



# VÅRDBEHOV OCH INSATSER FÖR DE ÄLDRE PÅ KUNGSHOLMEN 2001 – 2003

- en fortsatt uppföljning i siffror inom  
SNAC-K-studien, vårdsystemdelen

SNAC-K rapport Nr. 7

Mårten Lagergren  
Rose-Marie Hedberg  
Lena Lundberg

Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2004:12



## **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.

Föreliggande rapport är den femte från SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen. Den beskriver genomförande och resultat av en datainsamling, som dels omfattat fortlöpande registrering av alla beslutade förändringar av den långvariga vård- och omsorgsinsatsen under perioden 1 mars 2002 – 28 februari 2003, dels en tvärsnittsundersökning avseende samtliga Kungsholmsbor 65 år och äldre som den 1 mars 2003 bodde i särskilt boende. Dessa båda datakällor har sammanförts i ett gemensamt register. Vid registreringen har noterats de olika insatser som de äldre erhåller resp. beslutas få samt olika faktorer av betydelse för behovet av insatser. Redovisade resultat innefattar en jämförelse av vårdtagarnas behov och erhållna insatser 2001 – 2003 samt en analys av individuella förändringar mellan 1 mars 2002 och 1 mars 2003. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum vill härmed ånyo 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



## Innehållsförteckning

Förord

Sammanfattning .....	1
1. Inledning .....	6
2. Material och metod .....	7
2.1 Allmänt .....	7
2.2 Insamlade uppgifter .....	8
2.3 Det kumulativa vårdtagarregistret och 2002 års kompletterade tvärsnittsundersökning .....	11
3. Resultat .....	14
3.1 Befolkning, vårdtagare, registrerade personer, bortfall och personer som ej lämnat samtycke .....	14
3.2 Förändringar i vårdtagarnas sammansättning under åren 2001-2003.....	18
3.2.1 Vårdtagarnas sammansättning med avseende på ålder, kön och sam/ensamboende .....	19
3.2.2 Personligt vårdberoende .....	21
3.2.3 Övriga funktionsnedsättningar och besvär.....	28
3.2.4 Hjälpt i dagligt liv från anhöriga m fl och annan ej biståndsbedömd hjälp.....	36
3.3 Beviljade insatser enligt Socialtjänstlagen .....	41
3.4 Pågående insatser hemsjukvård.....	48
3.5 Behov av särskilda sjukvårdsinsatser.....	51
3.6 Storlek och sammansättning av flöden mellan olika boendeformer 2001 – 2003 .....	55
3.6.1 Antal personer i flödena mellan olika boendeformer.....	55
3.6.2 Sammansättning av flöden med avseende på vårdberoende enligt PADL-index.....	57
3.6.3 Individuell förändring i vårdberoende mellan år 2002 och 2003.....	59
4. Diskussion .....	60



## Sammanfattning

Äldrecentrum har tillsammans med tre andra huvudmän erhållit statsbidrag för uppbyggnad av longitudinella databaser innefattande data som beskriver de äldre och deras behov av vård och omsorg. Studien går under beteckningen SNAC – the Swedish National Study on Ageing and Care. Äldrecentrums del av studien bedrivs på Kungsholmen inkl. Essingeöarna. Den stöds förutom av regeringen också av Stockholms kommun och Stockholms läns landsting.

Datainsamlingen inom SNAC-studien omfattar en befolknings- och en vårdsystemdel. I befolkningsdelen undersöks ett representativt urval av befolkningen 60 år och äldre. Denna undersökning är avsedd att upprepas vart sjätte år för dem som är under 80 år och vart tredje år för de över 80 år. Denna del av studien avser att studera åldrandet och de olika faktorer som påverkar detta. SNAC-studiens vårdsystemdel är inriktad på att följa de äldre personer, som mottar långvarig vård och omsorg från kommun och landsting. Insamlade data avser att beskriva hur vårdbehoven hos dessa personer utvecklas och hur de tillgodoses. Genom att kombinera data från studiens båda delar kan man ställa behov och insatser mot varandra för hela den äldre befolkningen.

### *Rapport över datainsamlingen inom SNAC-K vårdsystemdelen februari 2001 – februari 2003*

Föreliggande rapport redovisar resultat från insamlingen av data inom SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen, under åren 2001 – 2003. Initialt gjordes en tvärsnittsundersökning avseende samtliga på Kungsholmen inkl. Essingeöarna boende personer som den 1 februari 2001 mottog långvarig vård och omsorg från kommun eller landsting. Undersökningen omfattade totalt 1477 personer. Sedan den 1 februari 2001 har det vidare skett en löpande registrering i samband med biståndsbeslut samt vid insättande och avslutande av hemsjukvård. Två ytterligare tvärsnittsundersökningar genomfördes per den 1 mars 2002 resp. 2003. Den senare undersökningen omfattade endast särskilt boende.

Insamlade data påförs successivt per individ i ett s.k. kumulativt register. Detta innefattar för varje person, som någon gång registrerats i SNAC-K, den mest aktuella informationen samt den månad till vilken denna information hänför sig. Med hjälp av de kumulativa registren från olika tidpunkter är det möjligt att följa individerna över tiden. Det kumulativa registret har använts för att komplettera 2002 års undersökning med de registreringar som gjordes fr o m 1 september 2001 t o m 28 februari 2002. Registret har sedan också använts för att komplettera

tvärsnittundersökningen 2003 med personer i ordinärt boende. De jämförelser mellan åren 2001, 2002 och 2003 som presenteras i denna rapport är gjorda på basis av dessa kompletterade undersökningar.

Rapporten omfattar dels en jämförelse av vårdtagarnas behov och erhållna insatser mellan undersökningarna 2001, 2002 och 2003, dels en analys av individuella förändringar mellan 2002 och 2003. Avsikten är att i fortsättningen varje år lämna en motsvarande resultatredovisning med utgångspunkt från SNAC-undersökningens början. På detta sätt kommer SNAC-studien att resultera i uppbyggnaden av successivt växande tidsserier, som gör det möjligt att tydligt avläsa förändringar över tiden i vårdtagarnas behov och insatsernas omfattning och inriktning.

Resultatet av registreringen av de olika faktorer, som beskriver personligt vårdberoende, sammanfattas genom ett index – SNAC-PADL-index. Per den 1 mars 2002 gjordes vissa förändringar i registreringsprotokollet. Dessa förändringar påverkar dock inte de resultat som här redovisas.

#### *En snabb strukturförändring pågår när det gäller vårdtagare och tilldelade insatser inom äldreomsorgen på Kungsholmen*

I föregående års rapport konstaterades att det sker en relativt snabb strukturförändring när det gäller vårdtagare och tilldelade insatser inom äldreomsorgen på Kungsholmen.

Befolkningsstrukturen ändras snabbt genom att antalet personer 75 år och äldre minskar samtidigt som yngre människor flyttar in. Detta har lett till ett minskat tryck på äldreomsorgen – framförallt genom att hemtjänsten i det ordinära boendet avlastats personer som fått plats i särskilt boende med heldygnsvård. Mellan år 2001 och 2002 fick fler personer med relativt begränsade behov omsorg och praktisk hjälp i ordinärt boende. Denna utveckling avstannade mellan 2002 och 2003. Även medelåldern och andelen kvinnor bland vårdtagarna förblev relativt oförändrade efter att ha sjunkit föregående år.

Den genomsnittliga funktionsnedsättningen bland vårdtagarna i ordinärt boende har fortsatt att minska något efter den kraftiga minskning som skedde föregående år. Även inom det särskilda boendet med heldygnsvård har det skett en viss minskning av den genomsnittliga funktionsnedsättningen år från år under det att situationen i serviceboendet varit växlande.



Andelen mycket eller helt funktionsnedsatta i ordinärt boende sjönk kraftigt föregående år och har sedan fortsatt att sjunka så att andelen nu är mycket låg.

När det gäller andra funktionsvariabler som syn, hörsel och inkontinens är utvecklingen inte helt tydlig, vilket kan bero på mätproblem. Andelen svårt eller mycket svårt inkontinenta har minskat mycket starkt i ordinärt boende – speciellt när det gäller avföringsinkontinens.

Förekomsten av trycksår och kroniska sår har också minskat starkt i det ordinära boendet. Utvecklingen i det särskilda boendet är mer oklar. Dock har andelen med kroniska sår klart minskat i boendet med heldygnsomsorg. Även förekomsten av smärta och yrsel uppvisar en positiv utveckling i det ordinära boendet. När det gäller smärta kan detta ha ett samband med att tillgången till smärtbehandling ökat. I boende med heldygnsomsorg förefaller utvecklingen vara den omvända. Färre uppges få smärtbehandling och en större andel anges ha svår eller mycket svår smärta. En positiv utveckling kan noteras i samtliga boendeformer när det gäller andelen vårdtagare med oro och med nedstämdhet liksom andelen med svårhanterliga beteendeproblem.

#### *Minskade anhöriginsatser i ordinärt boende*

Uppgifterna på hjälp från anhöriga och andra utanför den biståndsprovade äldreomsorgen har varit svåra att få fram. Bortfallet har minskat men är fortfarande besvärande stort. I den senaste versionen av registreringsformuläret är antalet uppgifter väsentligt reducerat och här redovisade siffror är begränsade till de uppgifter, som kommer att vara tillgängliga framledes. De mönster, som tidigare kunnat iakttas, står sig fortfarande – ganska få får hjälp av make/maka av det enkla skälet att ganska få har någon sådan, barnen är för de övriga den viktigaste källan till informell hjälp och rätt många får serviceinsatser från någon men betydligt färre får omvårdnadsinsatser. Genom det stora bortfallet är det dock vanskligt att dra slutsatser om förändringstendenser.

#### *Minskat genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar i ordinärt boende – ökat i serviceboende*

Det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar hemtjänst har minskat i ordinärt boende, men blivit något högre i serviceboendet. I båda fallen har dock insatserna ökat för de mest funktionsnedsatta. Hjälp kvällar och nätter tilldelas fortfarande i mycket mindre omfattning i

ordinärt boende än i serviceboende och skillnaden tenderar att öka. Detta gäller oberoende av graden av funktionsnedsättning. I föregående rapport gjordes observationen att det totala antalet tilldelade hemtjänsttimmar förblev i stort sett oförändrat trots det starkt ökade antalet vårdtagare genom att den genomsnittliga tilldelningen av timmar gick ner. Sedan dess har antalet vårdtagare år 2002 justerats (jfr sid. 16), vilket lett till en mindre nedgång och denna har sedan accelererat år 2003 så att det nu rör sig om en total nedgång i det ordinära boendet med omkring 10%. Serviceboendet har gått en motsatt väg. Det totala antalet beviljade timmar har där ökat från år till år.

*Färre har hemsjukvård i ordinärt boende än i serviceboende men fler timmar per person*

Huvuddelen av patienterna i hemsjukvården är också vårdtagare inom äldreomsorgen. Andelen är dock betydligt högre i serviceboendet än i det ordinarie boendet. Omvänt är insatserna, uttryckt som timmar per månad per patient, högre i det ordinarie boendet än i serviceboendet. Orsaken till detta är oklar. Det är - liksom när det gäller hemtjänstinsatserna - betydligt vanligare i serviceboendet med hemsjukvård kvällar och nätter än i det ordinarie boendet.

Den vanligaste särskilda sjukvårdsinsatsen är hjälp med läkemedelsinsatser och smärtbehandling. Övriga typer av insatser – injektioner, näringstillförsel med sond eller intravenöst, dialysbehandling mm förekommer i betydligt lägre omfattning. Nästan tre fjärdedelar av de boende med heldygnsomsorg får hjälp med läkemedelsintag. I övriga boendeformer är andelen betydligt lägre. Förekomsten av APO-dos skiljer mycket starkt mellan ordinärt och särskilt boende. Skillnaden mellan boendeformerna när det gäller förekomsten av smärta och tillgången till smärtbehandling har påpekats ovan.

*Flödesanalyser visar bland annat stor funktionsförsämring bland de personer som flyttat från ordinärt boende till särskilt boende med heldygnsomsorg.*

Flödesanalyserna visar att omkring 250 (ca 15%) av vårdtagarna avlider varje år. För ett knappt hundratal avslutas insatserna av någon annan anledning. Ungefär lika många vårdtagare med hemtjänst flyttar varje år till särskilt boende med heldygnsomsorg. Den genomsnittliga funktionsnedsättningen – mätt uttryckt i PADL-index - för nya vårdtagare i ordinärt boende ligger på ungefär samma nivå som för de tidigare vårdtagarna. För serviceboende och boende med heldygnsomsorg är de under året nyinflyttade personerna, som

genomsnitt, mindre funktionsnedsatta än de som bodde där redan för ett år sedan. Värt att notera är den stora funktionsförsämring, som förefaller ha ägt rum för de personer, som under året 2002 – 2003 flyttat från ordinärt boende till särskilt boende med heldygnsomsorg.

*Längre sifferserier och förbättrad täckning kommer att ge säkrare data*

Rapporteringen från uppföljningen inom SNAC-K, vårdsystemdelen omfattar hittills endast de två första åren. Data som insamlats under perioden mars 2003 – mars 2004 planeras kunna redovisas i början av nästa år (2005). Även om underlaget nu är säkrare än i den föregående rapporten avseende åren 2001 – 2002 är det fortfarande vanskligt att dra säkra slutsatser avseende observerade förändringar. För att säga något mer bestämt om trender och tendenser krävs en längre observationsperiod. Även om kvalitén i datainsamlingen förbättrats högst avsevärt finns fortfarande luckor och osäkerheter i insamlade data. Ett särskilt problem när det gäller flödesanalyserna är det stora bortfallet i heldygnsomsorgen vid 2002 års undersökning, som gör det svårt att skilja de personer, som faktiskt flyttat in under året, från dem som fanns där redan föregående år, men tappades bort vid detta års registrering. Detta problem kommer att vara löst nästa år, eftersom täckningen i tvärsnittsundersökningarna nu är mycket bättre.

Redan denna rapport visar dock att många av de barnsjukdomar som fanns vid registreringen under det första året nu kunnat övervinnas. Täckningen har blivit betydligt bättre och fullständigheten och kvaliteten i de registrerade uppgifterna har höjts väsentligt. Till den förbättrade täckningen har också bidragit sammanförandet av individuppgifterna i ett kumulativt register som gör att en missad registrering i många fall inte får någon annan konsekvens än att informationen blir mindre aktuell. Förbättringen är till en del en följd av att registreringsformuläret förenklats. Denna förenkling i förening med övergången till löpande registrering direkt i datorn förväntas leda till ytterligare kvalitetsförbättringar samtidigt som arbetsinsatsen per registrering minskar.

## 1. Inledning

Äldrecentrum har tillsammans med tre andra huvudmän erhållit statsbidrag för uppbyggnad av longitudinella databaser innefattande data som beskriver de äldre och deras behov av vård och omsorg. Studien går under beteckningen SNAC – the Swedish National Study on Ageing and Care. Äldrecentrums del av studien bedrivs på Kungsholmen inkl. Essingeöarna. Den stöds förutom av regeringen också av Stockholms kommun och Stockholms läns landsting.

