har delats in i grupper enligt följande:

ADL-grupp	Indexvärde
Ingen eller lätt nedsättning	0 – 1
Måttligt nedsatt	2 – 6
Nedsatt	7 – 10
Mycket nedsatt	11 – 14
Helt nedsatt	15 – 17

IADL-indexet omfattar variablerna matlagning, tvätt, transport, badning/dusch, matinköp och städning. Samtliga variabler mäts från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende) och vårdtagarna har delats in i 4 grupper.

IADL-grupp	Indexvärde
Ingen eller lätt nedsättning	0 – 2
Måttligt nedsatt	3 – 6
Mycket nedsatt	7 – 10
Helt nedsatt	11 – 12

Ett tredje index mäter **psykosociala behov** och består av variablerna oro/otrygghet, nedstämdhet och grad av svåra beteenden. Variablerna mäts från 0 (inga problem) till 3 (svåra, invalidiserande problem).

IADL-grupp	Indexvärde
Inga problem	0
Lätta problem	1 – 3
Svåra problem	4 – 9

6 Personer med äldreomsorg jämfört med hela befolkningen, 65 år och äldre, på Kungsholmen

Enligt stadens officiella statistik var i oktober 2001 totalt 2141 på Kungsholmen och Essingeöarna mantalsskrivna personer över 65 år, som mottog varaktig äldreomsorg. Häri inkluderas inte de som endast har beslut om larm, färdtjänst eller matdistribution. Av tabell 1 framgår antal personer med äldreomsorg i förhållande till hela äldrebefolkningen inom stadsdelen Kungsholmen fördelat på kön och boendeform – personer i ordinärt boende eller serviceboende med hemtjänst resp. boende med heldygnsomsorg. Andelen som får varaktig äldreomsorg är högre bland män än kvinnor, vilket förklaras av att äldre män oftare har en maka som de i första hand kan få hjälp av. Andelen som får insatser är dessutom lägre bland gifta personer än bland de övriga.

Tabell 1: Antal män och kvinnor på Kungsholmen, 65 år och äldre, totalt resp. med äldreomsorg per ensam-/samboende

		Totalt antal personer	Antal pers med hemtjänst	D:o procent	Antal pers med heldygnsomsorg	D:o procent	Totalt antal pers med äldreomsorg	D:o procent
Män	Totalt	2851	253	8,9	161	5,6	414	14,5
	Gifta	1508	72	4,8	28	1,9	100	6,7
	Övriga	1343	181	13,5	68	4,7	249	37,6
Kvinnor	Totalt	6001	1013	16,9	714	11,9	1727	28,8
	Gifta	1321	72	5,4	38	2,9	110	8,3
	Övriga	4680	941	20,1	409	8,3	1350	28,8
Totalt		8852	1266	14,3	875	9,9	2141	24,2

Medelåldern för personer med hemtjänst ligger över den förväntade livslängden och är 85,7 år för samtliga vårdtagare - 85,5 år för kvinnor och 83,6 år för män. De förhållandevis få samboende vårdtagarna (6 %) utgör en grupp som är mycket yngre (80 år) i genomsnitt, men har fler funktionsnedsättningar och större vård- och omsorgsbehov. Med stigande ålder ökar naturligtvis också andelen ensamboende. Bland personer med heldygnsomsorg är medelåldern nästan 89 år för kvinnor och 84 år för män.

Tabell 2: Medelålder för vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende

Kön	Medelålder
Kvinnor	86,5
Ensamboende kvinnor	86,9
Samboende kvinnor	80,1
Män	82,5
Ensamboende män	83,6
Samboende män	80,6
Samtliga	85,7

Tabell 3: Medelålder för vårdtagare med heldygnsomsorg

Kvinnor	Män
88,9	84,0

7 Socialt stöd

Registreringen av det sociala stödet på annat sätt än genom den offentliga omsorgen avser såväl hjälp till dagligt liv som sociala kontakter. Hjälpen har delats upp på hjälp med det dagliga livet (IADL³) och personlig omvårdnad (PADL⁴). Det har registrerats vilken kategori av hjälpare, t.ex. make/maka, barn osv., som man får hjälp av eller har kontakt med samt hur ofta insatserna eller kontakterna sker.

Uppgifterna grundar sig på personalens kunskap om dessa förhållanden och denna kan i många fall ha varit ofullständig. Ett annat problem är att uppgifter om de informella hjälpinsatserna saknas för en stor del av vårdtagarna (5 % - 60 % beroende på hjälpkategori och boendeform). Resultaten måste därför tolkas med försiktighet. Tabell 4 och Tabell 5 visar andelen ensam- resp. samboende män och kvinnor, som minst en gång i veckan får hjälp med det dagliga livet (IADL) resp. omvårdnad (PADL) från anhöriga och övriga närstående. Uppgifterna avser enbart personer i ordinärt boende och serviceboende. Av dem som har hjälp med aktiviteter som hör till det dagliga livet är 68 personer (8 %) sammanboende med den huvudsakliga hjälparen, av dem som har omvårdnadsinsatser 48 (6 %).

Som redan har lyfts fram i SNAC-K rapport Nr. 1 får en betydande andel av vårdtagarna hjälp med det dagliga livet (IADL) från olika grupper av närstående utöver den kommunala hjälpen. En uppdelning av datamaterialet på kön samt ensam- och samboende tyder på olika mönster för män och kvinnor. Mer än var femte man får hjälp med hushållssysslor eller transport/allmänna kommunikationer minst en gång i veckan men bara var tjugonde kvinna. Denna skillnad förklaras dock till största delen av män och kvinnors olika livssituation bland vårdtagarna. Män har i större utsträckning än kvinnor en samboende maka/make. En uppdelning av båda könen på ensam- och samboende visar att en majoritet av både samboende män och kvinnor regelbundet får hjälp med det dagliga livet av maka/make.

³ omfattar städning, matuppköp, transport/allmänna kommunikationer, matlagning och tvätt

⁴ omfattar bad/dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, inkontinens, födointag

Tabell 4: Andelen vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med IADL-aktiviteter av annan än offentlig omsorg minst en gång per vecka (%)

	Män ³			Kvinnor ⁴		
	Totalt	Ensam boende	Sam boende	Totalt	Ensam boende	Sam boende
Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av	n=192 ¹ uppgift saknas: 28-109	n=144 uppgift saknas: 6-74	n=37 uppgift saknas: 11-30	n=709 uppgift saknas: 30-390	n=644 uppgift saknas: 16-348	n=41 uppgift saknas: 8-25
Make/maka/	22	4 ⁵	87	5	1	76
Barn (motsv)	27	25	(43)	29	27	36
Syskon (motsv)	(5) ²	(6)	0	11	11	(5)
Annan anhörig	(5)	(7)	0	12	13	(5)
Grannar	11	12	0	9	10	0
Vänner	8	10	0	11	12	(6)
Privat betald hjälp	(3)	(4)	0	1	(1)	0
Frivillig organisation	0	0	0	(1)	(1)	0
Någon av ovanstående	46	34	87	40	36	84

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

³ Av 192 män är 44 samboende, 144 ensamboende och för 4 personer saknas det uppgift. Av de 44 samboende män bor 37 med maka/sambo, 1 med barn och 1 med annan person. För 5 personer saknas det uppgift om vem de bor tillsammans med.

⁴ Av 709 kvinnor är 644 ensamboende, 56 samboende och för 9 personer saknas det uppgifter. Av de 56 samboende kvinnor bor 41 med make/sambo, 5 med syskon, 5 med barn/svårdotter/svärson och 2 med annan släkting. För 3 av de samboende kvinnorna saknas det uppgifter om vem de bor tillsammans med.

⁵ god vän ("särbo")

En betydande del, cirka var fjärde av både män och kvinnor får praktisk hjälp av barn eller svärdotter/son. Den något högre andelen bland de samboende vårdtagarna hänger ihop med deras sämre funktionsförmåga. Det finns en tendens att kvinnor oftare får praktisk hjälp av syskon, grannar och vänner, men antalet personer i respektive kategori är för lågt för att dra säkra slutsatser. Generellt sett anlitar – enligt vad personalen vet – få personer bland dem som får

kommunal omsorg privat, egenbetald hjälp eller får hjälp med IADL-aktiviteter från frivilligorganisationer.

Samma mönster gäller för omvårdnadsinsatser vid sidan om kommunens hjälp. Det är dock generellt sett betydligt färre av vårdtagarna som får omvårdnadsinsatser av olika grupper närstående. Mycket få personer bland vårdtagarna betalar egen privat omvårdnad och ingen får sådana insatser från frivilligorganisation.

Tabell 5: Andelen vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med PADL-aktiviteter av annan än offentlig omsorg minst en gång per vecka (%)

Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av	Män ³			Kvinnor ⁴		
	Totalt n=192 ¹ Uppgift saknas: 24-106	Ensam boende n=144 Uppgift saknas: 6-67	Samboende n=37 uppgift saknas: 14-29	Totalt n=709 Uppgift saknas: 33-387	Ensam boende n=644 uppgift saknas: 17-399	Samboende n=41 uppgift saknas: 14-29
Make/maka	16	(3)	78	4	1	60
Barn (motsv.)	13	12	(22)	15	14	(12)
Syskon (motsv.)	0	0	0	5	4	0
Annan anhörig	0	0	0	3	3	0
Grannar	(2) ²	(2)	0	2	2	0
Vänner	0	0	0	3	3	0
Privat betald hjälp	(2)	(2)	0	(1)	(1)	0
Frivillig organisation	0	0	0	0	0	0
Någon av ovanstående	25	13	78	20	16	60

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

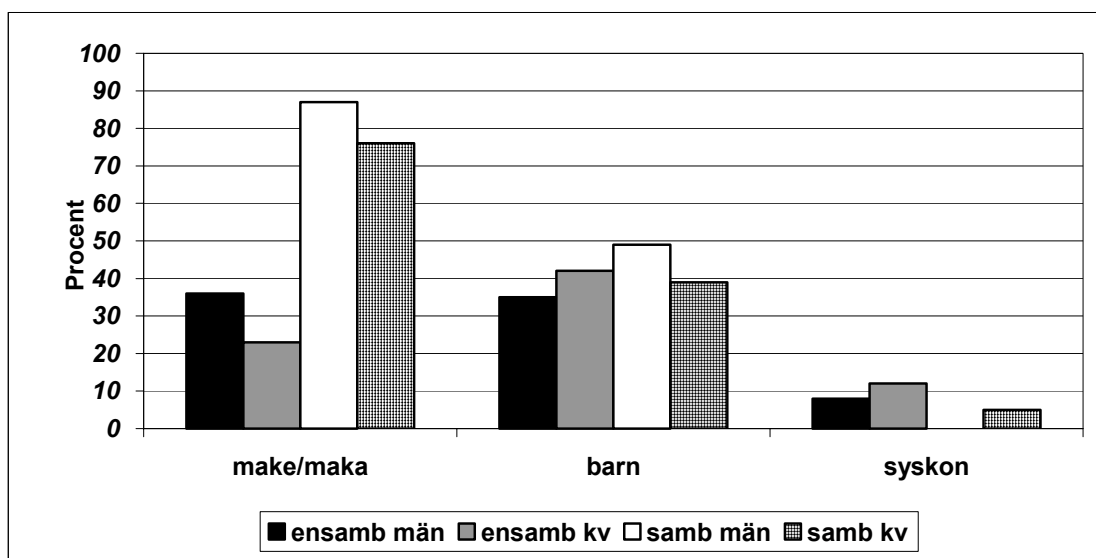
² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

³ Av 192 män är 44 samboende, 144 ensamboende och för 4 personer saknas det uppgift. Av de 44 samboende män bor 37 med maka/sambo, 1 med barn och 1 med annan person. För 5 personer saknas det uppgift om vem de bor tillsammans med.

⁴ Av 709 kvinnor är 644 ensamboende, 56 samboende och för 9 personer saknas det uppgifter. Av de 56 samboende kvinnor bor 41 med make/sambo, 5 med syskon, 5 med barn/svärdotter/svärson och 2 med annan släkting. För 3 av de samboende kvinnorna saknas det uppgifter om vem de bor tillsammans med.

Eftersom den informella hjälpen naturligtvis också beror på om man har tillgång till någon i kategorin ifråga redovisas i figur 2 och figur 3 andelen som får hjälp, för de som har en aktuell person för informell hjälp, även här uppdelad på kön och ensam- resp. samboende (jmf. även tabellerna 13 och 14 i bilaga 12.3).

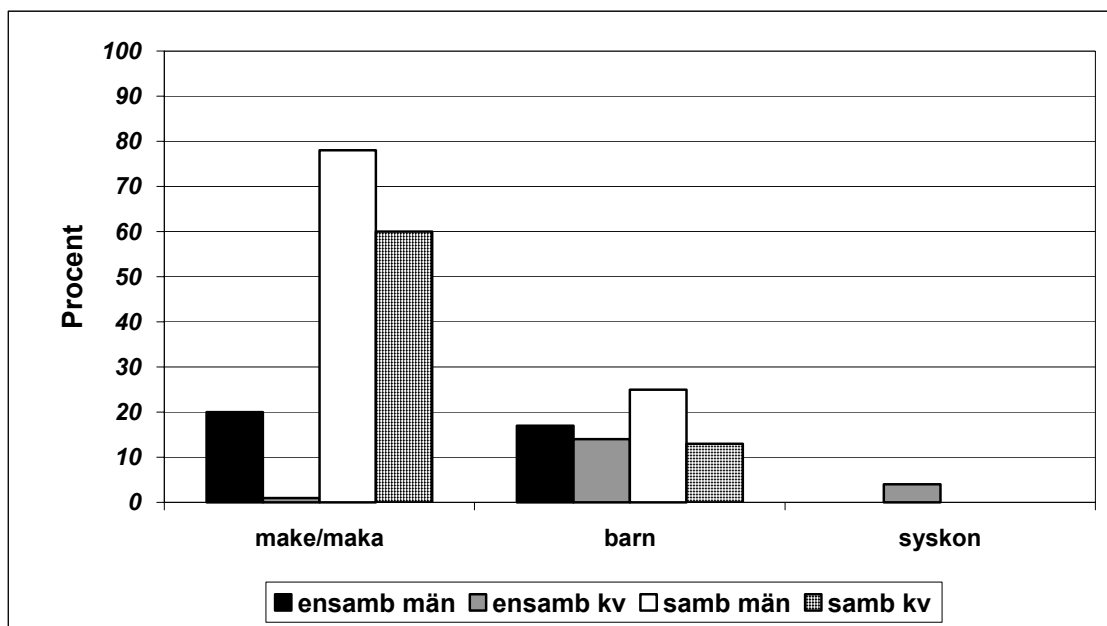
Figur 2: Andelen män och kvinnor i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med IADL-aktiviteter, av dem som har aktuell person



Som förväntat, ökar andelen som får hjälp av make/maka väsentligt, om man tar hänsyn till om vederbörande har någon sådan. Make/makan blir då den viktigaste hjälpkategori både bland män och bland kvinnor. Även efter en uppdelning efter ensam- och samboende kvarstår dock en viss skillnad mellan könen. Samboende män får i större utsträckning både praktisk hjälp (87 %) och hjälp med omvårdnad (78 %) av sin hustru/partner än tvärtom (76 % resp. 60 %). Eftersom bara 37 män och 41 kvinnor sammanbor med maka/make är det dock svårt att dra generella slutsatser. Tänkbara orsaker skulle kunna vara att männen i genomsnitt är något äldre och därmed kan ha sämre hälsa och funktionsförmåga. En annan möjlighet är att män i äldre kohorter traditionellt varit mindre engagerade i hushållsskötsel och omvårdnad av anhöriga.

Även när det gäller barnen blir andelen som får hjälp betydligt högre om man endast räknar med dem som har barn i livet. Både bland män och bland kvinnor får ungefär fyra av tio som har barn hjälp av dessa med hemmets skötsel eller liknande.

Figur 3: Andelen män och kvinnor i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med PADL-aktiviteter, av dem som har aktuell person



Personlig omvårdnad från barnen är inte lika vanlig, men cirka var femte vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende får sådan hjälp. När det gäller omvårdnadsinsatser vore det också intressant att veta könet på hjälparen. Dessa uppgifter saknas här men kommer att finnas i de nya baselinje-undersökningarna fr.o.m. som avser mars 2002.

Det bör noteras att anhörigas insatser till äldre generellt sett är väsentligt högre än vad som redovisas här eftersom här enbart registrerats personer som har varaktiga insatser från kommunen. Närståendes insatser till en äldre som inte har kommunal vård och omsorg syns därför inte i detta material. Även de redovisade andelarna av *vårdtagarna* underskattar troligen omfattningen av den hjälp närstående ger, eftersom personalen i många fall saknar uppgifter om

detta. Det går inte heller att uttala sig om hur vanligt förekommande privat egenbetald hjälp är *generellt* bland de äldre.

Många svenska och internationella studier har visat att sociala relationer har betydelse för hälsa och välbefinnande som dödlighet (för en översikt se Berkman & Glas, 2000; Miller & Weissert, 2000). Om man har en sammanboende make/maka har också visat sig vara av betydelse för att förutsäga flyttning till institution (Egleston m.fl. 1999; Szebehely, 1999). Tabell 6 visar att – enligt personalens uppfattning – så är det mer än var tredje vårdtagare, både bland män och kvinnor, som saknar regelbunden, någorlunda frekvent social kontakt med närstående.

Tabell 6: Andelen män och kvinnor som har social kontakt med olika kategorier närstående minst en gång per vecka

	Män			Kvinnor		
	Totalt n=285 ¹ Uppgift saknas: 13-166	Ensam boende n=222 Uppgift saknas: 7-95	Sam boende n=43 uppgift saknas: 1-34	Totalt n=1192 Uppgift saknas: 38-608	Ensam boende n=1075 Uppgift saknas: 25-407	Sam boende n=46 Uppgift saknas: 2-29
Make/maka	29	11	95	8	3	100
Barn/svärdotter /svärson	38	35	73	40	39	68
Syskon	11	8	(30) ²	20	19	25
Annan släkting	11	13	(8)	22	23	34
Granne	14	14	0	26	26	38
Vän	12	12	0	26	25	40
Någon av ovanstående	62	50	100	63	61	100

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

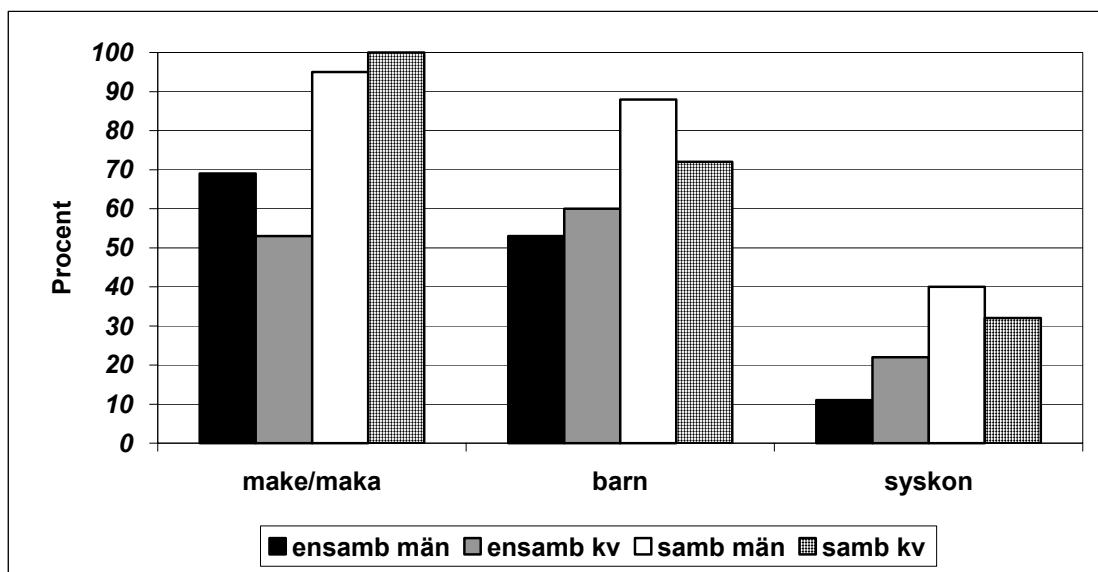
² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

De vanligaste kontakterna är med egna barn eller svärdotter/svärson, men även syskon och andra släktingar samt vänner och grannar spelar en viktig roll. Kvinnor har, enligt personalens

uppgifter, ett något bredare kontaktnät än män med fler kontakter till andra närstående än make och barn. Medan ungefär var fjärde till femte kvinnlig vårdtagare träffar syskon, andra släktingar, grannar eller vänner minst en gång i veckan är det endast var nionde till tionde av de manliga som har kontakt med dessa närstående grupper. I synnerhet samboende män verkar koncentrera sina sociala kontakter till maka och barn medan ensamboende män löper störst risk att sakna någorlunda regelbunden kontakt med närstående. Det bör återigen betonas att vårdtagarnas kontakter generellt kan vara underskattade då uppgifterna är baserade på vad personalen uppgivit och känner till. Även i denna fråga saknas också uppgifter för många personer.

Beräknar man resp. andelar endast utifrån de personer, som har någon person i resp. kategori blir, som framgår av figur 4, andelarna med kontakt något högre, men samma mönster som ovan kvarstår för båda könen (jfr tabell 15 i bilaga 12.3.).

Figur 4: Andelen män och kvinnor som har social kontakt med olika kategorier närstående minst en gång per vecka av dem som har person i resp. kategori



8 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 samt psykosociala behov. Med hjälp av de registrerade variablerna är det sedan möjligt att konstruera olika index som kan ligga till grund för en klassificering av vårdtagarna i olika grupper (jfr kapitel 3.2 och bilaga 12.1).

8.1 Instrumentell och personlig ADL

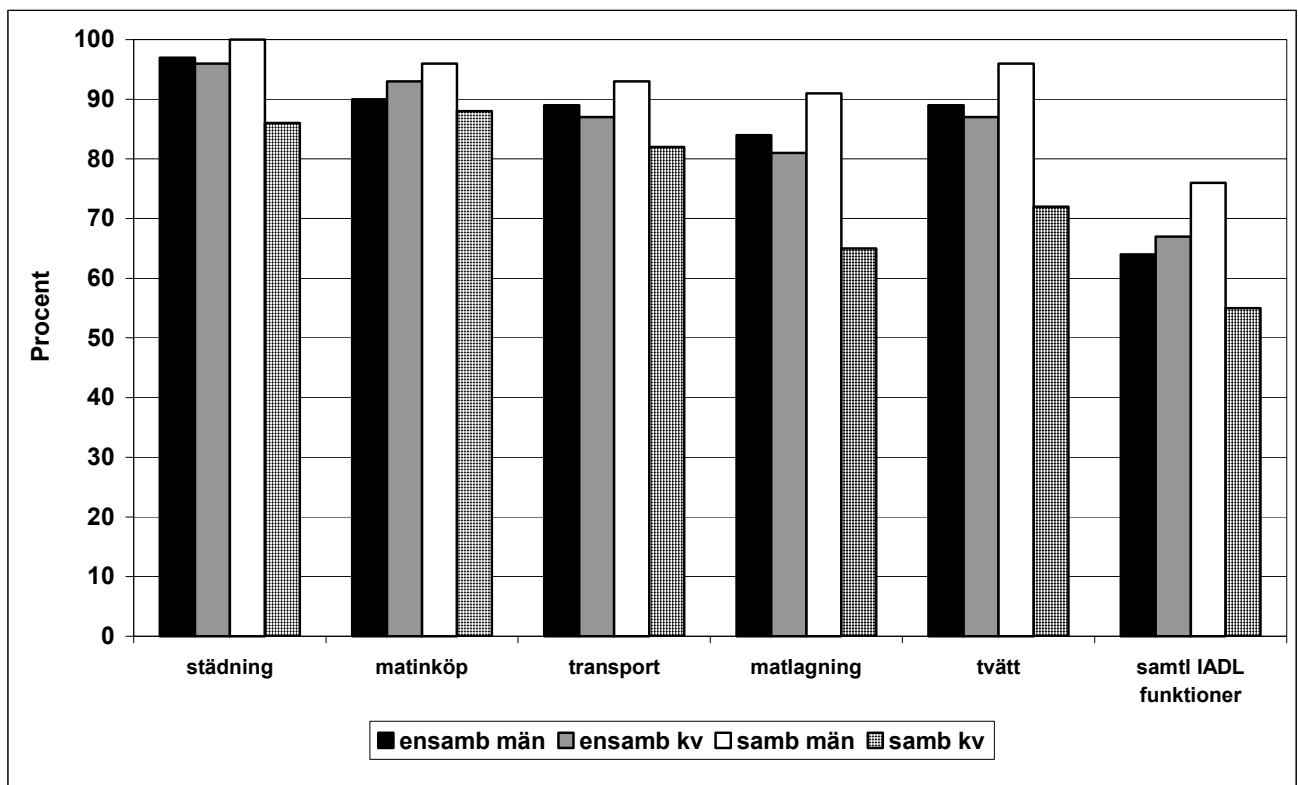
I figurerna 5 och 6 visas andelen ensam- resp. samboende män och kvinnor i samtliga boendeformer, som är beroende eller delvis beroende, när det gäller olika aktiviteter för dagligt liv (ADL) – instrumentella och personliga (jfr även tabell 16 och tabell 17 i bilaga 12.3). Som framgår av figur 5 och 6 är den övervägande delen av vårdtagarna delvis eller helt beroende av hjälp för samtliga IADL-aktiviteter. För de som har heldygnsomsorg gäller detta så gott som alla. Könsskillnaderna i andel vårdtagare som är beroende av hjälp med olika IADL-aktiviteter är i allmänhet obetydliga.

En uppdelning av de registrerade vårdtagarna på ensam- och samboende visar däremot skilda mönster för män och kvinnor. Bland ensamboende vårdtagare är andelen beroende för olika IADL-aktiviteter ungefär lika stor för män och kvinnor - mellan drygt 80 och 100 procent. Resultaten kan tolkas som ett tecken på att kön bland de ensamboende inte spelar någon roll för tilldelningen av kommunal vård och omsorg.