Datainsamlingen inom SNAC-studien omfattar en befolknings- och en vårdssystemdel. I befolkningsdelen undersöks ett representativt urval av befolkningen 60 år och äldre. Denna undersökning är avsedd att upprepas vart sjätte år för dem som är under 80 år och vart tredje år för de över 80 år. Denna del av studien avser att studera åldrandet och de olika faktorer som påverkar detta. SNAC-studiens vårdssystemdel är inriktad på att följa de äldre personer, som mottar långvarig vård och omsorg från kommun. Insamlade data avser att beskriva hur vårdbehoven hos dessa personer utvecklas och hur de tillgodoses. Genom att kombinera data från studiens båda delar kan man ställa behov och insatser mot varandra för hela den äldre befolkningen.

Datainsamlingen inom vårdssystemdelen inleddes med en s.k. baslinjeundersökning våren 2001. Denna avsåg att beskriva de på Kungsholmen inkl. Essingeöarna bosatta äldre, som erhåller långvariga vårdinsatser inom äldreomsorg och hemsjukvård, och de insatser som kommer dem till del per den 1 februari 2001. Resultatet av denna datainsamling har avrapporterats i SNAC-K rapport Nr.1: ”Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen och Essingeöarna”.

Sedan den 1 februari 2001 har pågått en kontinuerlig datainsamling knuten till biståndshandläggningen inom äldreomsorgen samt insättandet resp. avslutandet av hemsjukvård och/eller rehabilitering i hemmet. Under år 2002 genomfördes vidare en ny tvärsnittsundersökning avseende samtliga äldre, i området bosatta, vårdtagare med långvariga behov av vård och omsorg. Resultaten från denna datainsamling under perioden mars 2001 – febr. 2002 inkl. de ovan nämnda tvärsnittsundersökningarna har redovisats i SNAC-K rapport Nr.5: ”Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 – 2002”. Denna rapport omfattade dels en jämförelse av vårdtagarnas behov och insatserna för dem mellan undersökningarna 2001 och 2002, dels en analys av individuella förändringar mellan 1 februari 2001 och 1 mars 2002 samt dels slutligen en analys av sambandet mellan behov och

beslutade insatser under samma period med utnyttjande av data från den löpande registreringen.

Sedan mars 2002 har datainsamlingen inom stadsdelen Kungsholmen fortsatt på samma sätt som tidigare. Under våren 2003 genomfördes en ny tvärsnittsundersökning – denna gång begränsad till det särskilda boendet. Utgående ifrån baslinjeundersökningen 2001 har ett kumulativt register byggts upp månadsvis med utnyttjande av den löpande registreringen. Detta register har sedan också påförts de data som registrerats i 2002 och 2003 års tvärsnittsundersökningar. Det kumulativa registret användes för att komplettera 2002 års undersökning med de löpande registreringar, som utfördes under perioden september 2001 - februari 2002. Registret har nu på motsvarande sätt använts tillsammans med 2003 års tvärsnittsundersökning för att skapa en bild av äldreomsorgen på Kungsholmen per den 1 mars 2003. Metoden härför beskrivs närmare i avsnitt 2 - Material och metod.

I den resultatredovisning, som lämnas i denna rapport, ingår också resultaten från datainsamlingen under tidigare år. Avsikten är att även i fortsättningen årsvis lämna en motsvarande resultatredovisning med utgångspunkt från SNAC-undersökningens början. På detta sätt kommer SNAC-studien att resultera i uppbyggnaden av successivt växande tidsserier, som gör det möjligt att tydligt avläsa förändringar över tiden i vårdtagarnas behov och insatsernas omfattning och inriktning.

## **2. Material och metod**

### **2.1 Allmänt**

De resultat som redovisas i denna rapport har insamlats

- genom den löpande registreringen av biståndsbeslut i Kungsholmens stadsdelsförvaltning under perioden 1 februari 2001 till 28 februari 2003,
- genom registreringen av insättande resp. avslutande av hemsjukvård och rehabilitering i landstingets regi för personer boende på Kungsholmen och Essingeöarna samt
- genom tre tvärsnittsundersökningar per den 1 mars 2001, 2002 resp. 2003. De två första av dessa avsåg samtliga på Kungsholmen och Essingeöarna biståndsbedömda vårdtagare 65 år och äldre. Den tredje har varit avgränsad till personer i särskilt boende.

En samkörning har vidare gjorts med ett register över på Kungsholmen boende äldre avlidna under perioden 1 febr. 2001 – 28 febr. 2003 i syfte att validera och komplettera registrerade uppgifter avseende dödsfall samt med Stockholms stads register över vårdtagare inom äldreomsorgen per 1 mars 2001, 2002 och 2003 för att komplettera registrerade uppgifter om avslutandet av insatser.

Som mottagare av långvarig vård- och omsorg räknas inom äldre- och handikappomsorgen alla de personer 65 år och äldre, som beviljats tjänster enligt ett biståndsbeslut med undantag för de som enbart beviljats trygghetslarm eller matdistribution. Inom hemsjukvård och rehabilitering inkluderas de som under en månad haft sammanlagt minst två besök i hemmet av endera sjukvårds- eller rehabiliteringspersonal. Personer som enbart har färdtjänst, matlåda eller trygghetslarm är inte inräknade.

Datainsamlingen har vad gäller kommunens verksamhet utförts av kommunens egen personal – biståndshandläggare samt ansvarig personal vid utförarenheterna. Registreringarna inom hemsjukvård och rehabilitering i hemmet har gjorts av Äldrecentrums personal med stöd av uppgifter från vårdpersonalen och journaler samt i vissa fall hembesök.

Sammanförandet av registrerade uppgifter från olika källor förutsätter de registrerade personernas informerade samtycke. Som underlag för detta tillställs alla berörda personer ett informationsbrev via vårdpersonalen (distriktssköterskor, vårdbiträden m.fl.). I brevet beskrivs undersökningens syfte och det klarläggs att deltagandet är frivilligt. Sammanlagt 177 (8,9 %) av de aktuella vårdtagarna per den 1 mars 2003 har uppgivit till personalen att de inte önskade att uppgifter om dem ingick 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. Fördelningen av personerna på ålder, kön och boendeform framgår av tabell 2 och 3 nedan.

## 2.2 Insamlade uppgifter

Vid registreringen har använts ett undersökningsformulär, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Mot bakgrund av de erfarenheter, som gjordes vid baslinjeundersökningen 2001, reviderades detta formulär på vissa punkter inför 2002 års tvärsnittsundersökning (jfr SNAC-K rapport nr. 5). Den löpande registreringen under perioden februari 2001 till februari 2002 utfördes med det ursprungliga formuläret. Efter denna tidpunkt fram t o m den 28 februari 2004 har det nya formuläret använts vid

såväl den löpande registreringen som 2003 års tvärsnittundersökning. En ny förändring av formuläret i syfte att förenkla och reducera informationsmängden gjordes med införande den 1 mars 2004.

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 3.2.3).

Registreringen av de olika faktorer, som beskriver personligt vårdberoende, sammanfattas genom ett index – SNAC-PADL-index. Detta beräknas genom summering av fyra ADL-variabler (av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag), som beskriver graden av oberoende i dagligt liv, inkontinens (urin- resp. avföring) samt 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 två<sup>1</sup>. Indexet kommer därigenom att falla mellan 0 och 23.

Anm. Den 1 mars 2002 gjordes en mindre förändring i definitionen av indexet genom uteslutande av ADL-variabeln inkontinens. Anledningen till förändringen var att inkontinens med den tidigare definitionen blev överrepresenterad genom att indexet också omfattade separat angivelse av urin- och avföringsinkontinens.

Utgående från PADL-index görs en indelning i fem funktionsnedsättningsgrupper (PADL-grupper) enligt nedanstående definition:

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

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 avgiftsgrupp (1 – 8) enligt stadens avgiftssystem. Vidare anges här beslut om kvälls- eller nattpatrull, ledsagare, personlig assistent, dagverksamhet, anhörigbidrag mm. Även beslut om matdistribution och trygghetslarm registreras, men endast i de fall beslut också fattats om

---

<sup>1</sup> Detta görs för att få överensstämmelse med den s.k. Berger-skalan som används i Skåne och Blekinge.



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 "Övrigt".

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 Det kumulativa vårdtagarregistret och 2002 års kompletterade tvärsnittsundersökning

Grundidéen i datainsamlingen inom SNAC vårdsystemdelen är att utgående från en baslinjeundersökning avseende samtliga vårdtagare successivt föra på alla större förändringar i behovspåverkande faktorer eller vårdinsats. Tanken är att man på detta sätt skall kunna skapa ett fortlöpande aktuellt register över alla vårdtagare, som sedan kan användas både för att ta ut ett tvärsnitt vid en viss tidpunkt och för att följa utvecklingen av (grupper av) individer över tiden. Som indikator på förändring av behov eller vårdinsats används biståndsbeslutet eller insättande alt. upphörande av hemsjukvård eller rehabilitering. Genom att personer i särskilt boende inte på samma sätt är föremål för förnyade biståndsbeslut måste denna uppläggnings kombinerats med upprepade tvärsnittsundersökningar för dessa personer. Sådana undersökningar har nu genomförts per den 1 mars åren 2002, 2003 och 2004.

Eftersom baslinjeundersökningen år 2001 hade vissa brister utsträcktes 2002 års tvärsnittsundersökning till samtliga vårdtagare. 2003 års tvärsnittsundersökning avsåg dock

enbart inom det särskilda boendet och den motsvarande undersökningen våren 2004 begränsades ytterligare till att endast omfatta särskilt boende med heldygnsomsorg. Avsikten är att dessa undersökningar i fortsättningen skall upprepas årligen.

I syfte att sammanföra insamlade data efter den princip som redovisats ovan har ett kumulativt register skapats utgående från 2001 års baslinjeundersökning. Härvid har insamlade uppgifter i den löpande registreringen successivt förts på månadsvis på individnivå genom uppdatering av registrerade variabelvärden. Ändring av ett variabelvärde sker därvid endast om det för denna finns en valid notering. I de enstaka fall då en individ haft mer än en registrering en viss månad har dessa registreringar sammanförts manuellt före påförandet. För varje variabel och person noteras i registret månad för den senaste valida uppgiften.

Insamlade registreringar från 2002 resp. 2003 års tvärsnittsundersökningar har förts på efter den löpande registreringen för februari månad 2002 resp. 2003. Förändringen av formuläret (jfr ovan) i samband med tvärsnittsundersökningen år 2002 innebar att vissa variabler inte längre uppdaterades, nya variabler tillkom, som saknade värden före den 1 mars 2002, och ytterligare ett antal variabler fick ändrad betydelse. Detsamma kommer att gälla efter den 1 mars 2004 till följd av införandet av det förenklade formuläret. En sammanställning av förändringarna i formulären, variabelförteckningar mm kommer att finnas tillgänglig inom projektet. Det kumulativa registret byggs nu på successivt månad för månad och de årliga tvärsnittsundersökningarna kommer att föras på efter februari månads registreringar varje år.

Vid 2002 års tvärsnittsundersökning meddelades biståndshandläggarna att de inte behövde skicka in formulär på personer, som nyligen registrerats i samband med biståndsbeslut. Ett antal personer kom därigenom att saknas. Med hjälp av det kumulativa registret var det möjligt att komplettera undersökningen med dessa personer. Den kompletterade tvärsnittsundersökningen för år 2002 (SNACK02KOMP) skapades utgående från det kumulativa registret genom att ta med alla personer, som varit föremål för löpande registrering någon gång under perioden september 2001 – februari 2002 eller ingått i tvärsnittsundersökningen.

Tvärsnittsundersökningen år 2003 omfattade som nämnts ovan endast det särskilda boendet. Läget per den 1 mars 2003 har i stället skapats på samma sätt som föregående år genom att utnyttja den löpande registreringen i det kumulativa registret. Eftersom det för varje person i registret finns angivet senaste datum för uppdatering är det möjligt att välja olika tidsavgränsningar för vilka personer som skall tas med. En alltför vid avgränsning innebär

här en risk att personer kommer med som i själva verket är avslutade. Omvänt riskerar man med en allt för snäv avgränsning att utesluta personer, som fortfarande är vårdtagare i ordinärt boende, fastän de inte varit föremål för ett (registrerat) biståndsbeslut på den senaste tiden.

I de resultat som redovisas nedan är alla personer medtagna som vårdtagare, som den 1 mars 2003 hade ett (SNAC-registrerat) biståndsbeslut senast den 1 september 2001 och som ej var registrerade som avslutade eller avlidna. Registreringen av avslutade insatser har kompletterats genom samkörning med kommunens vårdtagarregister. Härvid har de icke-avlidna personer registrerats som avslutade som av kommunen var registrerade som vårdtagare 1 mars 2001 eller 2002 men inte 1 mars 2003.

Anm. På motsvarande sätt har från 2002 års SNAC-undersökning (SNACK02KOMP) i efterhand rensats bort de icke-avlidna personer, som enligt kommunens register var vårdtagare den 1 mars 2001 men inte den 1 mars 2002. Denna utrensning var inte genomförd vid tidpunkten för den tidigare resultatredovisningen i SNAC-K rapport nr. 5, varför antalet redovisade SNAC-registrerade vårdtagare år 2002 nu är något färre än som där uppgavs (1611 i st f 1635 personer)

På samma sätt som föregående år har vidare registreringen av avlidna kompletterats genom samkörning med dödsfallsregistret. Totalt avled under perioden 1 mars 2002 – 28 februari 2003 sammanlagt 253 (SNAC-registrerade) vårdtagare. Av dessa saknades tidigare SNAC-registrering av dödsfallet för 81 personer (32%).

Antalet vårdtagare i det på detta sätt skapade registret (SNAC03RED) uppgår till 1715 personer. Genom metoden att utnyttja tidigare insamlade uppgifter kommer dessa att vara mer eller mindre aktuella. Tabell 1 visar fördelningen på senaste registreringstillfälle för de vårdtagare som ingår i SNACK03RED-registret. Det bör observeras att aktualiteten kan växla mellan olika variabler beroende på om inlämnade formulär varit fullständigt ifyllda eller ej.

**Tabell 1. Fördelning på senaste registreringstillfälle för de vårdtagare som ingår i SNACK03RED-registret per boendeform.**

	0109 - 0202	Tvårsnitt 02	0203 - 0208	0209 - 0302	Tvårsnitt 03	Samtliga
Ord.boende	44	340	224	294	0	902
Serviceboende	1	26	12	12	175	226
Säbo-heldygn	3	41	18	22	503	587
Totalt	48	407	254	328	678	1715

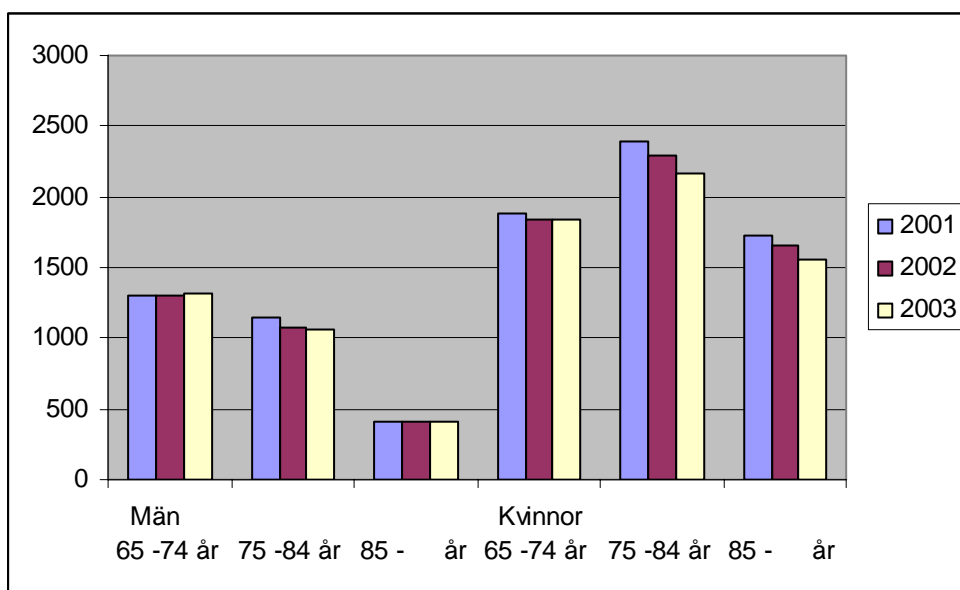
Det framgår av tabell 1 att endast en liten del (3%) av registreringarna går tillbaka till tiden före 2002 års tvärsnittsundersökning. För personer i ordinärt boende utgör löpande registreringar efter tvärsnittsundersökningen mer än hälften (57%). Dessa personer ingick som nämnts ovan inte i 2003 års tvärsnittsundersökning. För personer i särskilt boende kommer huvuddelen av uppgifterna (82%) från denna undersökning. Aktualiteten är därmed helt godtagbar. Som närmare kommer att beskrivas nedan är det möjligt att korrigera uppgifter om funktionsförmåga och vårdberoende på gruppnivå med hänsyn till den tid som förflutit sedan den senaste bedömningen.

### **3. Resultat**

#### **3.1 Befolkning, vårdtagare, registrerade personer, bortfall och personer som ej lämnat samtycke**

Figur 1 nedan visar att det sker stora förändringar i befolkningsstrukturen på Kungsholmen och Essingeöarna. Framförallt antalet kvinnor över 75 år minskar mycket kraftigt. Även antalet män i åldersgruppen 75 – 84 år har minskat, men däremot inte antalet män i den högsta åldersgruppen. Det senare sammanhänger förmodligen med den allmänna tendensen till minskad dödlighet bland de äldsta männen.

**Figur 1. Antalet på Kungsholmen och Essingeöarna boende personer, år 2001 - 2003**



I tabell 2 A - C nedan redovisas antalet personer med äldreomsorg i förhållande till hela befolkningen över 65 år på Kungsholmen och Essingeöarna år 2001, 2002 resp. 2003 enligt den reviderade statistiken (jfr SNAC-K rapport nr. 5). I antalet med äldreomsorg ingår inte de som endast har beslut om larm eller matdistribution.

**Tabell 2. Antal personer 65 år och äldre, totalt resp. med äldreomsorg per åldersgrupp, kön och boendeform, 2001 resp. 2003.**

<b>A. 2001</b>		Totalt antal personer	Antal pers. med hjälp i ordinärt boende el. serviceboende	D:o procent av samtliga (%)	Antal pers. med heldygnsomsorg	D:o procent av samtliga (%)	Totalt antal personer med äldreomsorg	D:o procent av samtliga (%)
	Ålder							
Män	65 – 74	1 302	46	3,5	22	1,7	68	5,2
	75 – 84	1 140	102	8,9	52	4,6	154	13,5
	85 –	409	86	21,0	60	14,7	146	35,7
Kvinnor	65 – 74	1 889	72	3,8	33	1,7	105	5,6
	75 – 84	2 388	317	13,3	175	7,3	492	20,6
	85 –	1 727	527	30,5	413	23,9	940	54,4
Totalt		8 855	1 150	13,0	755	8,5	1 905	21,5

**B. 2002**

Män	65 – 74	1 299	56	4,3	19	1,5	75	5,8
	75 – 84	1 082	122	11,3	40	3,7	162	15,0
	85 –	414	115	27,8	48	11,6	163	39,4
Kvinnor	65 – 74	1 844	80	4,3	34	1,8	114	6,2
	75 – 84	2 287	328	14,3	162	7,1	490	21,4
	85 –	1 661	618	37,2	409	24,6	1 027	61,8
Totalt		8 587	1 319	15,3	712	8,3	2 031	23,6

**C. 2003**

Män	65 – 74	1 317	55	4,2	18	1,4	73	5,5
	75 – 84	1 056	112	10,6	44	4,2	156	14,8
	85 –	417	113	27,1	40	9,6	153	36,7
Kvinnor	65 – 74	1 843	73	4,0	31	1,7	104	5,6
	75 – 84	2 162	335	15,5	137	6,3	472	21,8
	85 –	1 563	607	38,8	371	23,7	978	62,6
Totalt		8 358	1 295	15,5	641	7,7	1 936	23,2

Trots det minskade antalet äldre personer under tvåårsperioden har antalet vårdtagare ökat.

Denna ökning skedde dock redan år 2001 – sedan dess har antalet vårdtagare på

Kungsholmen sjunkit något. Ökningen av antalet vårdtagare faller helt och hållet på hemtjänsten. Som följd av minskad befolkning och ökat antal vårdtagare ökade andelen som får hjälp i hemmet kraftigt år 2001. För det följande året är andelen i stort sett oförändrad. Andelen med heldygnsvård har sjunkit – framförallt det senaste året. Ökningen av andelen med hemtjänst gäller alla åldersgrupper, men i särskilt hög grad de äldst. Som kunde visas redan i föregående års rapport har dessa strukturförändringar också lett till stora förändringar när det gäller fördelningen av vårdtagarna i hemtjänsten på grad av funktionsnedsättning.

Till antalet äldre personer med varaktiga kommunala insatser skall läggas de som enbart har hemsjukvård och/eller rehabilitering i landstingets regi. Antalet sådana registrerade personer uppgår i 2003 års material (kompletterade) undersökning till 43 stycken. Härtill skall sedan läggas en uppskattning av antalet icke-registrerade personer. Under antagandet att bortfallet för personer med hemsjukvård och/eller rehabilitering men utan hemtjänst är detsamma som för övriga vårdtagare i ordinärt boende eller serviceboende kan antalet sådana personer uppskattas till cirka 50 personer. Dessa antas fördela sig på ålder, kön och ordinärt resp. serviceboende på samma sätt som de registrerade personerna med hemsjukvård och/eller rehabilitering men utan hjälp i hemmet. Tabell 3 visar det totala uppskattade antalet äldre, på Kungsholmen och Essingeöarna bosatta personer med varaktiga insatser från kommun och/eller landsting fördelat på åldersgrupper och kön per den 1 mars 2003. Vidare redovisas antalet registrerade personer samt antalet personer i resp. grupp som ej registrerats på grund av att de ej velat lämna samtycke till sammanförandet av uppgifter.

**Tabell 3. Antalet personer, totalt resp. med ifyllda och bearbetade formulär samt ej-samtycke, per ålder och kön, 2003**

Ålder		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	74	47	63,5	7	9,5
	75 – 84	161	141	87,6	12	7,5
	85 –	163	161	98,8	12	7,4
Kvinnor	65 – 74	104	76	73,1	16	15,4
	75 – 84	485	417	86,0	51	10,5
	85 –	999	873	87,4	79	7,9
Totalt		1986	1 715	86,4	177	8,9

Som framgår av tabell 3 har SNAC-registreringen – genom metoden att successivt föra på registreringarna - numera en bra täckning. Det beräknade bortfallet är mindre än föregående år – 13,6 % jämfört med 21,1 %. Av bortfallet utgör personer, som ej velat lämna samtycke till sammanförandet av uppgifter, omkring två tredjedelar. Andelen ”ej samtycke” är i stort sett densamma som föregående år<sup>2</sup>.

Motsvarande redovisning med uppdelning på boendeformer ges i tabell 4 nedan.

**Tabell 4. Antalet personer med ifyllda formulär fördelade på boendeform, 2003**

	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 (%)
Ordinärt boende	1 083	901	83,3	134	12,4
Serviceboende	262	227	86,3	7	2,7
Heldygnsomsorg	641	587	91,6	36	5,6
Totalt	1 986	1 715	86,4	177	8,9

Som framgår av tabell 4 är täckningen nu bättre i särskilt boende än i ordinärt, vilket inte var fallet föregående år. Detta beror på att tvärsnittsundersökningen år 2003 inom det särskilda boendet fick en mycket god täckning samtidigt som givetvis utelämnandet av det ordinära boendet i denna undersökning hade en viss negativ inverkan. Siffrorna visar dock att även utan en sådan undersökning kan en god täckning erhållas i det ordinära boendet med utnyttjande av den löpande registreringen.

### 3.2 Förändringar i vårdtagarnas sammansättning under åren 2001 – 2003.

Med hjälp av SNAC-K-registren är det nu möjligt att beskriva förändringar i vårdtagarnas sammansättning med avseende på olika faktorer som påverkar behovet av insatser under tvåårsperioden 2001 – 2003. De register som utnyttjas är baslinjeundersökningen 2001 (SNACK01) , den kompletterade tvärsnittsundersökningen 2002 (SNACK02KOMP) samt det oöversiktliga registret avseende läget per den 1 mars 2003 (SNACK03RED).

<sup>2</sup> Förteckningen över personer som ej lämnat samtycke är rensad för dödsfall, men ej för avslutade insatser. Det förekommer också att personer som tidigare inte beviljat samtycke senare medger deltagande.



Förändringar i sammansättningen av de registrerade vårdtagarna kan i princip ha tre orsaker:

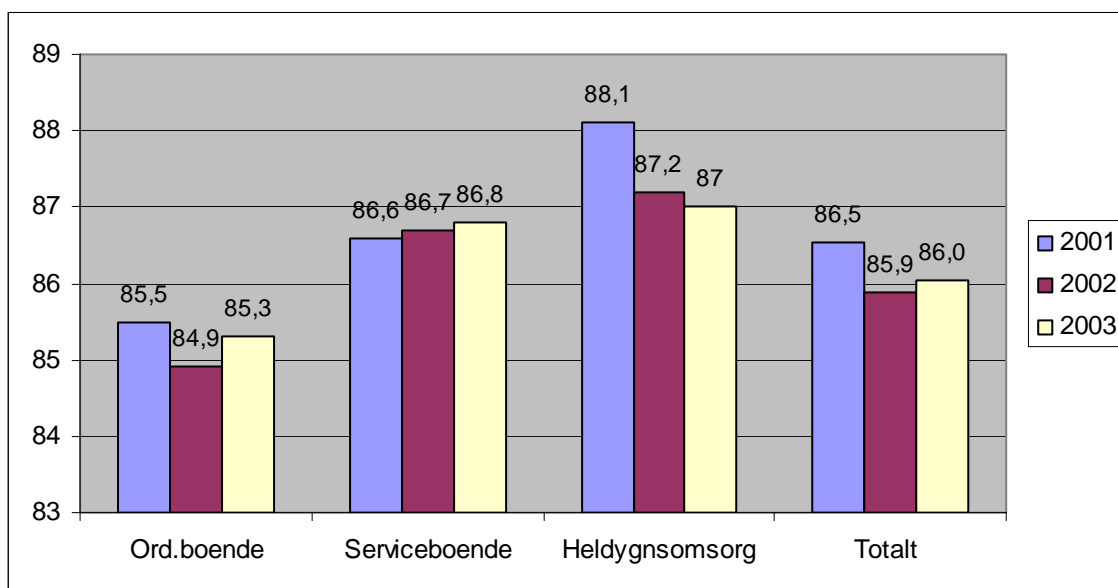
- Förändringar hos den enskilde registrerade vårdtagaren
- Inflöde resp. utflöde av vårdtagare
- Förändringar i registreringsbortfall

I detta avsnitt redovisas det sammanlagda resultatet av dessa tre förändringsfaktorer. I en kommande rapport kommer inverkan av resp. faktor att analyseras närmare.

### 3.2.1 Vårdtagarnas sammansättning med avseende på ålder, kön och sam/ensamboende

Förändringen mellan under perioden 2001 - 2003 i vad gäller vårdtagarnas medelålder, andelen över 85 år, andelen kvinnor och andelen ensamboende per boendeform framgår av figur 2 - 5 nedan.

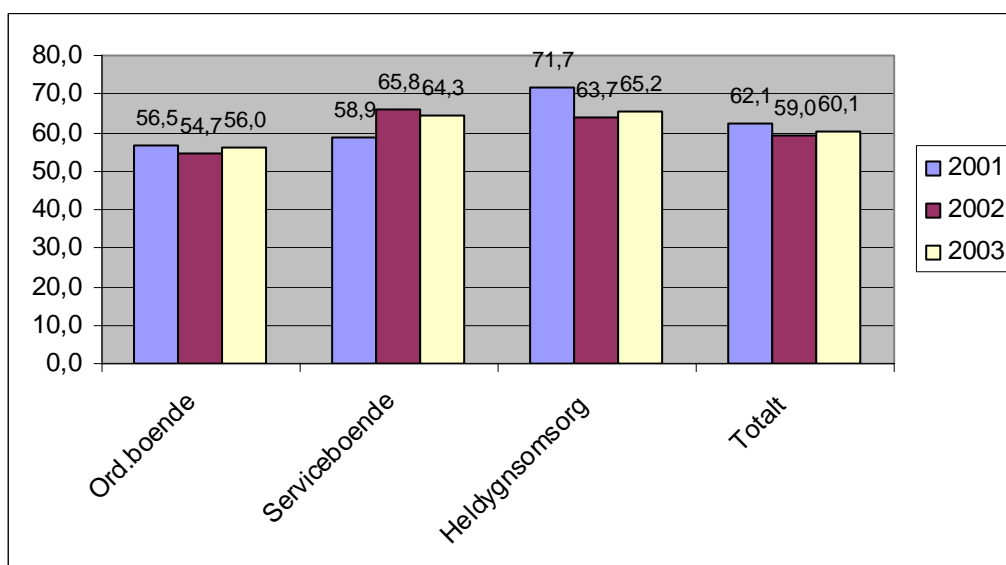
**Figur 2. Medelålder för registrerade vårdtagare per boendeform, 2001 - 2003.**



Som framgår av figur 2 har medelåldern sjunkit för boende med heldygnsomsorg, medan den i stället ökat något i serviceboendet. I ordinärt boende är den i stort sett oförändrad.