Bland de samboende är däremot män i högre grad beroende än kvinnor när det gäller olika sysslor i hushållet samt transport/allmänna kommunikationer. Detta antyder att tröskeln för att söka och få hjälp från kommunen i genomsnitt är högre för männen som har en (ofta något yngre) maka i livet, eftersom chansen då ökar att kunna klara det dagliga livet med denna hjälp. Den något lägre andelen beroende för olika IADL-aktiviteter bland samboende kvinnliga vårdtagare speglar deras sämre möjligheter att få hjälp inom det egna hushållet innan den kommunala vården

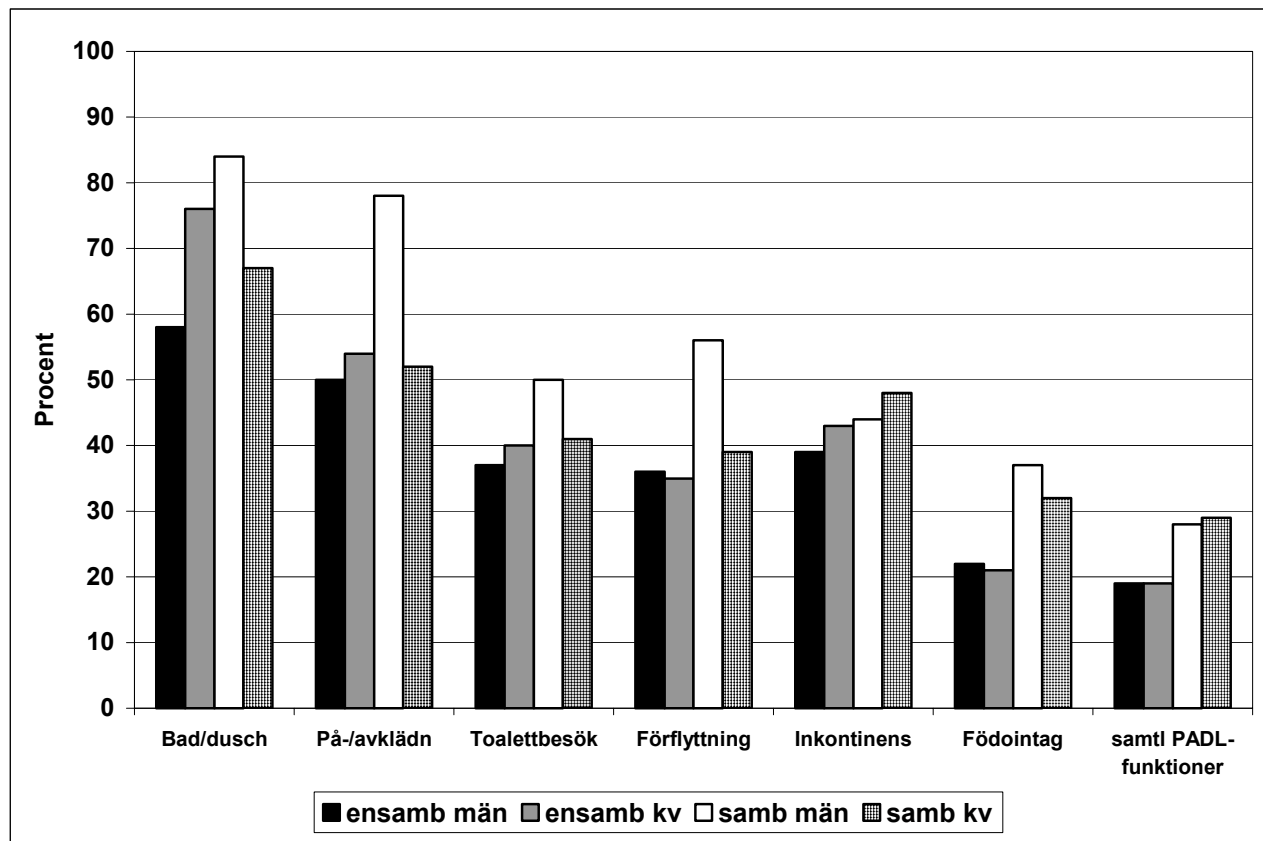
och omsorgen träder in. Maken är oftast äldre och har fler funktionsnedsättningar. De särskilt stora könsskillnaderna i andelen samboende vårdtagare som inte klarar matlagning beror förmodligen mer på män och kvinnors olika kunskaper om matlagning snarare än på skillnader i fysisk funktionsförmåga. Matlagning är troligen den IADL-aktivitet som påverkas mest av traditionella könsroller.

Figur 5: Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika IADL-aktiviteter



Figur 6 visar motsvarande andelar för de personliga ADL-variablerna. Drygt hälften av vårdtagarna med heldygnsomsorg, både bland män och kvinnor, men bara knappt sex procent av vårdtagarna i ordinärt eller serviceboende är delvis eller helt beroende för samtliga PADL-aktiviteter. Andelen beroende växer – som teorin säger att den skall göra – med stegen i ADL-trappan med undantag för inkontinens. Även när det gäller personlig omvårdnad existerar inga större könsskillnader i andelen beroende bland de ensamboende. Bland samboende vårdtagare är det, med undantag för inkontinens, återigen männen som är i högre grad beroende än kvinnor.

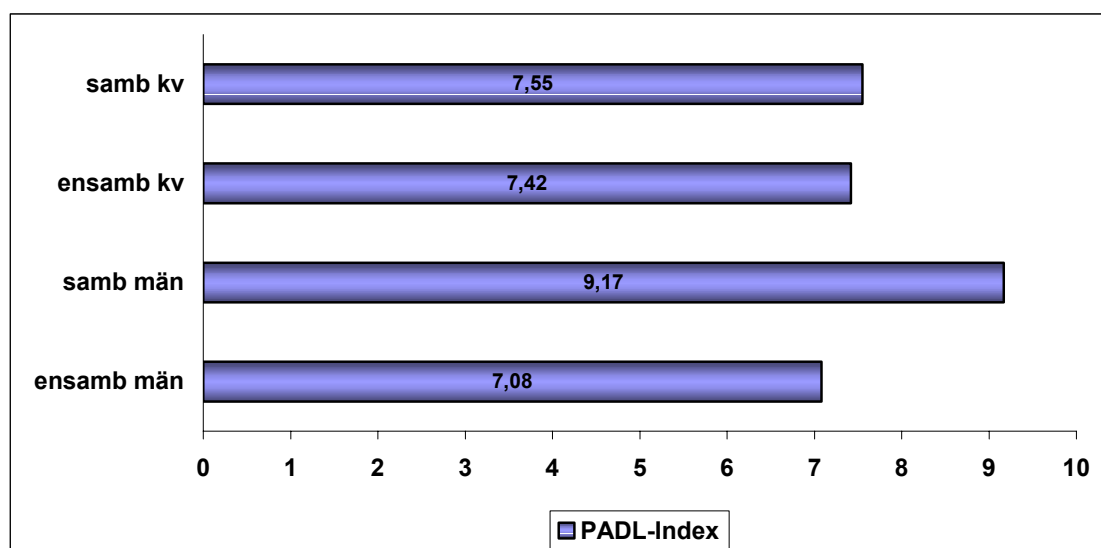
Figur 6: Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika PADL-aktiviteter



Bland dem som får kommunal vård och omsorg är det således samboende män som i största utsträckning är beroende när det gäller såväl instrumentella som personliga aktiviteter för dagligt liv – både jämfört med samboende kvinnor och med ensamboende av båda könen. Könsskillnader i andelen beroende personer bland de samboende gäller framför allt det ordinarie boendet och servicehusen. Resultaten kan tolkas som ett tecken på att man så långt som möjligt försöker klara det dagliga livet med hjälp av make/maka innan man söker och får kommunal hemhjälp. Samboende män har i större utsträckning en (i många fall något yngre) maka som de får hjälp av, framför allt med olika hushållssysslor, vilket speglas av de högre andelar samboende män bland vårdtagarna som är beroende för dagliglivets olika aktiviteter jämfört med samboende kvinnor.

De personliga ADL-variablerna (utom bad/dusch) har använts 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. Indexet kan anta värden mellan 0 och 23 och högre värden innebär starkare nedsättning. En jämförelse av medelvärden för PADL-indexet visar vissa könsskillnader, men även här endast bland de samboende. Spridningen är dock stor i alla fyra grupper. Av figur 7 framgår återigen en tendens att samboende män, som till största delen bor i ordinärt boende eller i servicehus, i genomsnitt är något mer nedsatta än samboende kvinnor och ensamboende av båda könen.

Figur 7: PADL-Index för ensam- resp. samboende män och kvinnor



8.2 Andra fysiska symptom: Rörelsehinder, hörsel, syn, yrsel, smärta

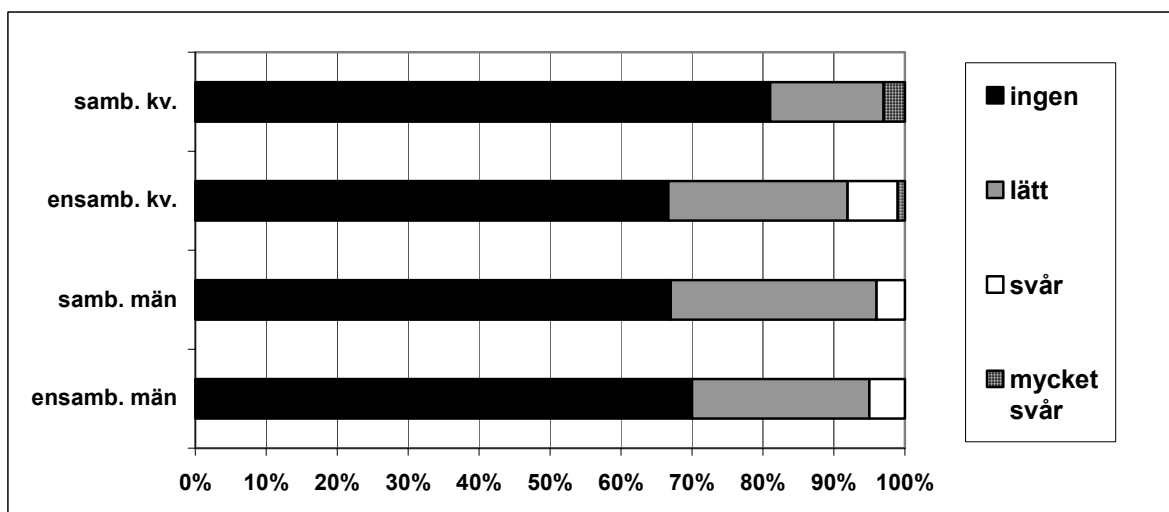
När det gäller andelen personer med svåra rörelsehinder, svåra hörsel- eller synproblem samt yrsel finns generellt sett inga större könsskillnader (se tabell 17 i bilaga 12.3). Uppgifter saknas huvudsakligen för vårdtagare i det ordinära boendet. Internbortfallet medför att det redan låga antalet samboende blir ännu lägre, vilket gör det svårt att uttala sig om skillnader mellan ensam- och samboende, i synnerhet när det gäller andelen med svåra syn- och hörselproblem. Cirka 8 till 9 procent av vårdtagarna har svåra hörselproblem eller är helt döva. Runt var tionde har svåra synnedsättningar eller är helt blind. När det gäller rörelsehinder kan drygt hälften bland både män

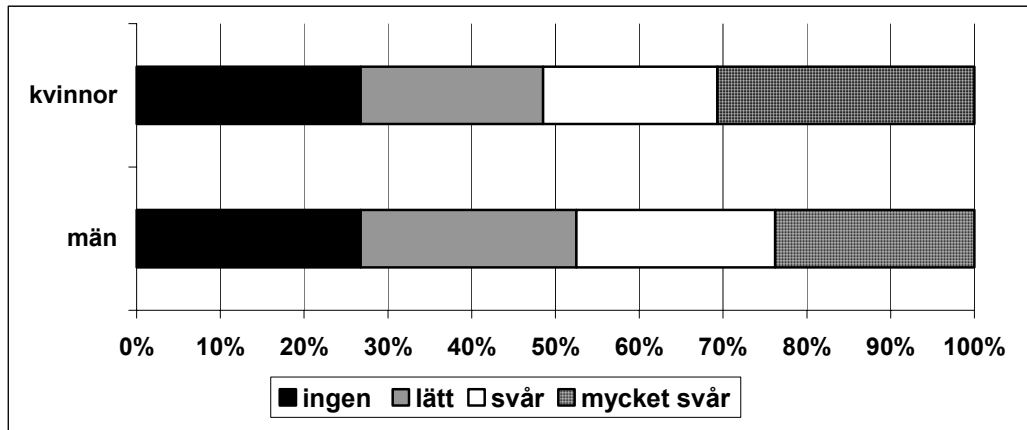
och kvinnor enbart gå inomhus eller är rullstolsburna. Mellan 15 och 20 procent av vårdtagarna lider av ofta återkommande yrsel. Periodvis svår eller ständig smärta bland vårdtagarna rapporteras dubbelt så ofta för kvinnor (21 %) som för män (11 %).