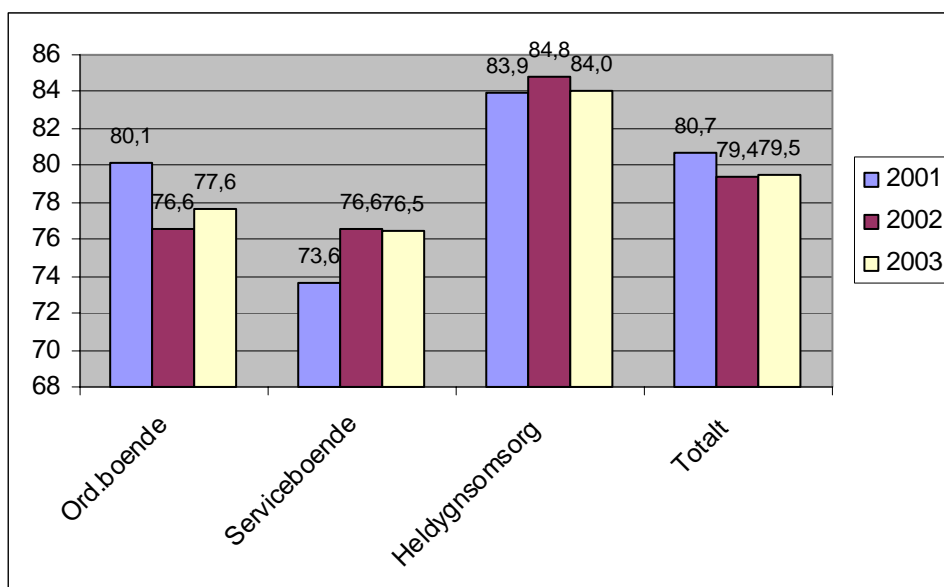
Åldersförändringen avspeglas också i andelen av registrerade vårdtagare som är 85 år och äldre (figur 3).

**Figur 3. Andel personer 85 år och äldre per boendeform, 2001 och 2002, procent.**



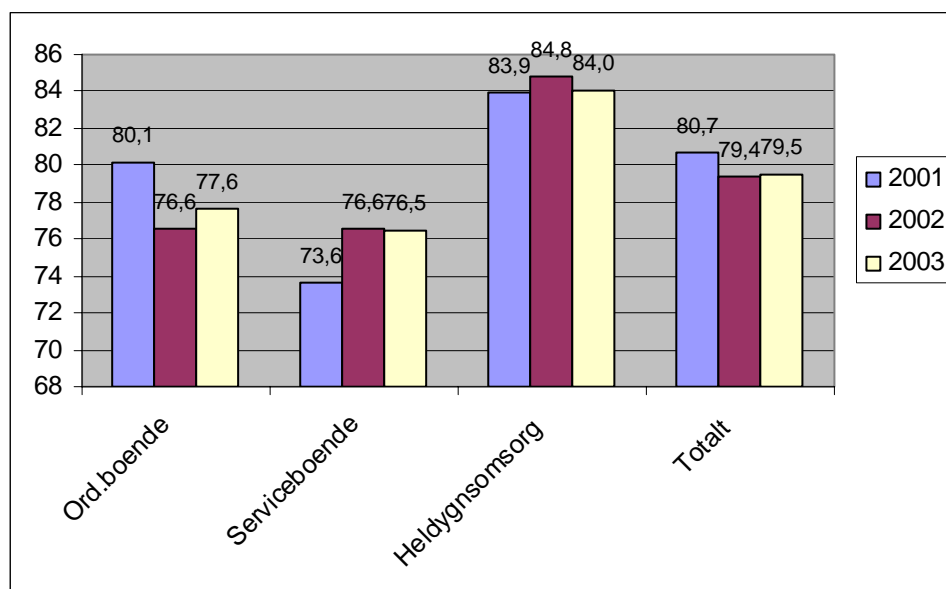
I samtliga boendeformer är över hälften av de boende 85 år eller äldre. År 2001 var andelen högst i helydgnnsomsorgen, men denna har sedan sjunkit. I stället har andelen ökat påtagligt i serviceboendet. Majoriteten av vårdtagarna inom äldreomsorgen är kvinnor, men även här har det skett förändringar under perioden 2001 - 2003. Som framgår figur 4 nedan har andelen kvinnor minskat i det ordinära boendet och ökat i serviceboendet. Inom helydgnnsomsorgen är den oförändrad.

**Figur 4. Andel kvinnor per boendeform, 2001 - 2003, procent.**



De allra flesta äldre med långvariga insatser av offentlig vård och omsorg är ensamboende. (Figur 5). Minskningen av andelen ensamboende i det ordinära boendet mellan år 2001 och 2002 har troligen ett samband med den stora förändringen i vårdtagarnas sammansättning mellan dessa år.

**Figur 5. Andel ensamboende, per boendeform, 2001- 2003, procent.**

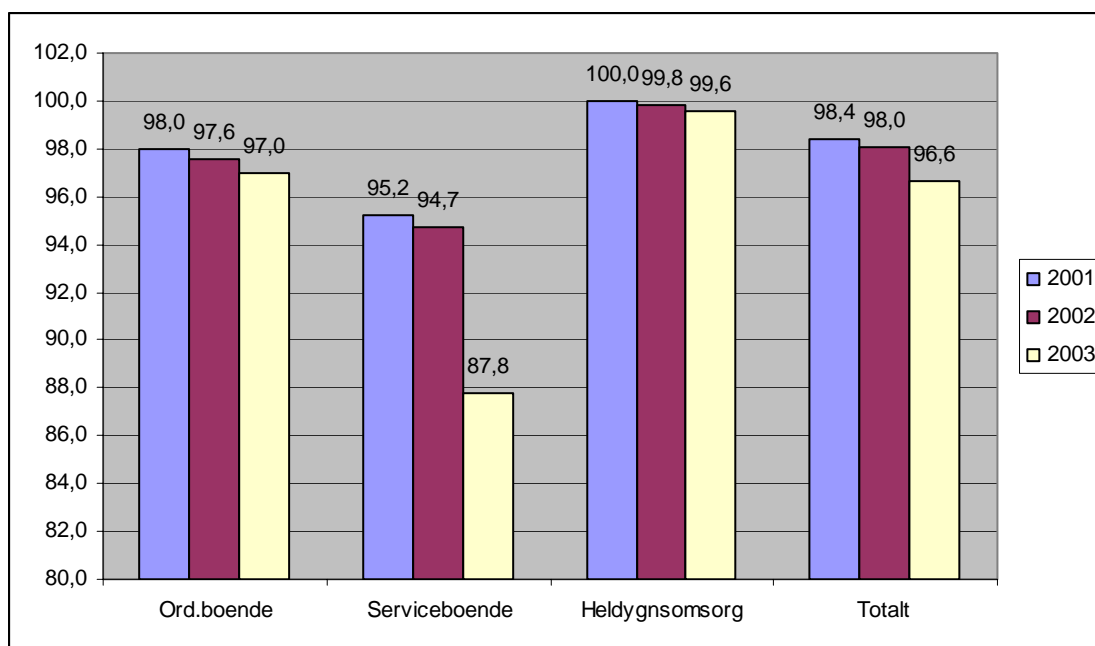


### 3.2.2 Personligt vårdberoende

Som redovisats ovan registreras i SNAC-undersökningen personligt vårdberoende i ett antal olika s.k. ADL-variabler, som avspeglar olika aspekter på förmågan att klara det dagliga livet – dels s.k. instrumentella variabler såsom handla, tvätta, laga mat etc. (IADL), dels personliga avseende förmågan att klara personliga aktiviteter såsom bad, personlig hygien, av – och påklädning. Figur 7 visar förändringen under perioden 2001 – 2003 i andelen personer som är beroende i minst en IADL-aktivitet per boendeform.

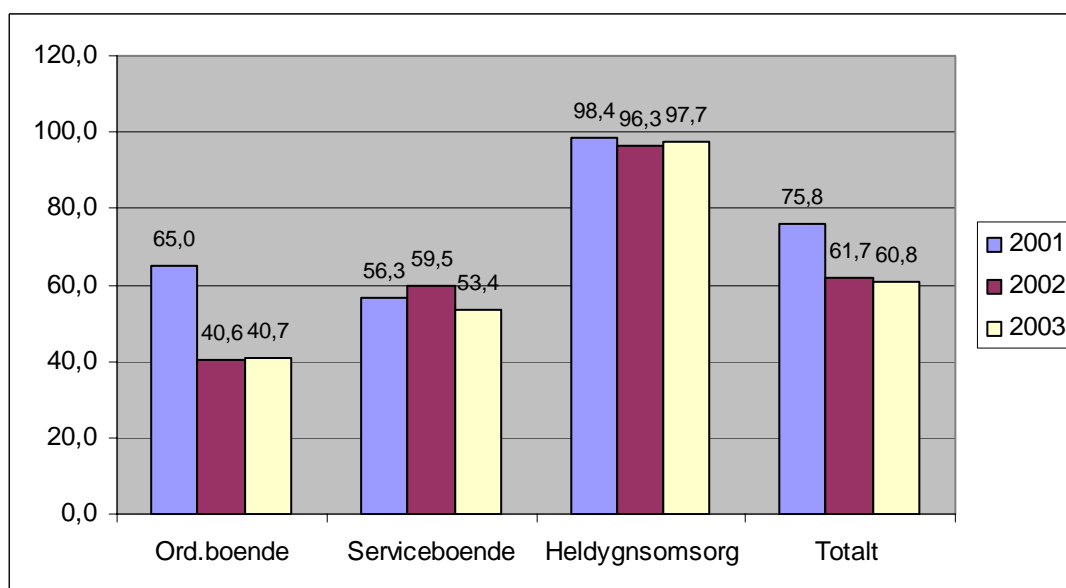
Som man kan vänta behöver det överväldigande flertalet vårdtagare hjälp med åtminstone en av de instrumentella ADL-aktiviteterna. Antalet helt oberoende personer har dock ökat både i ordinärt boende och serviceboende och det är intressant att notera att i serviceboendet en betydligt större andel av boende är helt oberoende.

**Figur 7. Andelen beroende i minst en IADL-aktivitet per boendeform, 2001 - 2003, procent.**



Den följande figuren 8 visar andelen i resp. boendeform som var beroende av hjälp för samtliga IADL-aktiviteter resp. år.

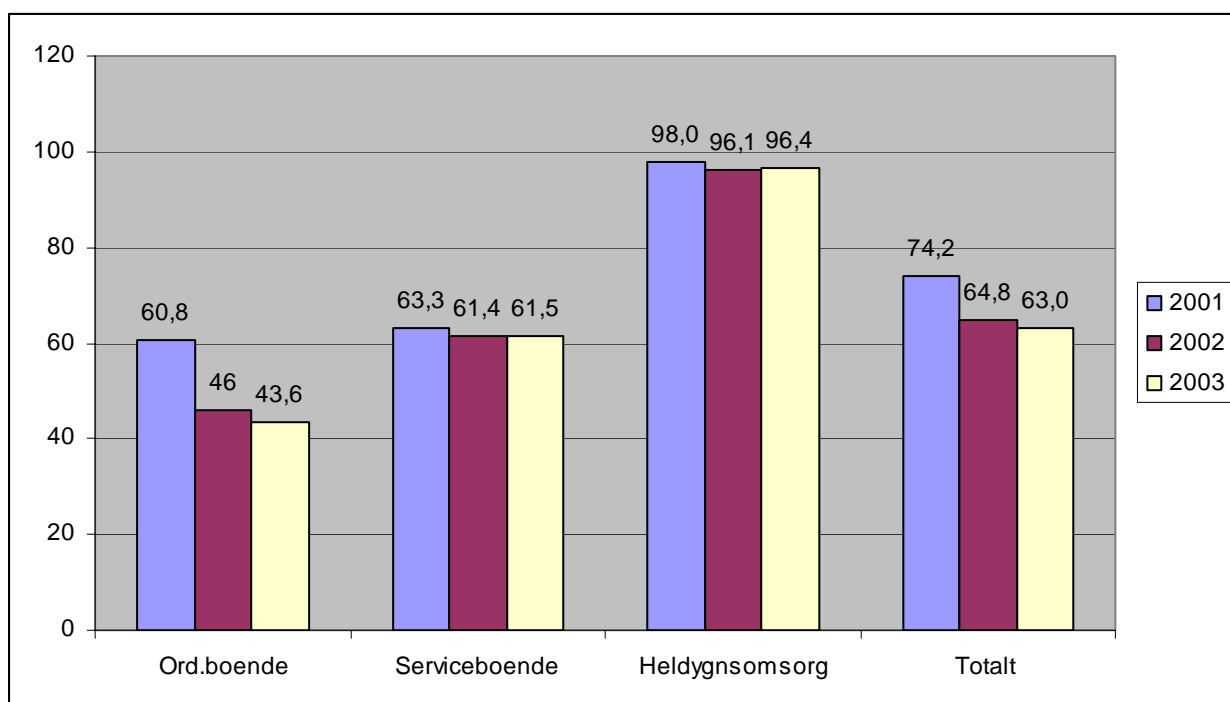
**Figur 8. Andelen beroende i samtliga IADL-aktiviteter per boendeform, 2001 - 2003, procent.**



Som man ser i figur 8 råder det avsevärda skillnader mellan boendeformerna när det gäller de boendes förmåga att klara de instrumentella aktiviteterna. I heldygnsvården är det mycket få som inte är beroende av hjälp för samtliga dessa aktiviteter. Inom övriga boendeformer klarar omkring hälften åtminstone någon aktivitet på egen hand. Andelen personer i ordinärt boende som var beroende för samtliga IADL-aktiviteter minskade påtagligt mellan 2001 och 2002, men har därefter legat oförändrad. I serviceboendet skedde en viss ökning 2002, men andelen har sedan återigen sjunkit.

En högre grad av vårdberoende representeras av dem som också är i behov av hjälp för att klara de s.k. personliga ADL-aktiviteterna – PADL. Figur 9 visar utvecklingen av andelen personer per boendeform som är beroende av hjälp för minst en PADL-aktivitet. Det framgår att denna andel minskat kraftigt i det ordinära boendet medan den legat i stort sett stilla i de båda övriga boendeformerna. I särskilt boende med heldygnsvård handlar det endast om ett fåtal personer, som är helt oberoende när det gäller PADL.