8.3 Kognitiv nedsättning

Kognitiv nedsättning bedöms i SNAC-Kungsholmen protokollet i fyra nivåer, som erhållits genom sammanslagning av den s.k. Berger-skalan. Uppgift saknas för cirka 20 procent av vårdtagarna – huvudsakligen de i ordinärt boende. Figurerna 8 och 9 nedan visar fördelningen för vårdtagare i ordinärt eller serviceboende resp. heldygnsomsorg. Inga större könsskillnader eller skillnader mellan ensam- och samboende finns när det gäller andelen personer med olika grad av kognitiv nedsättning. Skillnaderna i förekomsten av kognitiv nedsättning är istället mycket slående mellan boendeformerna. Endast ett fåtal personer i ordinärt och serviceboende har mycket svår kognitiv nedsättning, medan detta gäller för nästan en tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg (se tabell 19 och tabell 20 i bilaga 12.3). Av de mycket svårt kognitivt nedsatta beräknas endast sex procent bo i ordinärt eller serviceboende. Inkluderar man även kategorin ”svårt nedsatta” ökar motsvarande andel till 20 procent.

Figur 8: Kognitiv nedsättning för vårdtagare i ordinärt eller serviceboende





Figur 9: Kognitiv nedsättning för vårdtagare med heldygnsomsorg

8.4 Psykosociala problem

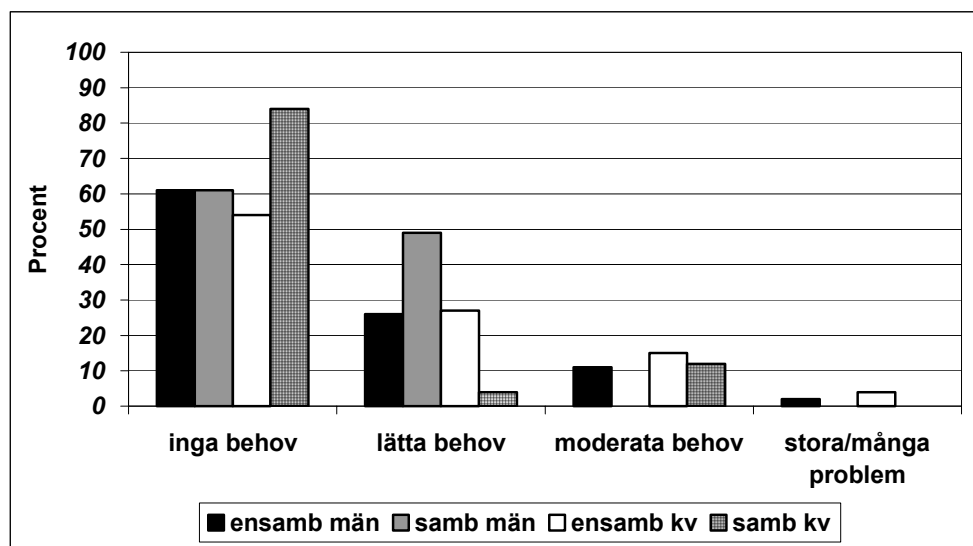
Indikatorer på psykosociala problem utgörs i SNACK-protokollet av uppgifter om oro och nedstämdhet samt beteende som av personalen upplevts svårt att hantera i den dagliga omvårdnaden. Angivna andelar avser svåra, ofta återkommande besvär (nivå 2-3). Uppgifter saknas även här för omkring en fjärdedel av vårdtagarna. Högst, nästan 40 procent, är andelen med svåra besvär bland samboende personer som till största delen bor i ordinärt boende eller serviceboende. Samtliga tre indikatorer visar ungefär lika fördelningar för båda könen (se tabell 20 och tabell 21 i bilaga 12.3) Mellan 15 och 20 procent av de registrerade vårdtagarna lider av svår oro resp. nedstämdhet. I cirka 10 procent av fallen har det under senaste månaden förekommit periodvis eller ständig beteende hos vårdtagaren som personalen upplevt som svårt eller mycket svårt att hantera.

Samtliga dessa tre symtom samvarierar med kognitiv nedsättning och skillnaderna finns även här snarare mellan vårdtagare i olika boendeformer än mellan könen. Vårdtagare, som personalen har upplevt som svårt eller mycket svåra att hantera, rapporteras för cirka en tredjedel av männen och 20 procent av kvinnorna som har heldygnsomsorg, men bara i enstaka fall bland vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende. En tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg lider även

av svår oro resp. nedstämdhet, medan andelarna är något lägre i ordinärt resp. serviceboende, uppskattningsvis mellan 10 och 20 procent. Eftersom dessa besvär endast registrerats för ett fåtal individer bland de samboende, är det inte möjligt att uttala sig om könsskillnader bland dessa och inte heller om skillnader mellan ensamboende och samboende vårdtagare.

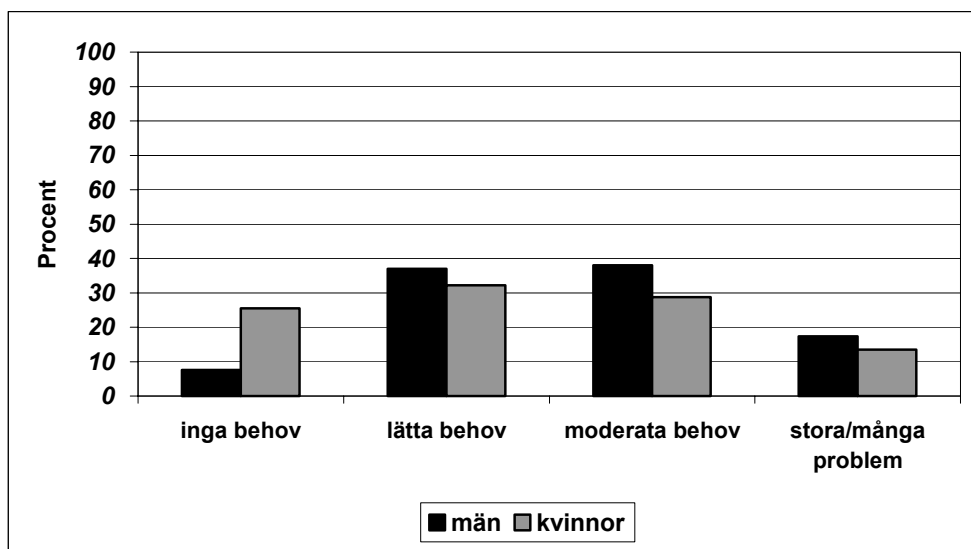
Det har visat sig genom en faktoranalys att de tre ovannämnda variablerna (oro/otrygghet, nedstämdhet och svårhanterligt beteende) hör väl ihop och beskriver en gemensam dimension (se bilaga 12.2). Det innebär till exempel att personer som lider av periodvis svår nedstämdhet i genomsnitt även tenderar att lida av oro/otrygghet samt bete sig på ett för personalen svårhanterligt sätt. Variablerna har sammanslagits till ett summerat index och vårdtagarna har därefter delats in i olika grupper. Av figur 10 framgår att majoriteten av vårdtagarna i ordinärt boende eller serviceboende inte har några psykosociala problem av detta slag (jfr även tabell 23 och tabell 24 i bilaga 12.3). Drygt var femte ensamboende har lätta problem, cirka 10 procent moderata problem och bara ett fåtal personer uppges ha stora/många psykosociala problem. P.g.a. bortfall på de ingående variablerna finns det bara uppgifter för 27 samboende män och 29 samboende kvinnor. Det går därför inte att dra några säkra slutsatser om huruvida förekomsten av psykosociala problem är vanligare bland ensamboende män eller kvinnor.

Figur 10: Psykosociala problem bland vårdtagare i ordinärt eller serviceboende



Figur11 visar att psykosociala problem hos vårdtagare med heldygnsomsorg är något vanligare bland män än bland kvinnor. Cirka 4 av 10 kvinnor har inga behov, men bara knappt 1 av tio män. Runt en tredjedel uppges ha lätta psykosociala behov, mellan 30 och 40 procent moderata och cirka 15 procent stora/många behov.

Figur 11: Psykosociala problem bland vårdtagare med heldygnsomsorg



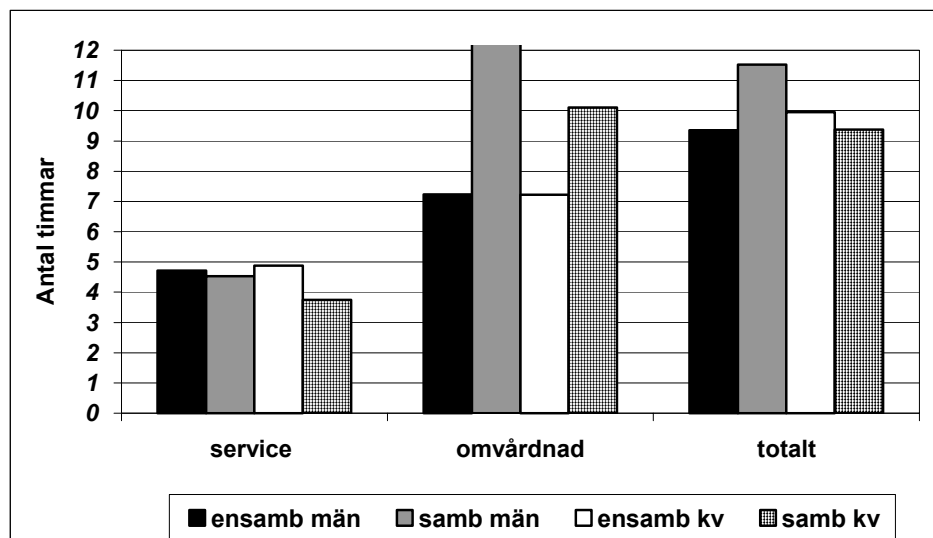
9 Beslutat bistånd enligt Socialtjänstlagen

Registreringen av beslutat bistånd enligt Socialtjänstlagen omfattar registrering av beslutad särskild boendeform, hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende (timmar per vecka samt kväll och natt) samt olika särskilda insatser såsom matdistribution, trygghetslarm och korttidsboende.

9.1 Hemhjälp, trygghetslarm, matdistribution och korttidsboende

Den beviljade hemhjälp – service - och omvårdnadsinsatser – för vårdtagare i ordinärt och serviceboende framgår av figur 12 (jfr tabell 25 i bilaga 12.3). Medelvärdet för hemtjänstinsatsen, mellan 9 och 10 timmar per vecka, stämmer väl överens med det som uppmätts i de olika studier som gjorts av biståndshandläggningen i olika stadsdelar i Stockholm. Det finns inga könsskillnader bland ensamboende vårdtagare. Bland de samboende får män i genomsnitt 11 och kvinnor 9 timmar hemtjänst i veckan. Antalet samboende vårdtagare är dock för lågt för att kunna dra generella slutsatser om eventuella könsskillnader. Det finns en tendens till att omvårdnaden utgör en större andel av insatserna bland samboende av båda könen. Detta tyder på att en samboende partner möjligtvis kan klara hushållsgöromål, transport och matinköp för sin make/maka, men i mindre utsträckning att sköta dennes personliga omvårdnad. Det kan noteras att omfattningen av den beviljande hemtjänsten snarare varierar mellan boendeformerna än mellan könen. Insatserna är genomgående större i serviceboende än i ordinärt boende, vilket inte kan förklaras med större behov (jfr SNAC-K rapport Nr. 1).

Figur 12: Genomsnittlig antal timmar hemtjänst bland personer i ordinärt och serviceboende



Det totala genomsnittliga antalet timmar överensstämmer inte med summan av genomsnittet för service och omvårdnad beroende på att medelvärdena för resp. typ av insats avser de som får insatsen ifråga.

Tabell 7 nedan visar andelen män och kvinnor samt ensam- och samboende som får hemhjälp kvällar och nätter eller särskilda insatser såsom matdistribution, trygghetslarm och korttidsboende. Runt var fjärde av samtliga vårdtagare får hemhjälp kvällstid och mellan 2 och 4 procent även nätter. Skillnader finns även här snarare mellan boendeformerna än mellan könen resp. ensam- och samboende. Både hemhjälp kvällar och nätter beviljas – oavsett vårdberoende – oftare för vårdtagare i servicehus (36 % resp. 10 %) än för dem i ordinärt boende (23 % resp. 3 %).

Som förväntat är både kroppsburet trygghetslarm och matdistribution vanligare bland ensamboende (50 % resp. 38 %) än bland samboende (38 % resp. 21 %). Korttidsboende förekommer oftare för samboende (13 %) än för ensamboende (4 %).

Drygt var tionde vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende får hemtjänst över 20 timmar per vecka, oberoende av kön eller om man sammanbor med make/maka. Detta är återigen ett

tecken på att en samboende make/maka kan kompensera för vårdtagarnas egna funktionsnedsättningar till viss del, men när vård- och omsorgsbehoven blir mycket omfattande har samboende vårdtagare i genomsnitt ungefär lika mycket hemhjälp som ensamboende.