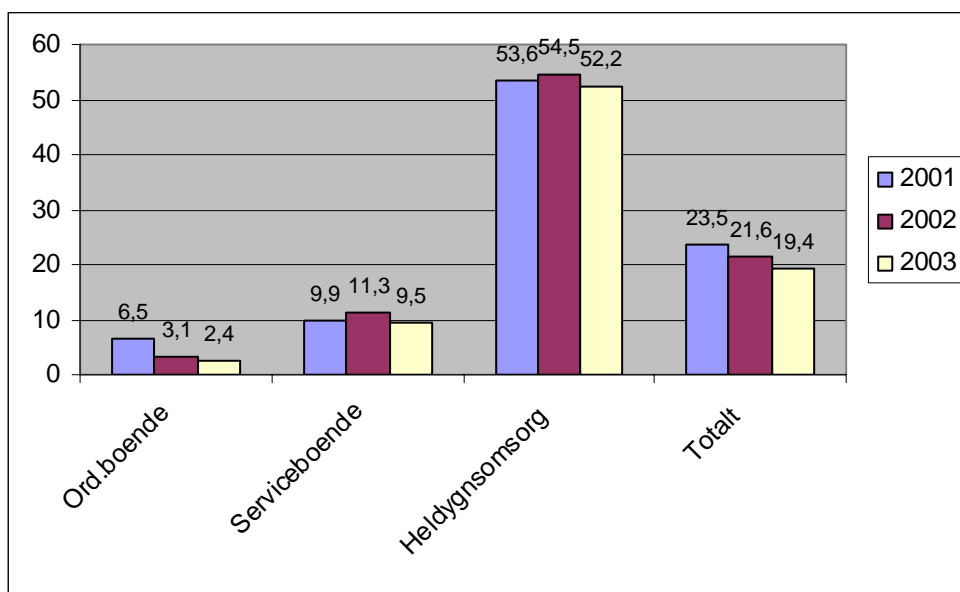
**Figur 9. Andelen beroende i minst en PADL-aktivitet per boendeform, 2001 - 2003, procent**



De alla mest funktionsnedsatta vårdtagarna är de som också är beroende för samtliga personliga ADL-funktioner. Inom heldygnsvården uppgår denna andel till omkring hälften. I övriga boendeformer är den betydligt lägre. Förändringen i andelen mellan åren per

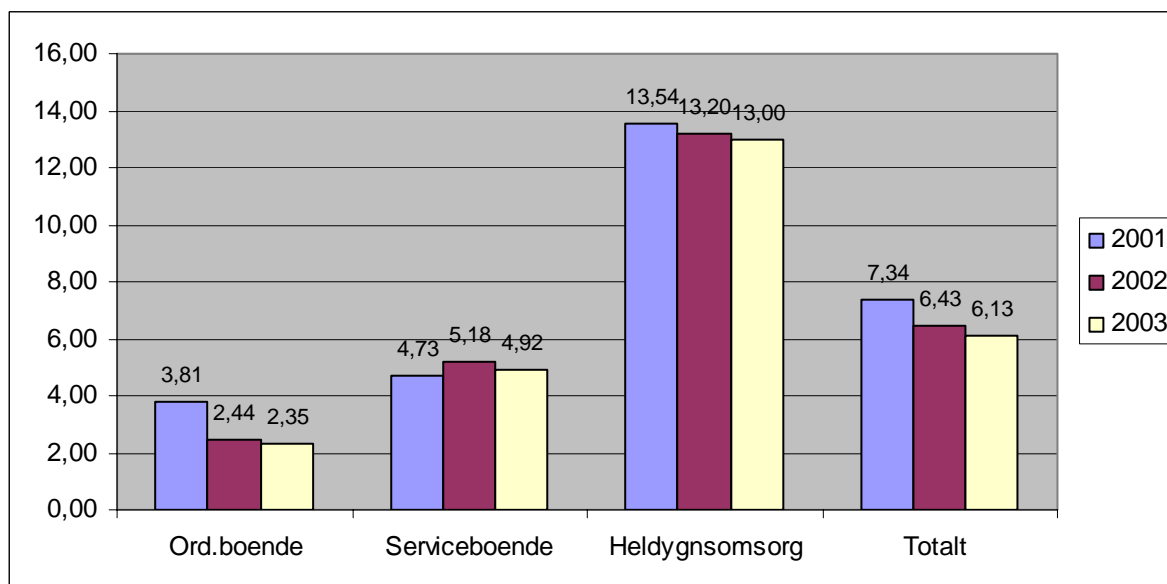
boendeform framgår av figur 10. Man ser här att den kraftiga nedgången av andelen personer, som var beroende för samtliga personliga ADL-funktioner, inte var tillfällig. Den redan förut låga andelen har t o m minskat. För övriga boendeformer är utvecklingen mer oklar. Uppgången 2001 – 2002 förbyttes under följande år i en nedgång.

**Figur 10. Andelen beroende i samtliga PADL-aktiviteter per boendeform, 2001 - 2003, procent**



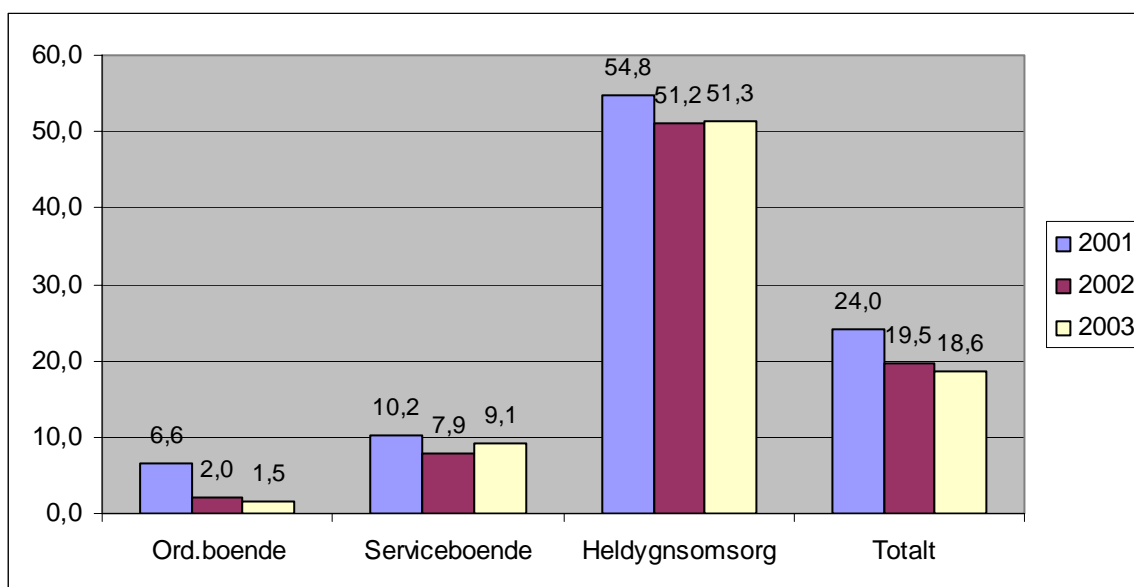
Förändringen kan också visas i medelvärdet för PADL-index. Detta är givetvis betydligt högre i helydgnssorgen än i de övriga boendeformerna. Figur 11 visar förändringen i PADL-medelvärdet per boendeform.

**Figur 11. Medelvärde för PADL-index per boendeform, 2001 - 2003.**



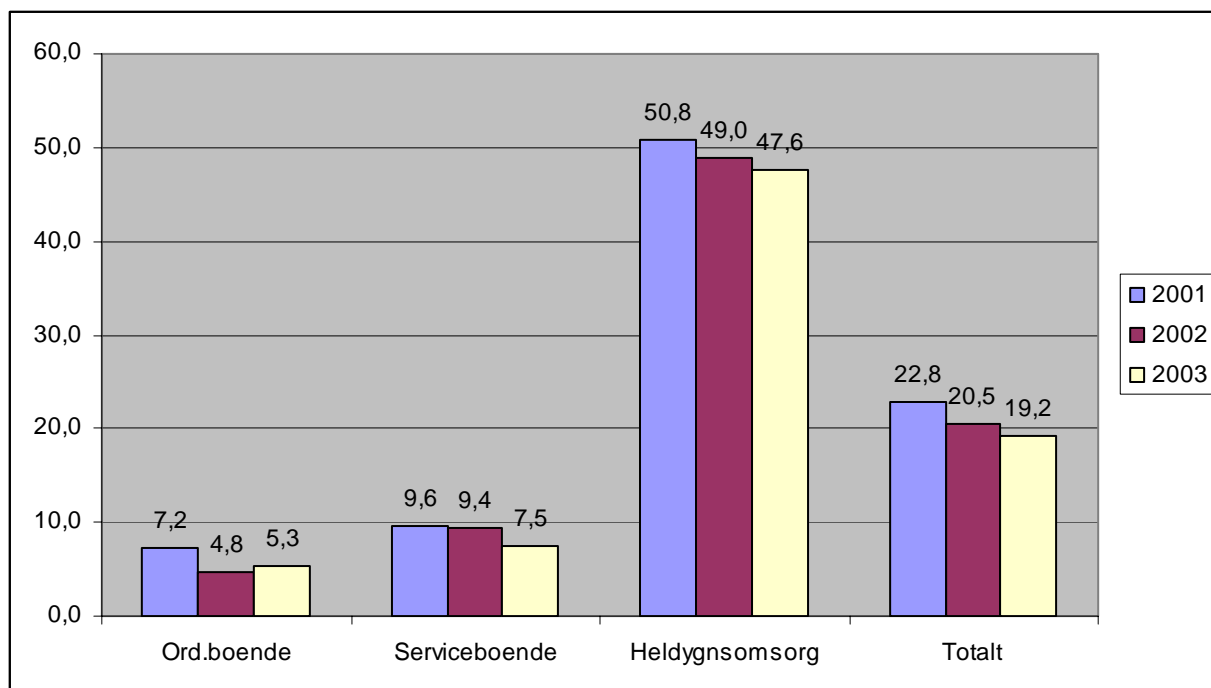
PADL-medelvärdet för det ordinära boendet minskade kraftigt mellan 2001 och 2002 men därefter har en stabilisering skett. De möjliga orsakerna till denna kraftiga nedgången analyserades i föregående rapport (SNAC-K rapport nr. 5). För övriga boendeformer har, som framgår av figur 11, förändringen varit betydligt mindre. Totalt för samtliga vårdtagare har det skett en stadig minskning. Förändringen avspeglas också i andelen mycket eller helt PADL-nedsatta (Figur 12). Andelen av dessa personer sjönk mellan 2001 och 2002 i samtliga boendeformer – dock allra mest påtagligt i det ordinära boendet, där minskningen också fortsatt. Inom heldygnsomsorgen tillhör fortfarande drygt hälften denna kategori av starkt funktionsnedsatta personer. I det ordinära boendet har de nästan försvunnit.

**Figur 12. Andelen mycket eller helt funktionsnedsatta per boendeform, 2001 - 2003**



Kognitiv nedsättning mäts enligt SNAC-formuläret i fyra nivåer – från ingen nedsättning (0) till mycket svår nedsättning (3). Det senare motsvarar Berger-skalans nivå 5 eller 6. Figur 10 visar förändringen per boendeform i andelen med svår eller mycket svår nedsättning.

**Figur 13. Andelen svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta personer per boendeform, 2001 – 2003, procent.**

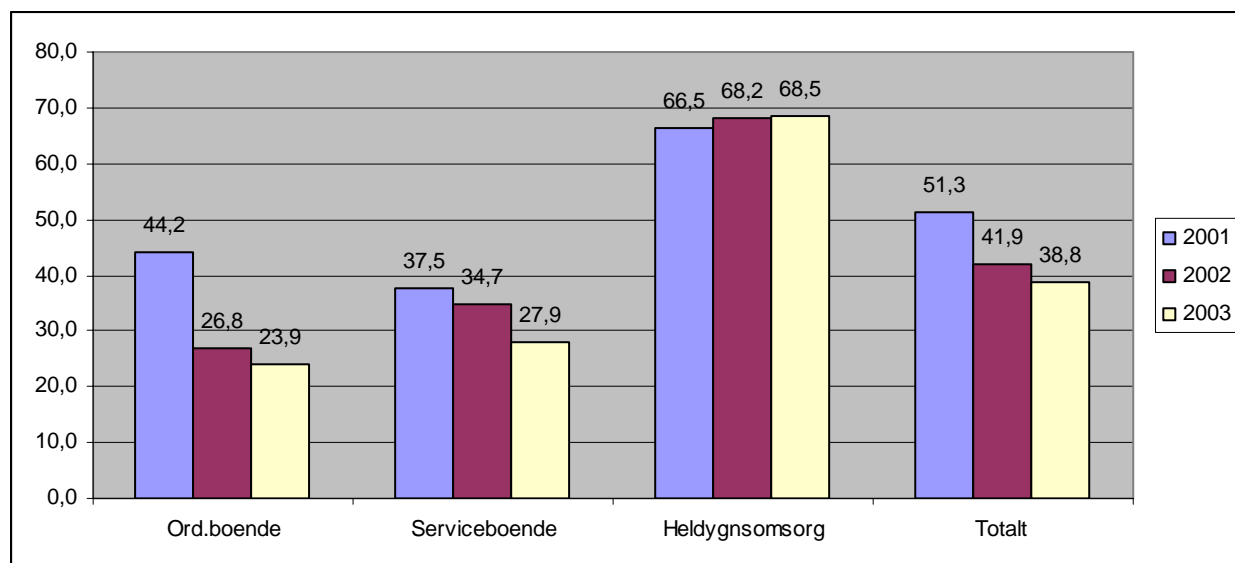


Utvecklingen av förekomsten av svår eller mycket svår kognitiv nedsättning följer samma mönster som för övriga funktionsmått. Av vårdtagarna i ordinärt boende är år 2003 betydligt färre svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta jämfört med år 2001. I serviceboendet är denna andel ungefär dubbelt så hög som i ordinärt boende, men även där har den sjunkit det senaste året. Också inom heldygnsomsorgen har andelen svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta visat en tendens till minskning.

Som framgår av figur 14 skiljer förekomsten av svåra eller mycket svåra rörelsehinder inte alls lika starkt mellan boendeformerna även om den naturligt nog är klart högst inom heldygnsomsorgen. Inom det ordinära boendet sjönk andelen svårt eller mycket svårt rörelsehindrade med mer än en tredjedel mellan 2001 och 2002 och minskningen har fortsatt. Även i serviceboendet har det skett en påtaglig minskning av andelen personer med svåra eller mycket svåra rörelsehinder. Inom heldygnsomsorgen är situationen i stort sett stabil – en liten ökning kan noteras.

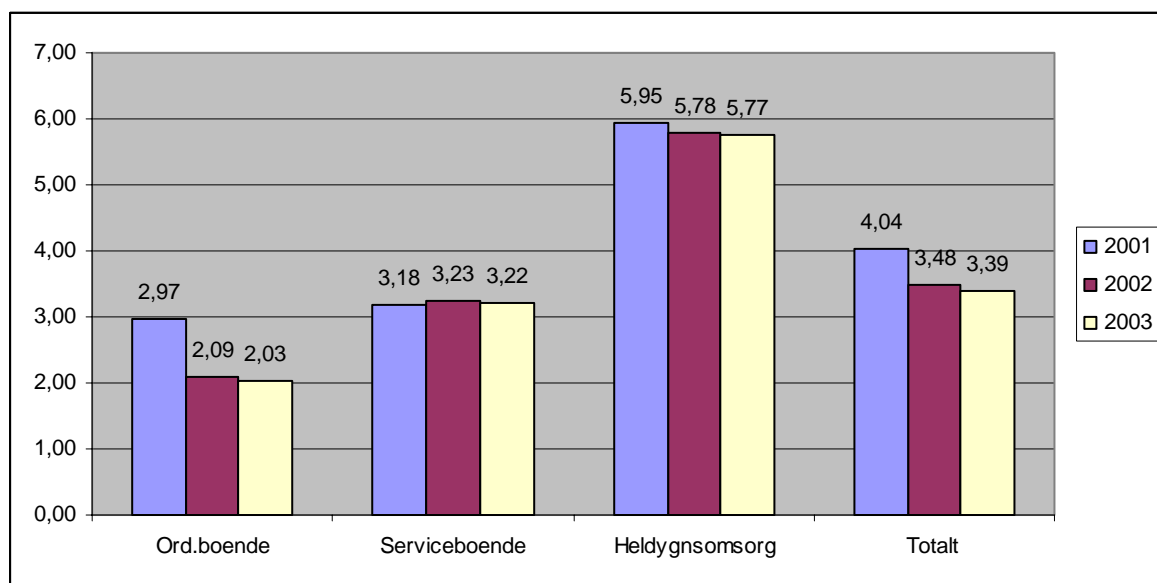


**Figur 14. Andelen personer med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per boendeform, 2001 – 2003 , procent.**



Ett vanligt sammanfattande mått på brister i funktionsförmåga är det s. k Katz ADL-index, ursprungligen framtaget för att mäta resultat av rehabilitering. Katz-skalan går från A (inga ADL-begränsningar) till G (begränsningar i samtliga ADL-aktiviteter). Dessutom finns en kategori Ö avsedd att fånga in de som faller utanför den regelmässiga ordningen enligt den s.k. ADL-trappan. Om bokstavsvärdena för Katz –index ersätts med siffror (A=1, B=2, ..., G=7) och kategorin Ö utesluts kan man beräkna ett medelvärde för Katz-index. Detta skiljer sig från SNAC PADL-index främst genom att det inte direkt involverar kognitiv nedsättning. Genom att denna så starkt samvarierar med förmågan till aktiviteter i dagligt liv är dock indexen i stort samstämmiga. Figur 15 visar förändringen i Katz-medelvärdet under perioden 2001 – 2003 per boendeform.

**Figur 15. Medelvärde för Katz ADL-index (numeriskt) per boendeform, 2001 och 2002.**



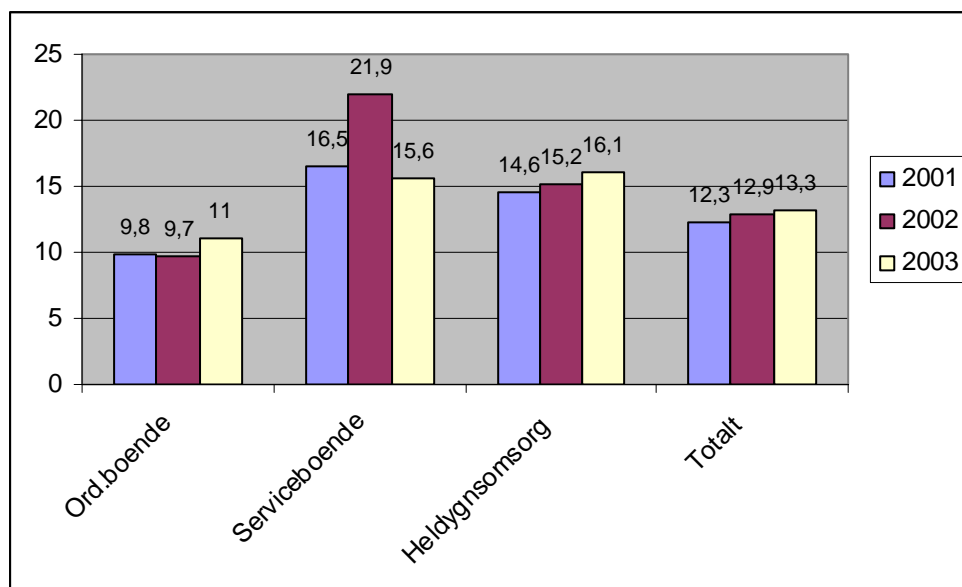
Förändringen i Katz-index pekar som synes i samma riktning som övriga här redovisade resultat avseende förändringen av vårdberoendet hos vårdtagarna i de tre boendeformerna. I det ordinära boendet sjönk Katz-medelvärdet kraftigt mellan 2001 och 2002 och minskningen har fortsatt fast i betydligt lägre takt, i serviceboendet är situationen i stort sett stabil och för heldygnsomsorgen har det skett en liten minskning.

### 3.2.3 Övriga funktionsnedsättningar och besvär

I formuläret för registreringen inom SNAC vårdsystemdelen ingår också frågor om andra slag av funktionsnedsättningar och besvär. Resultat avseende dessa frågor rapporterades ifrån 2001 års baslinjeundersökning (SNAC-K rapport nr.1), men ingick inte i rapporteringen för år 2002 (SNAC-K rapport nr. 5). Nedan redovisas i diagramform utfallet av samma variabler, som ingick i redovisningen år 2001, för samtliga tre år perioden 2001 – 2003. I 2001 års undersökning var bortfallet på dessa frågor (uteblivet svar eller ”vet ej”) genomgående ganska högt – 17% - 27%. I de båda senare datamaterialen är bortfallet betydligt lägre. I SNACK02KOMP ligger bortfallet mellan 4% och 7%, i SNACK03RED är det något högre - 8% - 11%. Detta avspeglar den allmänna kvalitetshöjning som skett i SNAC-K vårdsystemregistreringen.

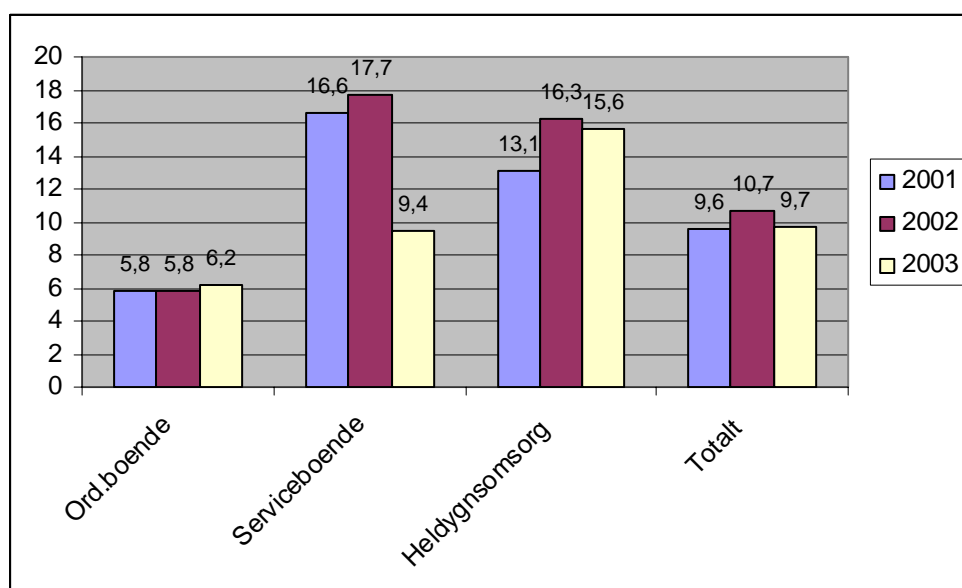
Figur 16 och 17 visar andelen personer med svår eller mycket svår syn- resp. hörselnedsättning per boendeform för resp. år under perioden 2001 –2003.

**Figur 16. Andelen personer med svår eller mycket svår synnedsättning per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Totalt kan här en viss mindre ökning noteras. Den mycket starka ökningen år 2002 i serviceboendet är svårförklarlig och kan bero på mätfel. För detta talar att det följande år skedde en återgång till 2001 års nivå. Det kan vara värt att notera att skillnaderna mellan boendeformerna i detta fall är mycket måttliga. Detta antyder att synnedsättning i sig inte innebär något större hinder för att bo kvar i ordinärt boende.

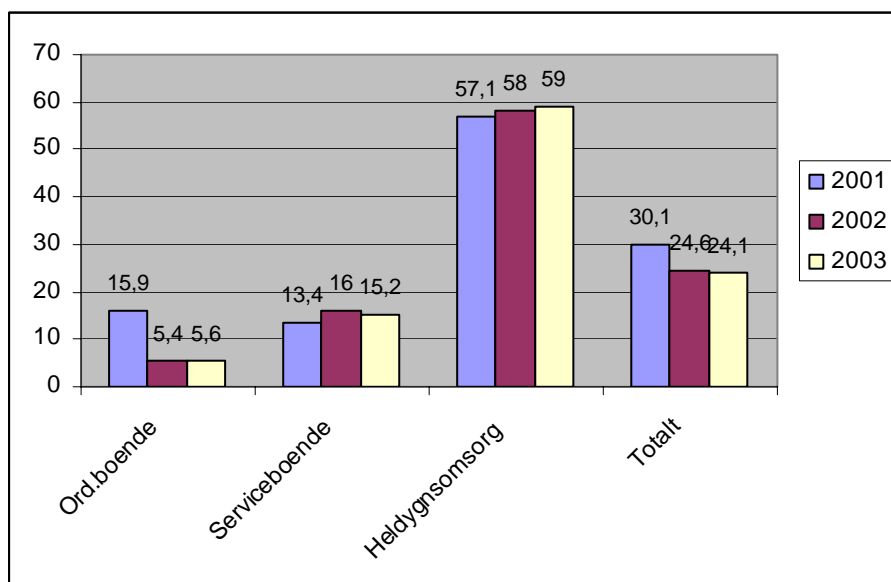
**Figur 17. Andelen personer med svår eller mycket svår hörselnedsättning per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Ett liknande mycket hastigt språng som för synnedsättningen i serviceboendet kan noteras fast i motsatt riktning för hörselnedsättning det följande året. Här skiljer nivåerna mer påtagligt mellan boendeformerna. Förekomsten av grav hörselnedsättning ligger påtagligt högre i serviceboendet än det ordinarie boendet och på samma nivå som i heldygnsvården. De stora skillnaderna från år till år gör dock att man bör vara försiktig att dra slutsatser från här redovisade siffror.

Förekomsten av inkontinens – urin resp. avföring – per boendeform framgår av de följande figurerna 18 och 19.

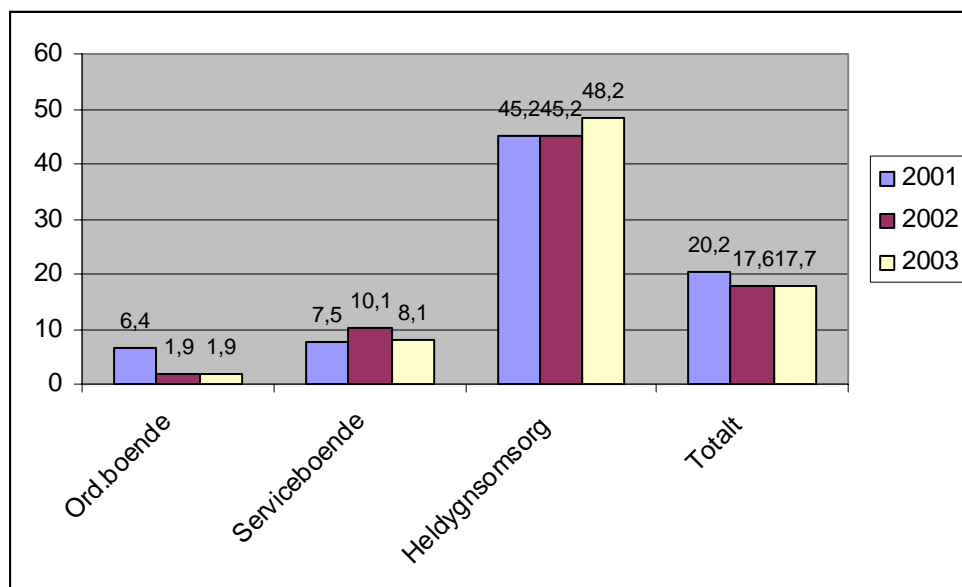
**Figur 18. Andelen personer med svår eller mycket svår urininkontinens per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Den mest påtagliga förändringen här är den radikala minskningen av andelen urininkontinenta i ordinarie boende mellan år 2001 och 2002. Denna sammanhänger med den kraftiga minskningen av andelen personer med höggradig funktionsnedsättning som rapporterades redan i föregående rapport (SNAC-K rapport nr. 5) och som också påtalats ovan. Liksom när det gäller PADL har situationen stabiliserats mellan 2002 och 2003. Det råder nu, som man kan se i figur 18, en mycket stor skillnad mellan boendeformerna när det gäller förekomsten av svår urininkontinens. Totalt bland vårdtagarna har det skett en viss nedgång.

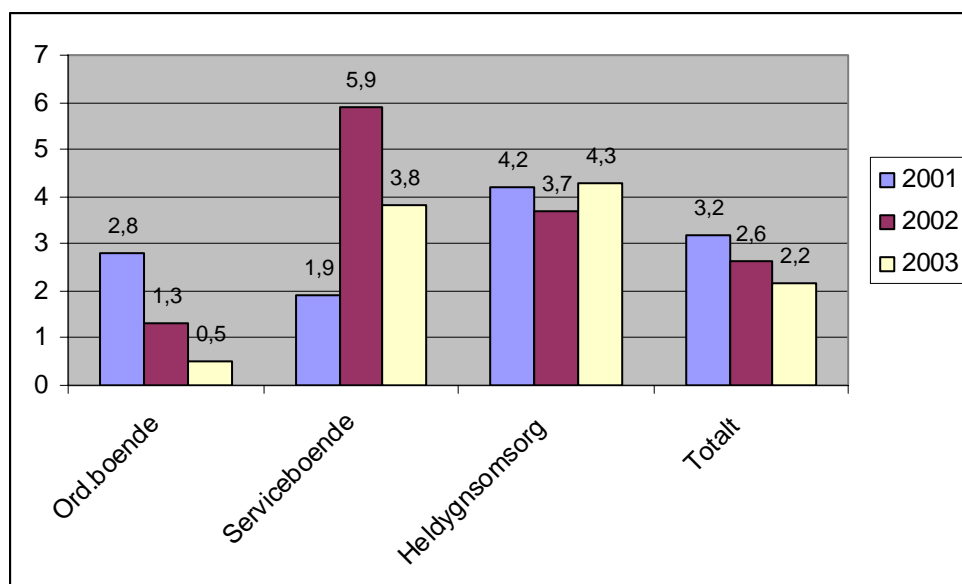
Detsamma gäller avföringsinkontinens, som är mycket allmänt förekommande i boende med heldygnsvård men förekommer endast undantagsvis i ordinarie boende och serviceboende (figur 19).

**Figur 19. Andelen personer med svår eller mycket svår avföringsinkontinens per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Förändringarna under perioden 2001 –2003 avseende förekomsten av sår – trycksår och kroniska sår – per boendeform framgår av figurerna 20 och 21 nedan<sup>3</sup>.