Tabell 7: Insatser enligt SoL i ordinärt boende och serviceboende (%)

Andel m insatser	Totalt	Ensam boende n=788 ¹ uppgift saknas: 11-85	Sam boende n=100 Uppgift saknas: 3-8	Män n=192 Uppgift saknas: 5-17	Kvinnor n=709 Uppgift saknas: 17-82
Hemhjälp, kvällar	25	26	18	22	26
Hemhjälp, nätter	4	4	(1) ²	2	4
Andel med hemhjälpsinsatser > 20 tim/vecka	12	12	11	10	13
Kroppsburet trygghetslarm	49	50	38	45	49
Matdistribution	36	38	21	39	35
Korttidsboende	5	4	13	5	5

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

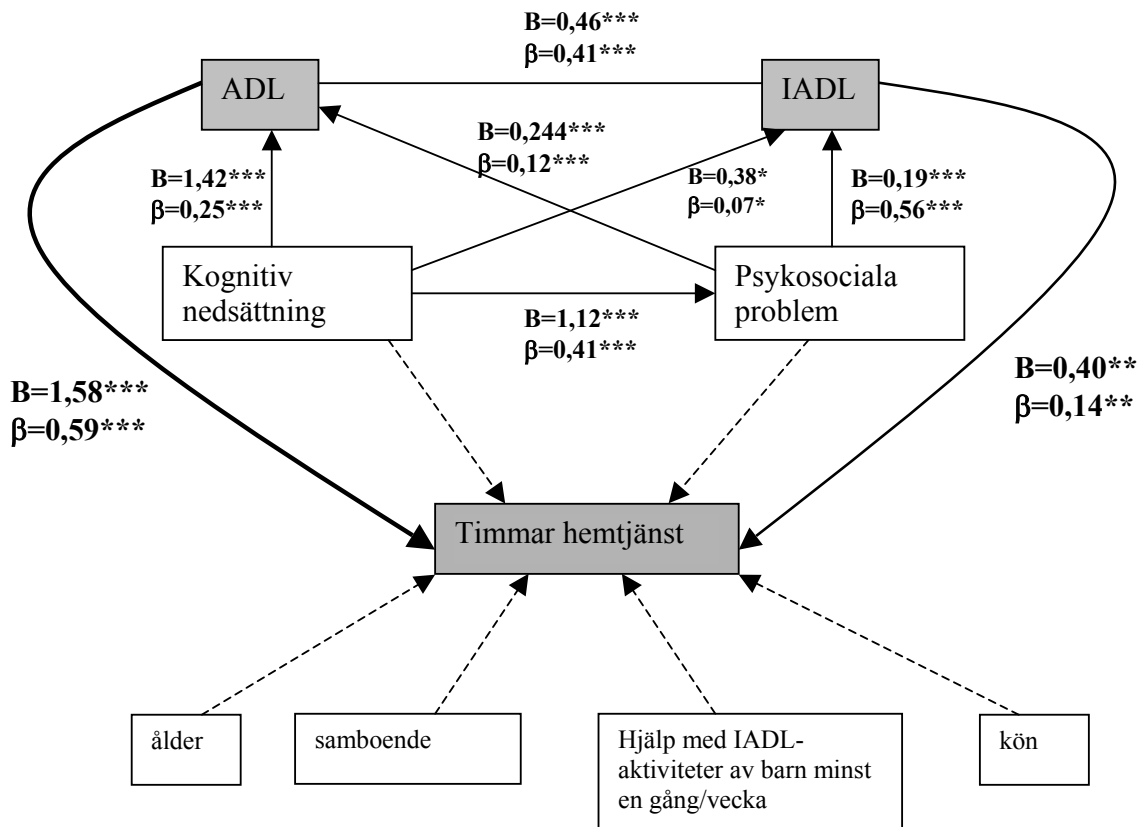
9.2 Vilka faktorer avgör omfattningen av hemtjänstinsatser?

Med hjälp av linjär regressionsanalys har studerats hur olika faktorer påverkar tilldelningen av hemtjänst bland vårdtagare i ordinärt eller serviceboende. Figurerna 13 till 15 nedan visar direkta och indirekta samband mellan tilldelning av hemtjänst och olika dimensioner av vårdberoendet samt bakgrundsvariablerna kön, ålder, om man är samboende eller inte och om man får hjälp av barn med IADL-aktiviteter minst en gång i veckan. Vid tolkning av resultaten är det viktigt att komma ihåg, att populationen endast består av personer som *får* hemtjänst. Det är således inte

möjligt att avgöra vilka faktorer som påverkar *om* man får hemtjänst eller inte, utan endast vad som avgör *omfattningen* bland dem som har tilldelats insatser.

Figur 13 illustrerar en förklaringsmodell för samtliga vårdtagare. De faktorer som starkast och signifikant påverkar tilldelningen av hemtjänst – givet alla andra ingående bakgrundsfaktorer – är beroendet vid personlig och instrumentell ADL. B-värdet 1,58 betyder att vårdtagare med varje ytterligare steg på ADL-indexet (skala från 0-17) i genomsnitt får en och en halv timme mer hemtjänst. Med varje ytterligare steg på IADL-indexet får man i genomsnitt drygt 20 minuter (0,4 timmar) mer hemtjänst. Koefficienten β används vanligen som ett ungefärligt mått när man vill jämföra effekten av faktorer med olika måttenheter (t.ex. steg på ADL-skala, ålder osv.) på en beroende variabel, i det här fallet antal timmar hemtjänst per vecka. Kognitiv nedsättning och psykosociala behov visar sig – givet ADL- och IADL-beroende – inte ha något direkt samband med omfattningen av tilldelade hemtjänstinsatser utan har snarare en indirekt effekt genom att påverka ADL-beroendet. Vårdtagarna får alltså inte extra hemtjänst enbart på grund av kognitiv nedsättning utan endast i den mån detta påverkar deras förmåga att klara framför allt personlig ADL. Kognitiv nedsättning är dessutom relativt starkt kopplad till psykosociala problem, vilka i sin tur hänger ihop med såväl IADL- som ADL-beroendet. Andra faktorer såsom vårdtagarnas ålder och kön, bostadsförhållanden, socialt stöd och om man bor ensam eller ej visar inget samband med omfattningen av beviljad hemtjänst. Har man alltså tagit steget från att inte ha hemtjänst till att få hemtjänst är förmågan att klara personlig ADL och i viss mån IADL den mest väsentliga faktorn som påverkar omfattningen av hemtjänst.

Figur 13: Faktorer som påverkar hur många timmar hemtjänst en vårdtagare i ordinärt eller särskilt boende får (män och kvinnor, n=431)



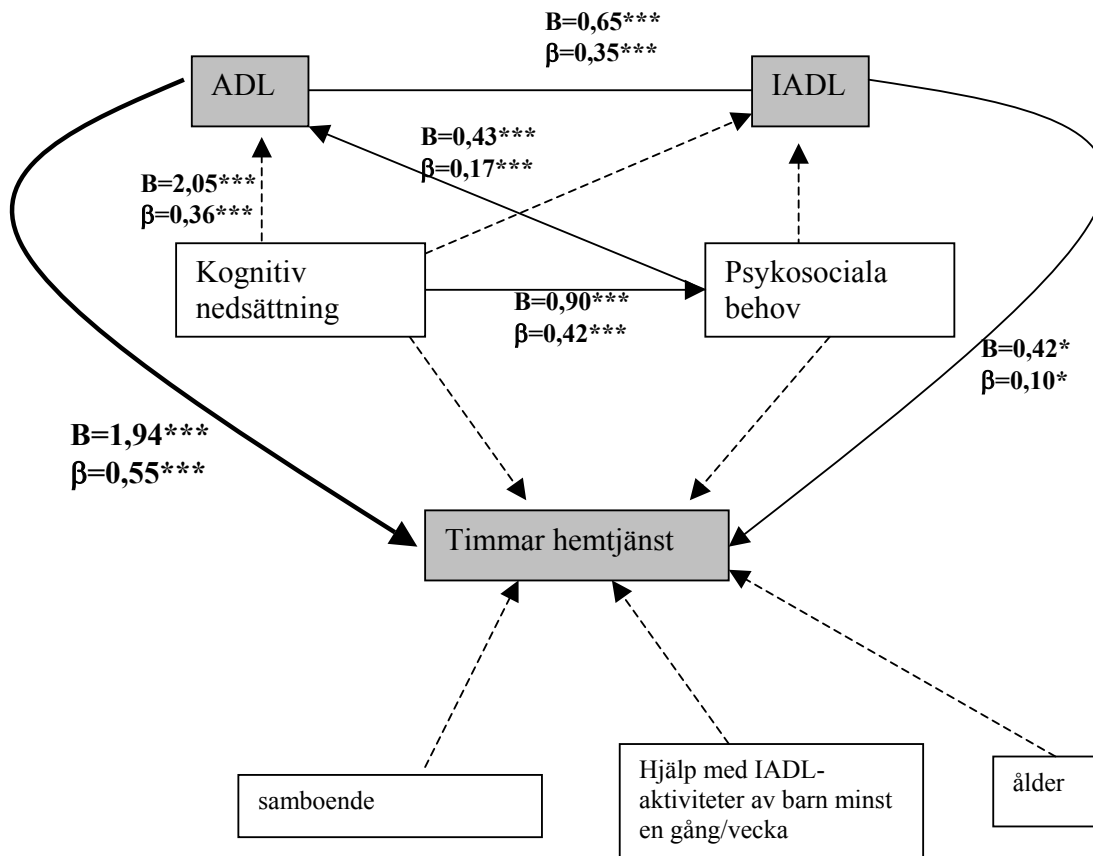
* : sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är $< 5\%$
 ** : sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är $< 1\%$
 ***: sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är $< 0,1\%$

\longrightarrow Starkt signifikant sambandet mellan variabler
 \longrightarrow Signifikant samband mellan variabler
 \dashrightarrow Inget signifikant samband mellan variabler

Figurerna 14 och 15 visar modellerna separat för män och kvinnor. Givet vårdbehov och kognitiv nedsättning gäller ungefär samma mekanismer för tilldelning av hemtjänst för båda könen. IADL-beroendet visar visserligen inget signifikant samband med omfattningen av hemtjänst, men

detta kan bero på att det ingår 435 kvinnor men bara 83 män i regressionen. En annan skillnad är att, bland kvinnor, psykosociala problem inte signifikant påverkar ADL-beroendet.

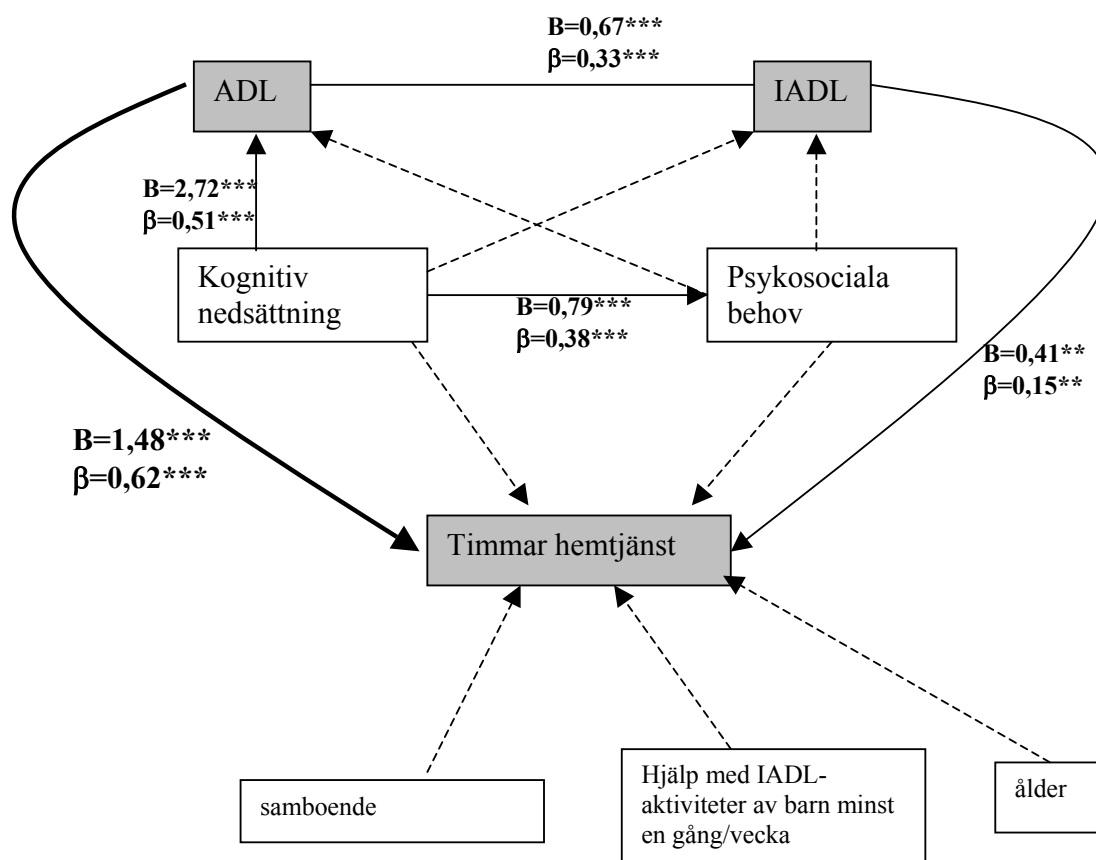
Figur 14: Faktorer som påverkar hur många timmar hemtjänst en vårdtagare i ordinärt eller särskilt boende får (män, n=84)



* : sannolikheten sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 5 %
 ** : sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 1 %
 ***: sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 0,1 %

—————> Starkt signifikant sambandet mellan variabler
 —————> Signifikant samband mellan variabler
 - - - - -> Inget signifikant samband mellan variabler

Figur 15: Faktorer som påverkar hur många timmar hemtjänst en vårdtagare i ordinärt eller särskilt boende får (kvinnor, n=435)



- * : sannolikheten sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 5 %
- ** : sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 1 %
- ***: sannolikheten att sambandet i materialet har uppkommit av slump är < 0,1 %
- > Starkt signifikant sambandet mellan variabler
- > Signifikant samband mellan variabler
- - - - -> Inget signifikant samband mellan variabler

Resultaten tyder på att det kan finnas olika mekanismer när det är frågan om vem som *över huvud taget* beviljas hemtjänst (hela populationen 65 år och äldre) jämfört med frågan om vad som

avgör *omfattningen* av hemtjänst bland vårdtagarna. Tidigare forskning har t.ex. visat att det har betydelse för beviljandet av hemtjänst om man har en sammanboende make/maka eftersom detta ökar chansen att klara sig med dennes hjälp (Larsson & Thorslund, 2000). Tröskeln för samboende verkar vara högre när det gäller att över huvud taget få hemtjänst beviljat. Men bland de personer som får hemtjänst har det däremot ingen betydelse för omfattningen, om man är ensamboende eller samboende, man eller kvinna, eller har barn som minst en gång i veckan hjälper till med hushållssysslor, matinköp och transport.

Spridningen i IADL-beroendet mellan vårdtagarna är ganska liten. Mellan 70 och 100 procent av vårdtagarna är delvis eller helt beroende när det gäller olika hushållssysslor, matinköp och allmän transport. Denna relativa homogenitet bland vårdtagarna när det gäller förmågan att klara IADL-aktiviteter gör att IADL-beroendet inte är en särskild stark prediktor för antalet timmar hemtjänst per vecka. IADL-beroendet är dock sannolikt en viktig inkörsport för att över huvud taget bli beviljad hemtjänst.

10 Pågående insatser enligt HSL (hemsjukvård och hemrehabilitering)

Registrering av hemsjukvård har endast gjorts för personer som bor i ordinärt boende eller serviceboende. Cirka en tredjedel av vårdtagarna är inskrivna i hemsjukvården. Inga skillnader finns med avseende på kön eller ensam- resp. samboendet. En liten andel, runt var tjugonde med hemsjukvård, får insatser på natten, något fler på kvällstid.

Tabell 8: Andel med hemsjukvård (%)

	Samtliga	Män	Kvinnor	Ensam boende	Sam boende
Andel inskrivna i hemsjukvården	33	36	32	33	30

Andel av vårtagare med hemsjukvård som har...

Hemsjukvård, kväll	8	12	7	8	4
Hemsjukvård, natt	4	6	4	4	4

11 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 – kön, ensam- resp. samboendet och vårdberoendet. Vårdkonsumtionen avser perioden februari – augusti 2001. Tabell 8 visar genomsnittligt antal vårddagar i slutet akut sjukvård för vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende givet graden av funktionsnedsättning. Män har i genomsnitt något färre vårddagar i slutet akutvård än kvinnor, ungefär 4 jämfört med ungefär 6. Antalet vårddagar har inget samband med graden av funktionsnedsättning för män, medan vårddagarna ökar med ökad funktionsnedsättning bland kvinnorna. Anmärkningsvärd är den stora könsskillnaden i antalet vårddagar bland de samboende – ungefär 3 dagar för män och 9 dagar för kvinnor. Eftersom både antalet personer i dessa grupper är relativt begränsat och mätperioden endast avser 6 månader kan dessa skillnader dock mycket väl ha uppkommit av slump.

Tabell 9: Genomsnittlig antal vårddagar i slutet akut sjukvård för vårdtagare i ordinärt eller serviceboende uppdelat på kön samt ensam- och samboende

Funktions Nedsättning	Män			Kvinnor		
	Totalt N=192	Ensam boende n=144	Sam boende n=37	Totalt n=709	Ensam boende n=644	Sam boende n=41
Ingen el. lätt	4,0	4,4	4,1	2,4	2,3	4,3
Måttlig el. nedsatt	3,4	1,0	3,6	5,7	4,4	13,0
Mycket el. helt nedsatt	3,9	11,8	4,6	6,1	9,6	0
Samtliga	3,6	3,1	2,8	5,6	5,6	9,2

När det gäller antalet vårddagar i slutna sjukvård för personer som har heldygnsomsorg är könsskillnaderna omvända jämfört med ordinärt eller serviceboende. Kvinnor med heldygnsomsorg har färre vårddagar än män och skillnaden är ännu större om man jämför kvinnor med heldygnsomsorg med dem i ordinärt eller serviceboende. Män har alltså ungefär lika många vårddagar, i genomsnitt mellan 3 och 4, oberoende av boendeform, medan kvinnor med heldygnsomsorg endast har ungefär 2 vårddagar jämfört med ungefär 6 för kvinnor som bor i ordinärt eller serviceboende. Orsaken till detta mönster kräver närmare analyser som inte enbart kan baseras på registerdata och det befintliga SNAC-K vårdsystem protokollet. Generellt sett finns två möjliga förklaringar till att personer med heldygnsomsorg har färre vårddagar i akutsjukvård än dem i ordinärt eller serviceboende. Det kan antingen vara så att deras behov av sjukvård på ett bra sätt redan kan tillgodoses i det särskilda boendet. Den andra möjligheten är att deras behov av akut slutna sjukvård underskattas eller inte tillgodoses i lika utsträckning som för personer i ordinärt eller serviceboende.

Tabell 10: Genomsnittlig antal vårddagar i slutna akut sjukvård för vårdtagare med heldygnsomsorg

Funktionsnedsättning	Män n=93	Kvinnor n=483
Ingen el. lätt	5,0	0,4
Måttlig el. nedsatt	1,1	2,4
Mycket el. helt nedsatt	5,7	4,1
Samtliga	3,1	1,8

Genomsnittligt antal läkarbesök (specialist och primärvård) redovisas i tabellerna 11 och 12. Bland vårdtagarna i ordinärt eller serviceboende finns inga större skillnader mellan män och kvinnor. I genomsnitt har man besökt läkare mellan 3 och 5 gånger. Däremot har samboende vårdtagare, framför allt män med ingen eller lätt funktionsnedsättning, betydligt oftare besökt läkare än ensamboende.

Tabell 11: Genomsnittligt antal läkarbesök för vårdtagare i ordinärt eller serviceboende uppdelat på kön samt ensam- och samboende

Funktions nedsättning	Män			Kvinnor		
	Totalt N=192	Ensam boende n=144	Sam boende n=43	Totalt n=1192	Ensam boende n=1075	Sam boende n=46
Ingen el. lätt	5,1	4,1	10,6	5,2	4,9	7,9
Måttlig el. nedsatt	4,6	4,3	6,6	5,1	5,1	7,7
Mycket el. helt nedsatt	2,9	2,9	3,4	4,4	5,4	2,6
Samtliga	5,3	4,7	6,5	4,9	4,8	6,2

Tabell 12: Genomsnittlig antal läkarbesök för vårdtagare med heldygnsomsorg

Funktions nedsättning	Män n=285	Kvinnor n=1192
Ingen el. lätt	4,8	4,7
Måttlig el. nedsatt	4,8	4,2
Mycket el. helt nedsatt	3,1	5,2
Samtliga	4,0	3,4

Antalet registrerade läkarbesök är något lägre för personer med heldygnsomsorg och inga större skillnader finns mellan män och kvinnor. Att antalet registrerade läkarbesök är lägre för de boende med heldygnsomsorg än för dem i ordinärt boende och serviceboende beror sannolikt på att läkarinsatserna inte registreras i samma utsträckning när det gäller dessa patienter.

12 Diskussion

Denna rapport baserar sig på den första baslinje-undersökningen på Kungsholmen (februari 2001) som genomfördes i syfte att erhålla ett utgångsläge för den fortsatta löpande registreringen. Ett centralt syfte med SNAC's vårdssystemdel är att registrera olika faktorer, som har betydelse för tilldelningen av offentliga vård- och omsorgsinsatser. Viktiga bakgrundsfaktorer som påverkar äldres livssituation är t.ex. kombinationen av kön och om man är samboende eller ej. Rapporten är en fördjupad analys av materialet som presenterades i SNAC-rapport Nr. 1 utifrån ett genderperspektiv.

Utgångspunkten för analyserna är väl dokumenterade kunskaper om skillnader i tillgång till annan än offentlig omsorg för män och kvinnor samt skillnader i hälsa och livslängd. Kvinnor lever i genomsnitt längre än män och är dessutom ofta gifta med män som är äldre än de själva, vilket ökar risken för kvinnor att bli ensamboende i hög ålder. Förutom skillnader i tillgång till stödet från en sammanboende partner skiljer även hälsan mellan män och kvinnor. Kvinnor har generellt sett mer hälsoproblem än män (Arber & Cooper 1999; Jette 1996; Merril, Seeman, Kasl & Berkman 1997; Thorslund & Lundberg 1994).

I denna rapport redovisades vårdberoende, vårdinsatser, socialt stöd och konsumtion av hälso- och sjukvård för personer 65 år och äldre med långvarig vård och omsorg enligt SoL och HSL med avseende på könsskillnader och skillnader mellan ensam- och samboende vårdtagare. Studiepopulationen omfattar endast personer de 65 år och äldre på Kungsholmen och Essingeöarna som *får* långvarig vård och omsorg, dvs. hemtjänst eller hemsjukvård. Könsskillnader och skillnader mellan ensam- och samboende personer vad gäller vårdberoendet och vårdinsatser har i denna delgrupp inte samma struktur som i populationen 65 år och äldre som helhet. Eftersom studiepopulationen endast omfattar de som *får* långvarig vård och omsorg (hemtjänst eller hemsjukvård) är det inte möjligt att jämföra de som får och de som inte får offentliga vård- och omsorgsinsatser i olika avseenden. Det är dock möjligt att dra en del indirekta slutsatser om tendenser och mekanismer för att få långvariga insatser beviljad.

Genomgående problem vid analyserna har dels varit det höga bortfallet och dels att de samboende endast utgör en liten grupp. Med tanke på biståndsbeslutets underlag är det mycket anmärkningsvärt att personalen i så många som mellan 5 och 60 procent (beroende på hjälpkategori och insats) anger att de inte vet vilken hjälp den äldre får utöver den kommunala hjälpen. Helhetsbilden av den äldres situation kan rimligen inte bli komplett om inte alla insatser synliggörs. Även de olika indikatorerna för vårdberoendet är i många fall ofullständigt ifyllda. Eftersom bara 37 män och 41 kvinnor ingår i baslinjeundersökningen 2001 är det generellt svårt att uttala sig om samboende män har andra behov, insatser eller resurser än samboende kvinnor.

Medelåldern bland de registrerade vårdtagarna är mycket hög, 86,5 år för kvinnor och 82,5 år för män i ordinärt eller serviceboende. Män i heldygnsomsorg är i genomsnitt 84 år gamla, kvinnor nästan 89 år. Tidigare studier har visat att hjälpinsatser prioriteras till de som är ensamstående och eftersom kvinnor lever längre och därmed blir ensamma oftare än män, dominerar även äldre ensamboende kvinnor som vårdtagare från kommunal vård och omsorg (73 %). De förhållandevis få samboende vårdtagarna (6 %) utgör en grupp som är mycket yngre (80 år) än genomsnittet, men samtidigt har fler funktionsnedsättningar och större vård- och omsorgsbehov (se nedan).

Såväl svenska som internationella studier har visat, att när handikapp och funktionsnedsättningar inträder är för äldre personer framför allt stödet från en sammanboende maka/make avgörande för möjligheten att kunna bo kvar i den egna bostaden (Egleston, 1999; Jette m fl 1995; Szebehely 1999b). I den s.k. Kungsholmstudien hade dubbelt så många ogifta personer (änkor/änklingar, frånskilda eller aldrig gifta) 81 år och äldre flyttat till särskilt boende, jämfört med dem som var gifta. Bland dem som bodde kvar i den egna bostaden hade de samboende mer praktisk hjälp i hemmet jämfört med de ensamboende, något som inte uppvägdes av tillgången till kommunal hemhjälp bland de ensamboende (Larsson & Thorslund, 2002). Den här studien har visat att en betydande del av vårdtagarna får hjälp med det dagliga livet från olika grupper närstående utöver den kommunala hjälpen. Som förväntat, är orsaken till olika mönster för män och kvinnor huvudsakligen tillgången till en sammanboende make/maka. Mer än var femte man får regelbunden hjälp med IADL-aktiviteter, men bara var tjugonde kvinna. En fjärdedel av både män och kvinnor får praktisk hjälp av barn eller svärdotter/son. Det finns en tendens att kvinnor oftare får praktisk hjälp av syskon, grannar och vänner, men antalet personer i respektive kategori

är för lågt för att dra generella slutsatser. Få vårdtagare anlitar privat, egenbetald hjälp och ännu färre får serviceinsatser från frivilligorganisation. Samma mönster gäller för omvårdnadsinsatser vid sidan om kommunens hjälp. Det är dock generellt sett betydligt färre av vårdtagarna som får omvårdnadsinsatser av olika grupper närstående.