**Figur 20. Andelen personer med trycksår per boendeform, 2001 –2003, procent.**



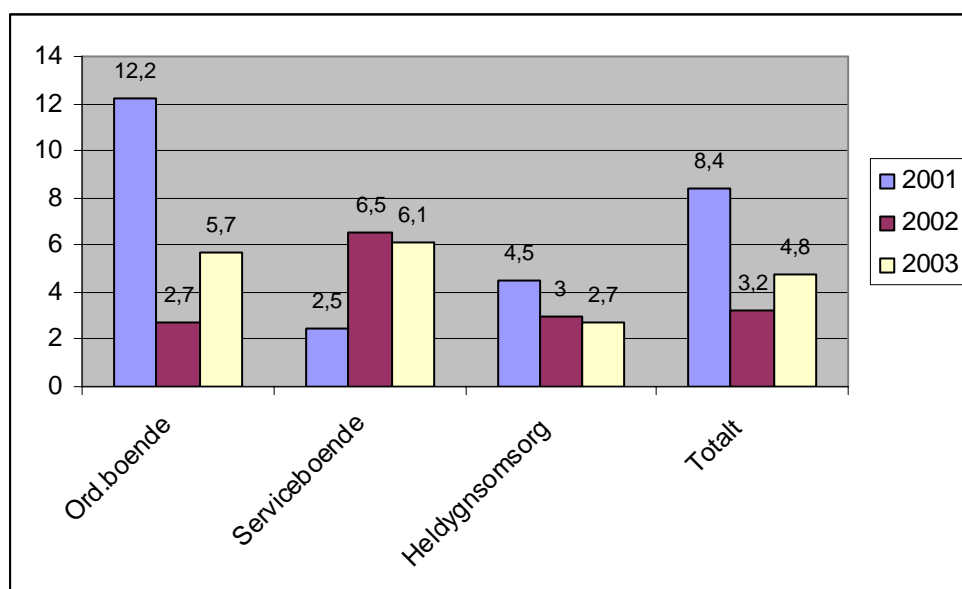
Även här har det som man kan se skett en stor förändring i det ordinarie boendet och i detta fall har nedgången fortsatt också mellan 2002 och 2003. Anmärkningsvärd är den höga andelen år 2002 i serviceboendet. Denna minskade dock påtagligt det senaste året. Totalt har

<sup>3</sup> Uppgifter om förekomsten av trycksår och kroniska sår i ordinarie boende registreras av sjukvårdsutbildad personal inom SNAC-projektet, eftersom biståndshandläggarna, som annars utför registreringen, i allmänhet inte har denna information. För år 2001 är uppgifterna osäkra p g a stort bortfall.

det skett en klar minskning av förekomsten av trycksår under perioden vilket skulle kunna tyda på en förbättrad vårdkvalitet - till stor del förmodligen kopplad till att personer med stora omvårdnadsbehov i högre utsträckning än tidigare kunnat beredas plats i särskilt boende med heldygnsomsorg.

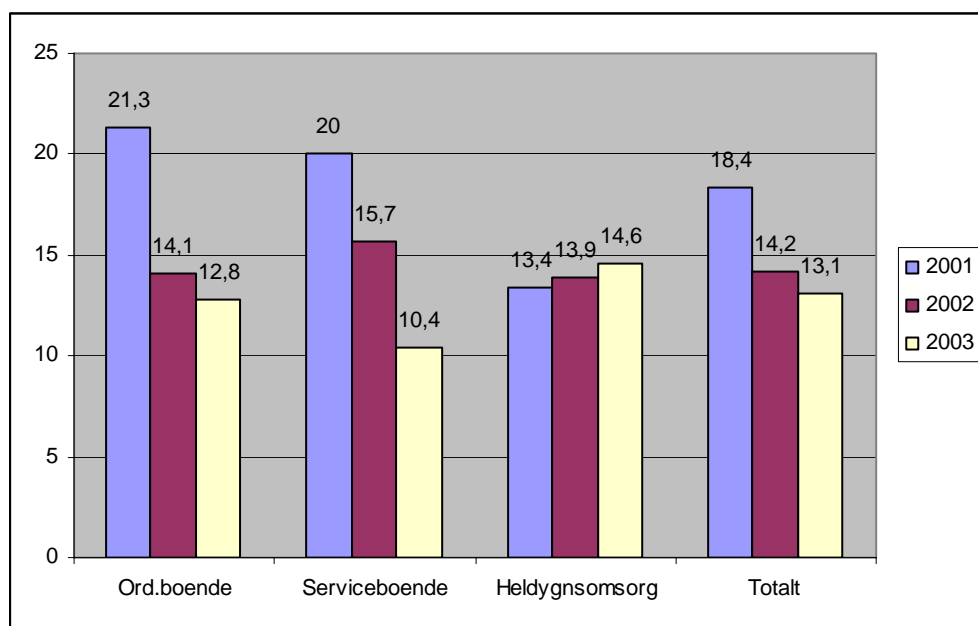
När det gäller kroniska sår är utvecklingen, som man kan se i figur 18, inte lika entydig. Mellan 2001 och 2002 gick andelen ned kraftigt i ordinärt boende, men den ökade samtidigt starkt i serviceboendet. Det följande året skedde en återgång i det ordinära boendet. Inom heldygnsomsorgen har dock andelen boende med kroniska sår stadigt minskat.

**Figur 21. Andelen personer med kroniska sår per boendeform, 2001 –2003, procent.**



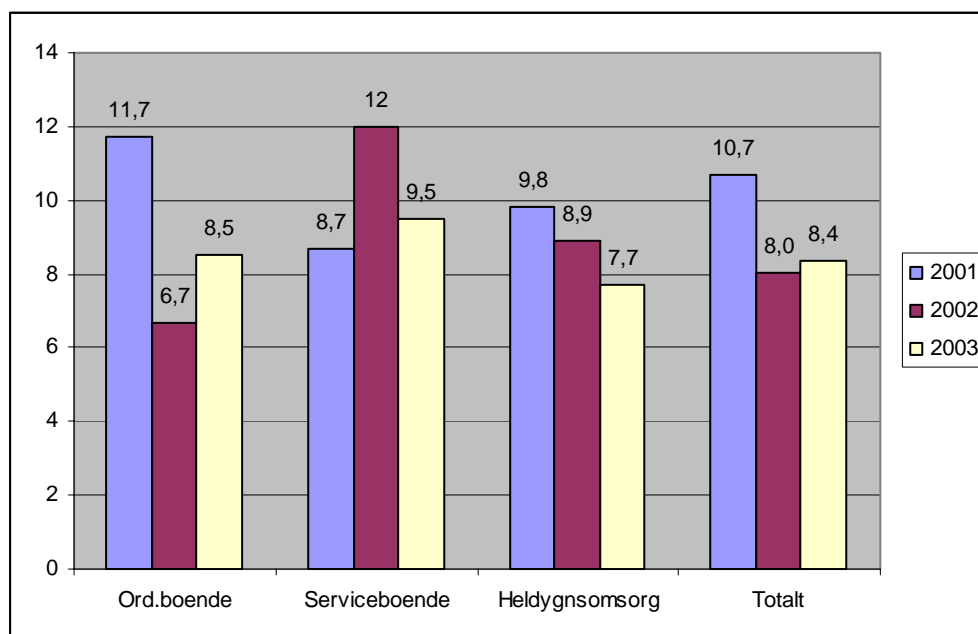
Förekomsten av smärta och yrsel visas i de två följande diagrammen – figur 22 och 23. Smärta är självfallet svårt att uppskatta för en utomstående person. Man brukar säga att förekomsten av smärta hos vårdtagarna i allmänhet underskattas. Det är också svårt att värdera graden av smärta. Här redovisade siffror bör därför tolkas med försiktighet. Den utveckling man kan se är dock påfallande entydig- förekomsten av svår eller mycket svår smärta ser ut att stadigt minska i ordinärt boende och serviceboende, medan den verkar öka i heldygnsomsorgen. Skillnaderna i förekomst mellan boendeformerna är påfallande små.

**Figur 22. Andelen personer med svår eller mycket svår smärta per boendeform, 2001 – 2003, procent.**



I den följande figuren 23 visas motsvarande förekomst av yrsel per boendeform för resp. år under perioden.

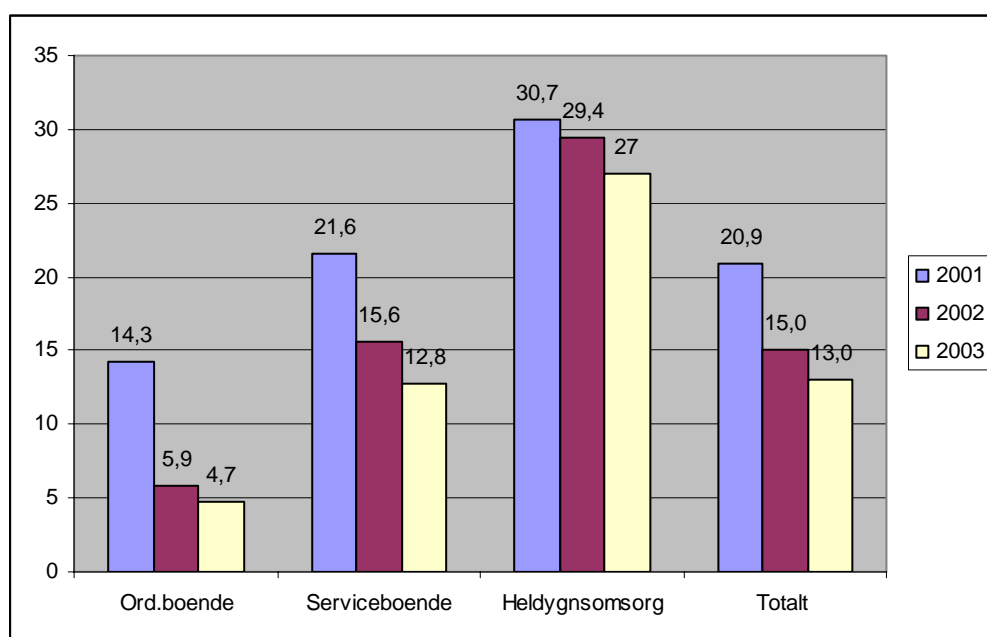
**Figur 23. Andelen personer med svår eller mycket svår yrsel per boendeform, 2001 – 2003, procent.**



Även här är det mycket små skillnader mellan boendeformerna. Tendensen verkar vara mot en minskning av förekomsten, men liksom i några andra fall avviker serviceboendet genom hastiga förändringar upp och ner. En orsak till detta är givetvis att det här rör sig om betydligt färre personer varför tillfälligheter får betydligt större spelrum.

Utvecklingen av förekomsten av oro och nedstämdhet under perioden 2001 – 2003 framgår av figurerna 24 och 25.

**Figur 24. Andelen personer med svår eller mycket svår oro per boendeform, 2001 – 2003, procent.**



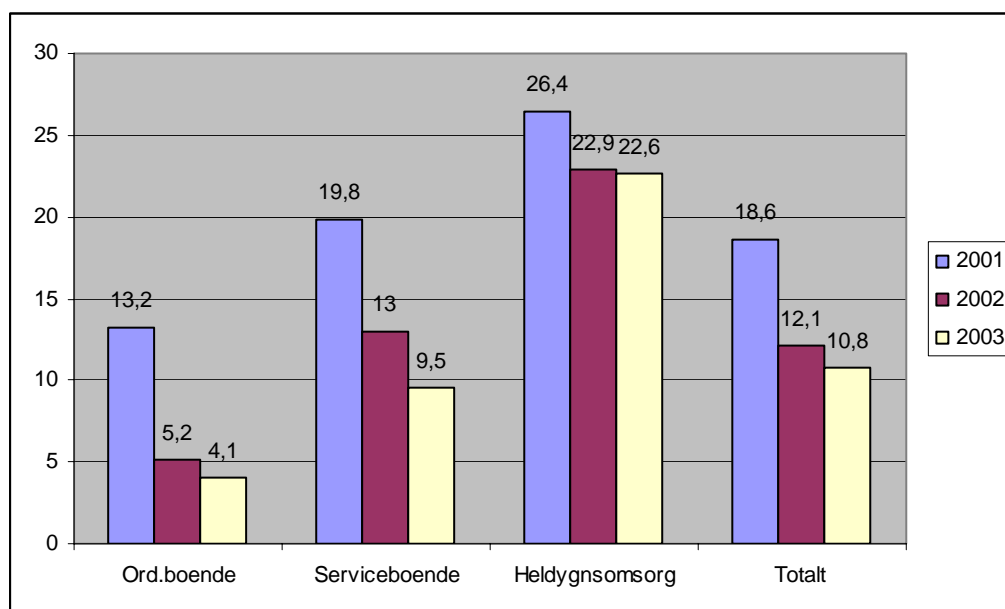
När det gäller förekomsten av oro förefaller det ha skett en betydande förbättring under perioden. Andelen med svår och mycket svår oro verkar ha sjunkit stadigt och påtagligt i samtliga boendeformer – allra mest i det ordinarie boendet. Siffrorna över utvecklingen bör dock tolkas med försiktighet, eftersom det dels var ett stort bortfall år 2001, dels rapporterade värden påverkas av personalens observans av dessa problem. Den senare kan givetvis ha förändrats mellan åren.

Det kan vara värt att notera att andelen oroliga verkar vara betydligt lägre i ordinarie boende än i övriga boendeformer. Detta kan vara en sekundär effekt av högre genomsnittsålder eller mer höggradig funktionsnedsättning. Men det kan också vara en fråga om urval – endast de kan vara kvar i ordinarie boende som inte i högre grad besväras av oror och ångest. Resultatet



antyder också att den tryggare boendeformen ingalunda garanterar ökad trygghet hos de boende.

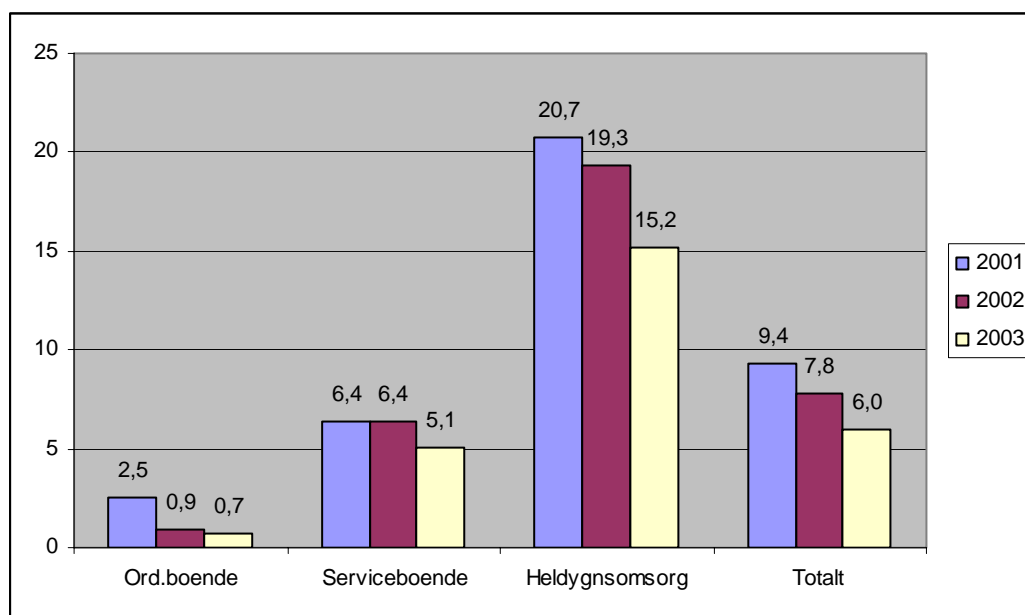
**Figur 25. Andelen personer med svår eller mycket svår nedstämdhet per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Inte heller tycks den tryggare boendeformen inverka positivt på de boendes sinnesstämning. Förekomsten av nedstämdhet är som man kan se i figur 22 betydligt högre i särskilt boende med heldygnsomsorg och serviceboende än i ordinärt boende. Även här tycks det dock finnas en påtaglig nedåtgående tendens. Totalt har andelen av vårdtagarna med svår eller mycket svår nedstämdhet minskat med mer än 40% om man skall tro dessa siffror. Orsakerna till detta kan vara värda att undersöka närmare.