Tar man hänsyn till om vårdtagarna har en person i respektive kategori, ökar, som förväntat, andelen som får hjälp. Make/makan blir då den viktigaste hjälpkategorin både bland män och bland kvinnor. Även när det gäller barnen blir andelen som får hjälp betydligt högre (runt 40 % för IADL och 20 % för PADL) om man endast räknar med dem som har barn i livet.

Det är väl känt att det finns ett samband mellan sociala relationer och den enskildes välbefinnande. Var tredje vårdtagare, både bland män och kvinnor, saknar regelbunden, någorlunda frekvent social kontakt med närstående – i alla fall enligt vad personalen vet. De vanligaste kontakterna är med egna barn eller svärdotter/svärson, men även syskon och andra släktingar samt vänner och grannar spelar en viktig roll. Kvinnliga vårdtagare har ett bredare kontaktnät än män, med fler kontakter till andra närstående än make och barn. I synnerhet samboende män verkar främst ha sociala kontakter med maka och barn, medan ensamboende män löper störst risk att sakna någorlunda regelbunden kontakt med närstående.

Ett problem är att uppgifter om de informella hjälpinsatserna samt kontakter med närstående saknas för en stor del av vårdtagarna (5 % - 60 % beroende på hjälpkontakt, typ av insats och boendeform). Hög personalomsättning vid utförarenheterna bidrar i många fall till bristande kontinuitet i kontakt mellan vårdbiträden och vårdtagare. Därmed uppstår brister om kunskapen om den äldres sociala kontakter och informella hjälpresurser. Underrapportering av informella hjälpinsatser samt sociala kontakter kan dessutom bero på att äldre personer i samband med en biståndsbedömning uppfattar att det kanske kan vara till deras nackdel om de talar om hur mycket och vem de får informell hjälp av samt vem dem har kontakt med.

Kön och boendeförhållanden (ensamboende eller sammanboende) är betydelsefulla faktorer relaterade till vårdkonsumtion. Ett genomgående mönster bland dem som får kommunal vård och omsorg är att samboende män är den kategori som är mest beroende av hjälp när det gäller såväl

instrumentella⁵ som personliga⁶ aktiviteter för dagligt liv – både jämfört med samboende kvinnor och med ensamboende av båda könen. Könsskillnader i andelen beroende personer bland de samboende gäller framför allt det ordinära boendet och servicehusen. Endast ett fåtal samboende par finns i heldygnsomsorg. Resultaten kan tolkas som ett tecken på att man så långt som möjligt försöker klara det dagliga livet med hjälp av make/maka innan man söker och får kommunal hjälp. Förväntningar tycks ställas från den offentliga vården på att sammanboende ska ge hjälp till varandra och det även vid stora vårdbehov (Szebehely, 1998). Samboende män verkar i större utsträckning ha en (i många fall något yngre) maka som de får hjälp av, framför allt med olika hushållssysslor. Detta avspeglas av de högre andelar samboende män bland vårdtagarna som är beroende för dagliglivets aktiviteter jämfört med samboende kvinnor. Bättre tillgång till informell hjälp, framför allt med IADL-aktiviteter bland samboende män verkar alltså resultera i en högre tröskel för dem att få kommunal vård och omsorg – både jämfört med samboende kvinnor och ensamboende av båda könen.

Andelarna personer med olika grad av kognitiv nedsättning skiljer inte i någon större utsträckning mellan män och kvinnor samt ensam- och samboende vårdtagare. Istället är skillnaderna i graden av kognitiv nedsättning mellan boendeformerna mycket slående. Endast ett fåtal personer i ordinärt och serviceboende har mycket svår kognitiv nedsättning, medan detta gäller för nästan en tredjedel av vårdtagarna med heldygnsomsorg.

Ungefär nio av tio vårdtagare i ordinärt eller serviceboende har inte några mer omfattande psykosociala problem. P.g.a. bortfall i de ingående variablerna och det låga antalet samboende vårdtagare är det dock inte möjligt att dra några säkra slutsatser om huruvida förekomsten av psykosociala problem är vanligare bland ensamboende eller samboende vårdtagare av båda könen. Skillnader finns dock tydligt mellan boendeformerna, vilket troligtvis hänger ihop med den högre andelen vårdtagare med kognitiv nedsättning i heldygnsomsorg: Mellan 30 och 40 procent har måttliga och cirka 15 procent har stora problem. Psykosociala problem hos vårdtagare med heldygnsomsorg är något vanligare bland män än bland kvinnor.

⁵ omfattar städning, matuppköp, transport/allmänna kommunikationer, matlagning och tvätt

⁶ omfattar bad/dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, inkontinens, födointag

Medelvärde för hemhjälpinsatser, mellan 9 och 10 timmar per vecka, stämmer väl överens med det som uppmätts i de olika studier som gjorts av biståndshandläggningen i olika stadsdelar i Stockholm. När det gäller det totala antalet timmar hemtjänst per vecka finns inga könsskillnader bland ensamboende vårdtagare. Bland de samboende får män i genomsnitt 11 och kvinnor 9 timmar hemtjänst i veckan. Antalet samboende vårdtagare är dock för lågt för att kunna dra säkra slutsatser om eventuella könsskillnader. Det finns en tendens till att omvårdnaden utgör en större andel av insatserna bland samboende av båda könen. Detta tyder på att en samboende partner möjligtvis förmår att till viss del kompensera egna funktionsnedsättningar när det gäller hushållsgöromål, transport och matinköp, men i mindre utsträckning att sköta personlig omvårdnad. Det kan noteras att omfattningen av den beviljade hemtjänsten snarare varierar mellan boendeformerna än mellan könen. Insatserna är genomgående större i serviceboende än i ordinärt boende, vilket inte kan förklaras med större behov (jmf. också SNAC-K rapport Nr. 1). Omkring var fjärde bland samtliga vårdtagare får hemhjälp kvällstid och mellan 2 och 4 procent även nätter. Skillnader finns även här snarare mellan boendeformerna än mellan könen resp. ensam- och samboende. Både hemhjälp kvällen och nätter beviljas – oavsett vårdberoende – oftare för vårdtagare i servicehus (36 % resp. 10 %) än för de i ordinärt boende (23 % resp. 3 %). Som förväntat är både kroppsburet trygghetslarm och matdistribution vanligare bland ensamboende (50 % resp. 38 %) än bland samboende (38 % resp. 21 %). Korttidsboende förekommer oftare för samboende (13 %) än för ensamboende (4 %).

Drygt var tionde vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende får hemtjänst över 20 timmar per vecka, oberoende av kön eller om man är sammanboende eller inte. Detta är återigen ett tecken på att en samboende make/maka kan förmå att kompensera egna funktionsnedsättningar till viss del, men när vård- och omsorgsbehoven blir mycket omfattande har samboende vårdtagare i genomsnitt ungefär lika mycket hemhjälp som ensamboende.

Den viktigaste faktorn som avgör hur många timmar hemtjänst vårdtagarna i ordinärt och serviceboende beviljats är PADL. Förmågan att klara PADL-aktiviteter förklarar cirka 40 procent av variationen i antalet timmar hemtjänst. Spridningen är dock stor och en vårdtagare i PADL-gruppen ”nedsatt” med 10 poäng på PADL-indexet kan ha tilldelats mellan 7 och 20 timmar/vecka. Förmågan att klara IADL-aktiviteter spelar en mycket mindre roll för beviljad

omfattning av hemtjänst, vilket beror på att spridningen i IADL-beroendet mellan vårdtagarna är ganska liten. Den övervägande majoriteten, mellan 70 och 100 procent av vårdtagarna är delvis eller helt beroende när det gäller olika hushållssysslor, matinköp och allmän transport. IADL-beroendet kan därmed anses vara en viktig inkörsport för att över huvud taget bli beviljad hemtjänst. Kognitiv nedsättning och psykosociala behov visar sig – givet ADL- och IADL-beroende – inte ha något direkt samband med omfattningen av beviljade hemtjänstinsatser utan har snarare en indirekt effekt genom att påverka ADL-beroendet. Vårdtagarna får alltså inte extra hemtjänstinsatser enbart på grund av kognitiv nedsättning utan endast i den mån detta påverkar deras förmåga att klara framför allt personlig ADL. Andra faktorer såsom vårdtagarnas ålder och kön, bostadsförhållanden, socialt stöd och om man bor ensam eller ej visar inget samband med omfattningen av beviljad hemtjänst. Har man alltså tagit steget från att inte ha hemhjälp till att få hemhjälp är förmågan att klara personlig ADL den mest väsentliga faktorn som påverkar omfattningen av insatser.

Resultaten tyder på att det kan finnas olika mekanismer när det är frågan om vem som *över huvud taget* beviljas hemtjänst (hela populationen 65 år och äldre) jämfört med frågan om vad som avgör *omfattningen* av hemtjänst bland vårdtagarna. Tidigare forskning har visat att det har betydelse för beviljandet av hemtjänst om man har en sammanboende make/maka eftersom detta ökar chansen att klara sig med dennes hjälp (Larsson & Thorslund, 2000). Tröskeln för samboende verkar vara högre när det gäller att över huvud taget få hemtjänst beviljat. Men bland de personer som får hemhjälp har det däremot ingen betydelse för omfattningen, om man är samboende, man eller kvinna, eller har barn som minst en gång i veckan hjälper till med hushållssysslor, matinköp och transport. Kopplar man resultaten till SNAC-K rapport nr 1 så är skillnaden i vårdberoendet samt skillnader i omfattningen av insatser i de flesta fall större mellan boendeformerna, dvs. mellan ordinärt boende/serviceboende och heldygnssomsorg, än mellan könen.

Analysen av konsumtionen av akut hälso- och sjukvård under perioden februari – augusti 2001 har visat att män har ungefär lika många vård dagar, i genomsnitt mellan 3 och 4, oberoende av boendeform, medan kvinnor med heldygnssomsorg endast har ungefär 2 vård dagar jämfört med ungefär 6 för kvinnor som bor i ordinärt eller serviceboende. Orsaken till detta kräver närmare

analyser som inte enbart baseras på registerdata och det befintliga SNAC-K vårdsystemprotokollet. Generellt sett finns två möjliga förklaringar till att personer med heldygnsomsorg har färre vårddagar i akutsjukvård än dem i ordinärt eller serviceboende. Det kan antingen vara så att deras behov av sjukvård på ett bra sätt redan kan tillgodoses i det särskilda boendet. Den andra möjligheten är att deras behov av akut sluten sjukvård underskattas eller inte tillgodoses i lika utsträckning som för personer i ordinärt eller serviceboende. Detta kommer att analyseras i en kommande rapport. Antalet registrerade läkarbesök är något lägre för personer med heldygnsomsorg och inga större skillnader finns mellan män och kvinnor. Att antalet registrerade läkarbesök är färre för de som bor med heldygnsomsorg än för de i ordinärt boende och serviceboende beror sannolikt på att läkarinsatserna inte registreras i samma utsträckning när det gäller dessa patienter.

13 Referenser

- Arber, S. & Cooper, H. (1999). *Gender differences in health in later life: the new paradox?* *Social Science and Medicine*, 48 (1), 61-76.
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. I: Berkman, L. & Kawachi, I. (red.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Egleston, B.L., Rudberg, M.A. & Brody, J.A. (1999). Prior living arrangements and nursing home resident admission ADL characteristics: a study of two states. *Journal of Gerontology*, 54B (4), 202-206.
- Freedman, V.A. (1996). Family structure and the risk of nursing home admission. *Journal of Gerontology*, 51(2), 61-69.
- Jette, A.M., Tennstedt, S., & Crawford, S. (1995). How does formal and informal community care affect nursing home use? *Journal of Gerontology*, 50(1), 4-12.
- Jette, A.M. (1996). Disability Trends and Transitions. I: R. H. Binstock & L.K. George (Eds.), *Aging and the Social Sciences*. New York: Academic Press.
- Larsson, K. & Thorslund, M. (2002). Does gender matter? Differences in patterns of informal support and formal services in a Swedish urban elderly population. *Research on Aging*, 24 (3), 308-337.
- Merrill, S.S., Seeman, T.E., Kasl, S.V. & Berkman, L.F. (1997)- Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *Journal of Gerontology*, 51 (1), 19-26.
- Miller, E.A., & Weissert, W.G. (2000) Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: a synthesis. *Med Care Res Rev*, 57(3), 159-279.
- OECD (1996). *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. Social policy studies nr. 19. Paris: OECD
- von Strauss, E. (2000). *Äldre kvinnor mår sämre än jämnåriga män*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
- Szebehely, M. (1998). Hjälp i hemmet i nedskärningstider: hemtjänstens och anhörigas insatser för gamla kvinnor och män. In A.M. Sandquist (red.) *Åt var och en efter behov*. Stockholm: Kommentus
- Szebehely, M. (1999). Särskilt boende – en fråga om klass och kön. *Välfärdsbulletinen*, 1, 11-13.
- Thorslund, M. & Larsson, K. (2002). *Äldres behov. En kunskapsöversikt och diskussion om framtiden*. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum.

14 Bilagor

14.1 Faktoranalys av frågor relaterade till funktionsförmåga

En Faktoranalys genomfördes i syfte att undersöka underliggande dimensioner bland ingående variabler som mäter funktionsförmåga och symptom. Kriteriet för att inkludera variabler i faktoranalysen var att det fanns uppgifter för samtliga ingående variabler. Av 1477 registreringar uppfyllde 893 (60,5 %) kravet.

Faktoranalysen resulterade i sex faktorer som omfattar olika dimensioner av funktionsnedsättningar och symptom: *SNACK-PADL-Index*, *IADL-Index*, *psykosociala problem*, *fysiska besvär*, *sinnen* och *sår*.

I faktorn SNACK-PADL ingår förflytning, toalettbesök, rörelsehinder, avföringsinkontinens, på- och avklädning, födointag, urininkontinens samt kognitiv nedsättning. I faktorn SNACK-IADL ingår matlagning, transport, badning, tvätt, matinköp och städning. I faktorn psykosociala behov ingår oro, nedstämdhet och grad av svåra beteenden. I faktorn fysiska besvär ingår yrsel och smärta, i faktorn sinnen hörsel- och synnedsättningar och i faktorn sår ingår kroniska sår och trycksår. Totalt förklarade de 6 faktorerna 57 % av variansen av de ingående variablerna.

Den interna konsistensen, d.v.s. i vilken mån variablerna inom en faktor beskriver en gemensam dimension, beräknades med Cronbachs Alpha. För de första fyra faktorerna ligger värdena mellan 0,6 och 0,9 vilket tyder på att de ingående variablerna i respektive faktor beskriver en gemensam underliggande dimension. För de resterande tre faktorerna uppnår Alpha värdet endast värdena 0,26 resp. 0,38 vilket tyder på att dessa inte hör väl samman utan ska betraktas som separata variabler i fortsatta analyser. Faktor 4 (hörsel/syn) innehåller endast två variabler, och det är därför även i detta fall tveksamt att med utgångspunkt från denna skapa ett indexvärde för nedsättning av sinnen.

Därför används endast faktorerna 1, 2 och 3 som sammanhållna summerade skalor i fortsatta analyser. På grund av bortfall i vissa variabler gjordes imputationer i de fall där det fanns värden för minst 50% av variablerna i faktorn. Typvärdet för variabeln med hänsyn till boendeform, som

i nästan alla fall var identiskt med medianvärdet, användes för imputationer. Imputationer gjordes för 26% av registreringar. Således erhöles kompletta värden för ADL-indexet för 83 %, IADL-indexet för 92 % och index för psykosociala behov för 78 % av registrerade vårdtagare.

Faktoranalys (varimax rotation) av frågor relaterade till funktionsförmåga. (n=893)

Variabler (skalsteg) Range	SNAC- PADL 0-23	SNAC- IADL 0-12	Psykosoc behov 0-9	Hörsel/ syn	Fysiska besvär	Sår	Commu- nalities
Förflyttning (0-2)	.855						.799
Toalettbesök (0-2)	.857						.832
Rörelsehinder (0-3)	.702						.664
På- & avklädning (0-2)	.722						.750
Avföringsinkontinent (0-3)	.823						.731
Födointag (0-2)	.768						.630
Urininkontinent (0-3)	.841						.771
Kognitiv nedsättning (0-6)	.574		.494				.593
Behov av särskild tillsyn (0-1)	.494		.443				.481
Matlagning (0-2)		.775					.726
Tvätt (0-2)		.826					.741
Transport (0-2)		.709					.621
Badning (0-2)		.716					.690
Matinköp (0-2)		.804					.694
Städning (0-2)		.636					.437
Oro (0-3)			.843				.786
Nedstämdhet (0-3)			.779				.710
Grad av svåra beteenden (0-3)			.775				.662
Hörselnedsättning (0-3)				.837			.716
Synnedsättning (0-3)				.821			.693
Smärta (0-3)					.808		.690
Yrsel (0-3)					.686		.551
Kronisk sår (0-1)						.789	.636
Trycksår (0-1)						.741	.576
Egenvärden, efter rotation	5,5	3,9	2,7	1,5			
Förklarad varians, efter rotation	22,9 %	16,4 %	11,1 %	6,4 %	=56,9 %		
Cronbachs alpha	0,93	0,88	0,80	0,61			

14.2 Viktning

För att ta hänsyn till att det finns skillnader i antalet registrerade vårdtagare inom ordinärt och särskilt boende jämfört med det totala antalet vårdtagare i respektive boendeform har andelarna beräknats genom viktning i proportion till det totala antalet boende i resp. boendeform. I serviceboende är bortfallet betydligt mindre än i ordinärt boende och i heldygnsomsorg obetydligt.

Sammanvägningen har gjorts enligt följande:

Vägt medelvärde: $W=(N*A+M*B)/(N+M)$

Ovägt medelvärde: $V=(n*A+m*B)/(n+m)$

N = totalt antal vårdtagare, ordinärt boende

M = totalt antal vårdtagare, särskilt boende

n = antal *registrerade* vårdtagare, ordinärt boende

m = antal *registrerade* vårdtagare, särskilt boende

A = andel (eller medelvärde) för viss variabel (t.ex. andel kvinnor), ordinärt boende

B = andel (eller medelvärde) för viss variabel (t.ex. andel kvinnor), särskilt boende

14.3 Tabeller

Tabell 13: Andelen män och kvinnor i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med IADL-aktiviteter, av dem som har aktuell person (procent)

Andel med serviceinsats minst en gång per vecka av de som har aktuell person	Män			Kvinnor		
	Totalt	Ensam bonde	Sam boende	Totalt	Ensam boende	Sam boende
Make/maka	71	36	87	51	23	76
Barn (motsv.)	36	35	(49)	43	42	39
Syskon (motsv.)	(6) ¹	(8)	0	13	12	(5)

¹Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 14: Andelen män och kvinnor i ordinärt boende och serviceboende, som får hjälp med PADL-aktiviteter, av dem som har aktuell person (procent)

Andel med omvårdnadsinsats minst en gång per vecka av de som har aktuell person	Män			Kvinnor		
	Totalt	Ensam bonde	Sam Boende	Totalt	Ensam boende	Sam boende
Make/maka	52	(20) ¹	78	51	1	60
Barn (motsv.)	18	17	(25)	22	14	(13)
Syskon (motsv.)	0	0	0	6	4	0

¹Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 15: Andelen män och kvinnor som har social kontakt med olika kategorier närstående minst en gång per vecka, av dem som har person i resp. kategori (procent)

	Män			Kvinnor		
	Totalt	Ensam boende	Sam boende	Totalt	Ensam boende	Sam boende
Make/maka	86	69	95	76	53	100
Barn/svärdotter/svärson	55	53	88	60	60	72
Syskon	15	11	(40) ¹	24	22	32

¹Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 16: Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika IADL-aktiviteter, uppdelat på kön och boendeform (procent)

Andel delvis eller helt beroende avseende....	Män			Kvinnor		
	Totalt n=192 ¹ uppgift saknas: 29-39	Ordinärt eller service boende n=192 uppgift saknas: 28-50	Heldygns omsorg n=93 uppgift saknas: 1-2	Totalt n=1192 Uppgift saknas: 78-152	Ordinärt eller service boende n=709 uppgift saknas: 77-147	Heldygns omsorg n=483 uppgift saknas: 1-5
Städning	97	96	99	96	94	100
Matinköp	91	87	100	93	90	100
Transport, allmänna kommunikationer	89	85	99	87	82	99
Matlagning	83	76	99	80	71	100
Tvätt	89	85	99	87	81	99
Samtl IADL-funktioner	67	55	97	67	53	98

¹Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

Tabell 17: Andelen beroende eller delvis beroende vårdtagare för olika PADL-aktiviteter fördelat på boendeform och kön (procent)

Andel delvis eller helt beroende avseende....	Män			Kvinnor		
	Totalt n=285 ¹ Uppgift saknas: 47-69	Ordinärt eller service boende n=192 Uppgift saknas: 47-69	Heldygns omsorg n=93 Uppgift saknas: 0-1	Totalt n=1192 Uppgift saknas: 146-256	Ordinärt eller service boende n=709 Uppgift saknas: 142-244	Heldygns omsorg n=483 Uppgift saknas: 4-12
Bad/dusch	69	56	99	76	67	98
På- och avklädning	56	42	88	55	39	91
Toalettbesök	42	25	81	41	23	82
Förflyttning	41	26	76	37	20	7
Inkontinens	41	22	85	35	25	81
Födointag	25	11	56	34	13	58
Samtl PADL-funktioner	20	6	53	20	6	53

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

Tabell 18: Fördelning av rörelsehinder, hörsel, syn, yrsel och smärta (samtl. boendeformer)

	Män			Kvinnor		
	Totalt n=285 ¹ uppgift saknas: 49-56	Ensam boende n=222 uppgift saknas: 31-43	Sam boende n=43 uppgift saknas: 8-12	Totalt n=1192 uppgift saknas: 191-220	Ensam boende n=1075 uppgift saknas: 172-198	Sam boende n=46 uppgift saknas: 12-13
Andel med rullstol el. som enbart kan gå inomhus	53	50	65	53	52	45
Andel med starkt nedsatt syn eller helt blind	9	9	(12) ²	13	12	(19)
Andel med starkt nedsatt hörsel eller helt döv	9	8	(3)	9	9	(7)
Andel med periodvis svår eller ständig smärta	10,5	11,3	(7,1)	20,7	21,0	26,1
Andel med periodvis svår eller ständig yrsel	9,1	8,6	(6,3)	11,0	11,3	(7,6)

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 19: Fördelning av kognitiv nedsättning bland vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende (procent)

Grad av nedsättning	Män			Kvinnor		
	Totalt n=192 ¹ uppgift saknas: 61	Ensam boende n=144 uppgift saknas: 45	Sam boende n=37 uppgift saknas: 12	Totalt n=709 uppgift saknas: 189	Ensam boende n=644 uppgift saknas: 170	Sam boende n=41 uppgift saknas: 10
Ingen	70	70	67	67	66	81
Lätt	26	25	30	25	25	16
Svår	4	(5) ²	(4)	7	7	0
Mycket svår	0	0	0	1	7	3

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 20: Kognitiv nedsättning bland vårdtagare med heldygnsomsorg (procent)

	Män n=93 ¹ uppgift saknas: 4	Kvinnor n=483 uppgift saknas: 24
Ingen	27	27
Lätt	26	22
Svår	24	21
Mycket svår	24	31

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

Tabell 21: Fördelning av oro, nedstämdhet och svårhanterligt beteende bland vårdtagare i ordinärt eller serviceboende (%)

	Män			Kvinnor		
	Totalt n=192 ¹ uppgift saknas: 47-73	Ensam boende n=144 uppgift saknas: 33-53	Sam boende n=37 uppgift saknas: 10-16	Totalt n=709 uppgift saknas: 161-250	Ensam boende n=644 uppgift saknas: 143-221	Sam boende n=41 uppgift saknas: 10-18
Svårhanterligt beteende: svåra/periodvisa problem eller mycket svåra/ständiga problem	(1) ²	(2)	0	3	4	0
Oro/otrygghet: periodvis svåra eller mycket svåra, ständiga problem	10	10	0	17	17	(13)
Nedstämdhet: periodvis men ej alltid problem eller ständigt svåra problem	12	9	(10)	15	15	(17)

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 22: Fördelning av oro, nedstämdhet och svårhanterligt beteende bland vårdtagare med heldygnsomsorg (%)

	Män n=93 ¹ uppgift saknas: 33-53	Kvinnor n=483 uppgift saknas: 10-16
Svårhanterligt beteende: svåra/periodvisa problem eller mycket svåra/ständiga problem	32	19
Oro/otrygghet: periodvis svåra eller mycket svåra, ständiga problem	35	30
Nedstämdhet: periodvis men ej alltid problem eller ständigt svåra problem	26	27

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

Tabell 23: Psykosocial behovsindex bland vårdtagare i ordinärt eller serviceboende (%)

	Män			Kvinnor		
	Totalt n=192 ¹ uppgift saknas: 68	Ensam boende n=144 uppgift saknas: 47	Sam boende n=37 uppgift saknas: 16	Totalt n=709 uppgift saknas: 239	Ensam boende n=644 uppgift saknas: 211	Sam boende n=41 uppgift saknas: 17
Inga behov	57	61	61	55	54	84
Lätta behov	30	26	39	26	27	(4)
Moderata behov	11	11	0	15	15	(12)
Många/stora behov	(2) ²	2	0	4	4	0

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

² Andelar i parentes avser mindre än 5 personer

Tabell 24: Psykosocial behovsindex bland vårdtagare med heldygnsomsorg (%)

	Män n=93 ¹ uppgift saknas: 1	Kvinnor n=483 uppgift saknas: 24
Inga behov	8	26
Lätta behov	37	32
Moderata behov	38	29
Stora/många behov	17	14

¹ Samtliga andelar avser endast de personer det finns uppgifter för.

Tabell 25: Genomsnittlig antal timmar hemtjänst bland personer i ordinärt och serviceboende uppdelat på kön samt ensam- och samboende

Genomsn. Antal tim. hemtjänst per vecka	Män			Kvinnor		
	Totalt n=192	Ensam boende n=144	Sam boende n=37	Totalt n=709	Ensam boende n=644	Sam boende n=41
Service	4,69	4,71	4,53	4,83	4,88	3,75
Omvårdnad	9,65	7,23	12,26	7,33	7,22	10,11
Totalt	10,71	9,35	11,53	9,89	9,95	9,38