I SNAC-K formuläret finns också en fråga om det hos personen de senaste månaderna förekommit beteenden som av personalen upplevts som svårt att hantera. Förändringen under perioden i andelen personer per boendeform, som uppvisat svårhanterligt beteende enligt denna definition framgår av figur 26.

**Figur 26. Andelen personer med svårhanterliga eller mycket svårhanterliga beteendeproblem per boendeform, 2001 –2003, procent.**



Eftersom beteendeproblem av detta slag är kopplade till demenssjukdom är det naturligt att förekomsten i hög grad samvarierar med kognitiv nedsättning. Som man kan vänta är därför andelen vårdtagare med problem av detta slag betydligt vanligare i särskilt boende med heldygnsvård än i ordinärt boende. Nedgången, som är betydligt större än minskningen av andelen med grav demenssjukdom, kan vara kopplad till ökad läkemedelsanvändning.

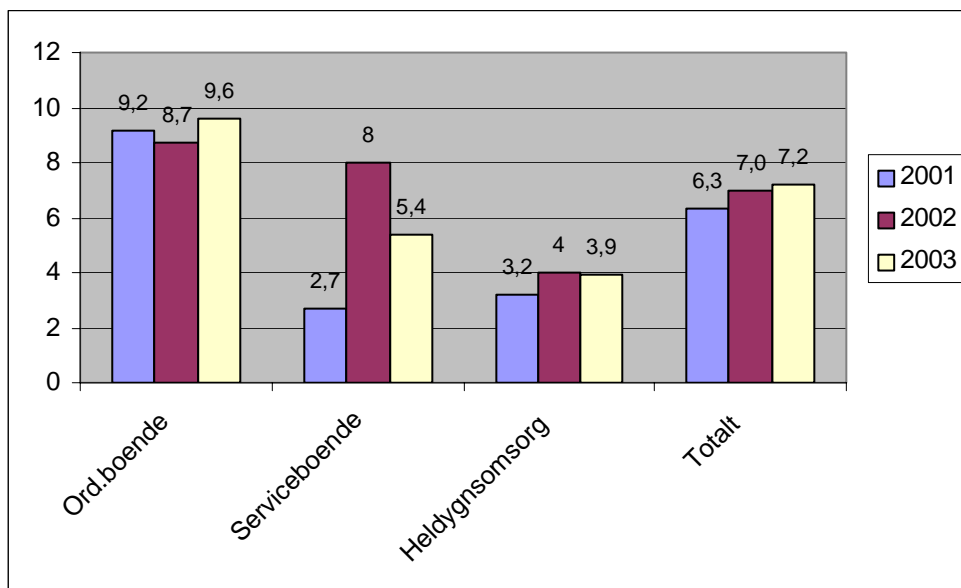
### 3.2.4 Hjälpt i dagligt liv från anhöriga m fl och annan ej biståndsbedömd hjälp

I SNAC vårdsystemformuläret ingår också ett antal frågor angående annan hjälp än den som vårdtagarna erhåller från äldreomsorgen. Dessa frågor avser hjälpens omfattning och karaktär (instrumentell eller personlig) samt vem/vilka som lämnar hjälpen. Sedan år 2002 ingår också kön på huvudsaklig hjälpare. I SNAC-Kungsholmen och Nordanstig registreras också sociala kontakter på motsvarande sätt. Som redovisats i den första rapporten har registreringen av dessa uppgifter fört med sig en hel del problem. Det visade sig att i en stor del av fallen saknade biståndshandläggarna eller andra personer, som skulle fylla i blanketterna, kunskap om rådande förhållanden i dessa avseenden. Resultatet blev ett stort bortfall som i sin tur ledde till tolkningsproblem och osäkerhet om vilka slutsatser som det var berättigat att dra.

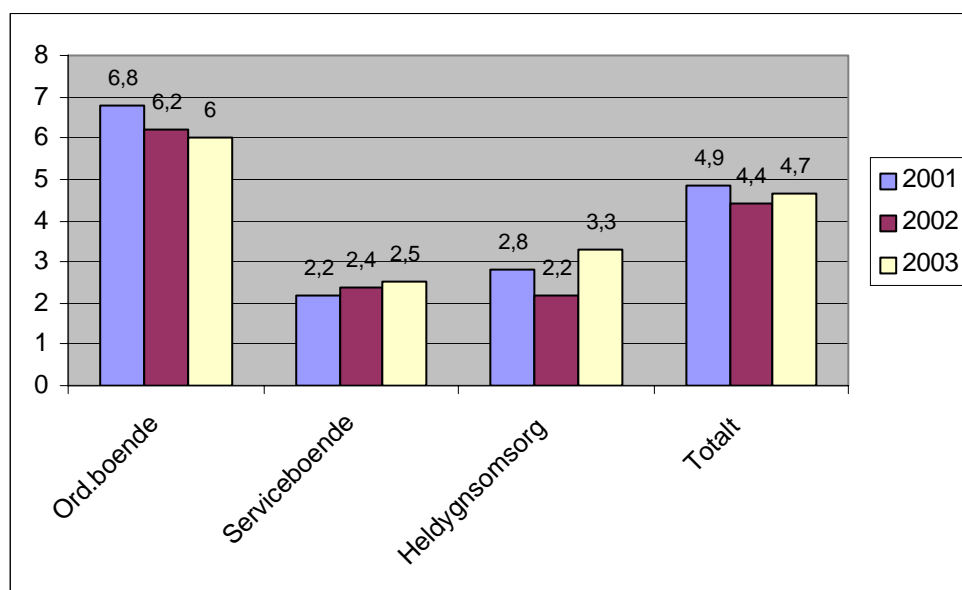
I de senare undersökningarna är läget i dessa avseenden tyvärr i stort sett oförändrat. Bortfallet i SNACK03RED-materialet när det gäller frågorna om hjälp från barn, syskon, övrig släkt, grannar etc. ligger mellan 30% – 40%. När det gäller hjälp från frivillig organisation eller privat verksamhet ligger det t o m högre – omkring 45%. Detta gör att de resultat som kommer att presenteras nedan måste tolkas med försiktighet. I den revidering av SNAC-K-formuläret som gjorts 2004 har frågorna kring anhörighjälp och kontakter avsevärt reducerats. Önskar man en djupare information om dessa i och för sig mycket viktiga förhållanden kan man använda resultat från SNAC-befolkningsstudien.

En jämförelse mellan åren 2001, 2002 och 2003 visar inga förändringar när det gäller strukturen på hjälpen i stort (jfr SNAC-K rapport nr.1). Eftersom huvuddelen av vårdtagarna är ensamstående är det självfallet relativt få som får hjälp av make/maka. Figur 27 och 28 visar utvecklingen per boendeform av andelen av vårdtagarna, som får service- resp. omvårdnadsinsatser från make/maka.

**Figur 27. Andel med serviceinsatser från make/maka, procent, 2001 -2003**



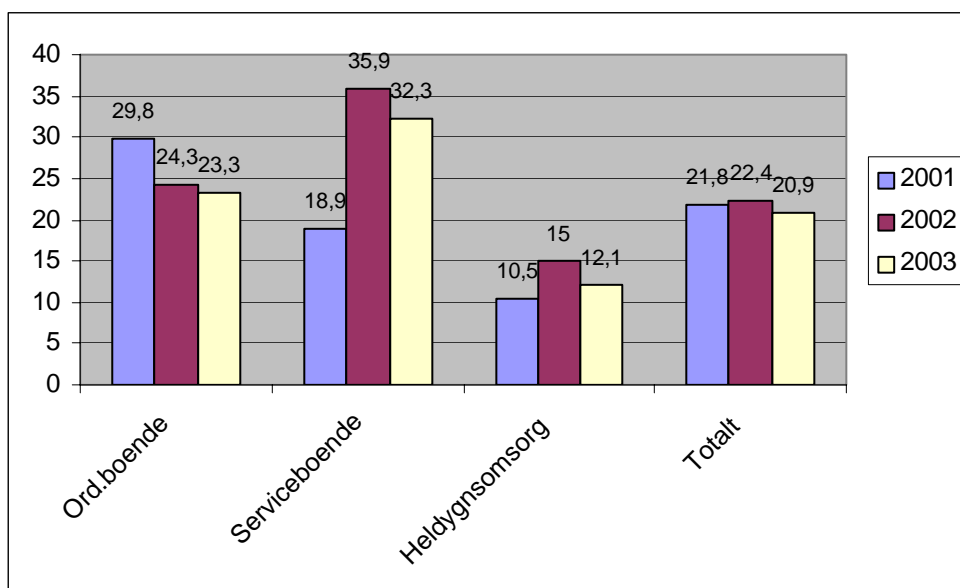
**Figur 28. Andel med omvårdnadsinsatser från make/maka, procent, 2001 - 2003**



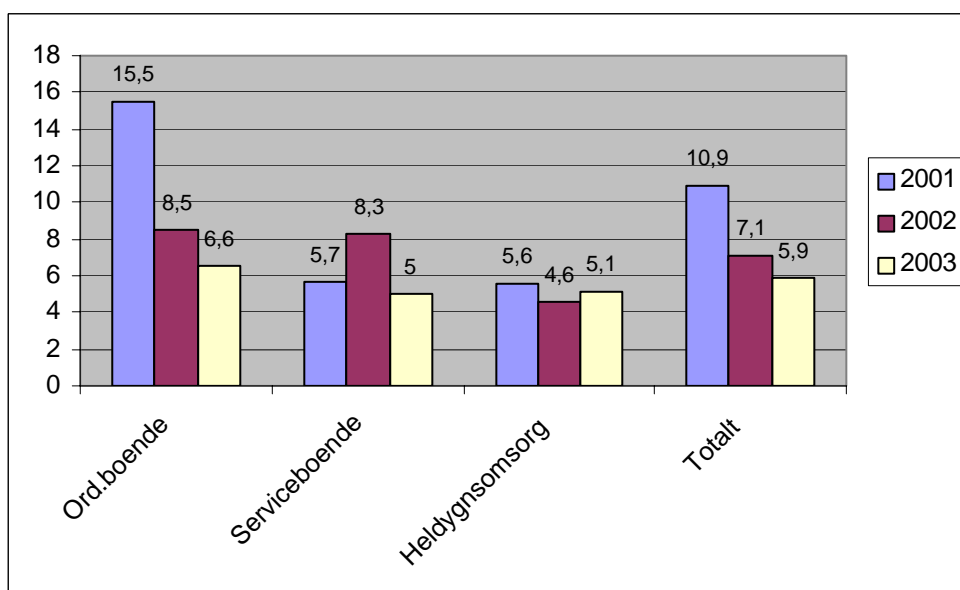
Som framgår av figurerna har andelarna, som har serviceinsatser från make/maka, varit relativt stabila i ordinärt boende och i boende med helygnsomsorg, medan de skiftat i serviceboende. Det senare är nog mer en fråga om osäkerhet i rapporteringen än verkliga förändringar. Genom att antalet serviceboende är förhållandevis begränsat blir siffrorna här mer osäkra. Totalt förefaller andelen som får serviceinsatser från make/maka ha ökat under det att andelen med omvårdnadsinsatser verkar vara i stort sett oförändrad. Genom det stora bortfallet är dock tendenserna ganska osäkra.

Den andra stora kategorin hjälpare utanför den offentliga omsorgen är barnen. Betydligt fler vårdtagare får hjälp av sina barn (inkl. svärdöttrar/svärsöner) än av make/maka – givetvis som följd av att så få har make/maka i livet. Figurerna 28 och 29 visar per boendeform hur andelen som får service- resp. omvårdnadsinsatser av sina barn (motsv.) har förändrats under åren 2001 – 2003.

**Figur 29. Andel med serviceinsatser från barn, procent, 2001 -2003**



**Figur 30. Andel med omvårdnadsinsatser från barn, procent, 2001 - 2003**



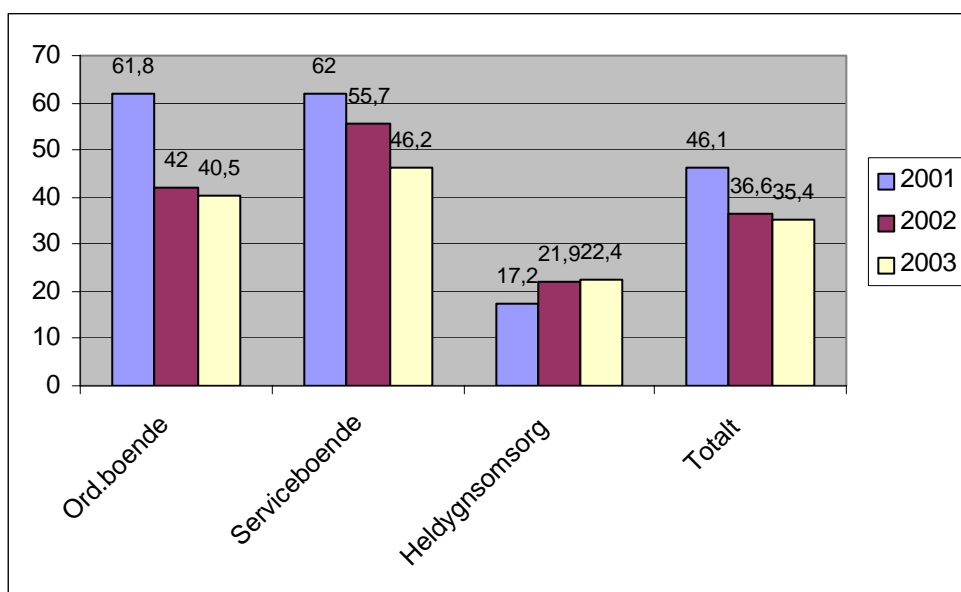
Det ser här ut som att betydligt färre i ordinärt boende fick hjälp av barnen år 2003 än år 2001. Detta gäller i särskilt hög grad omvårdnadsinsatserna. En förklaring till detta kan vara att antalet vårdtagare med mycket stora omvårdnadsbehov minskat i starkt i ordinärt boende och att det bland dessa personer också är många som har stora anhöriginnsatser.

I serviceboendet är, precis som när det gäller hjälpen från make/maka, tendensen betydligt mer oklar och inte heller i heldygnsomsorgen kan man se någon tydlig tendens. Skillnaden

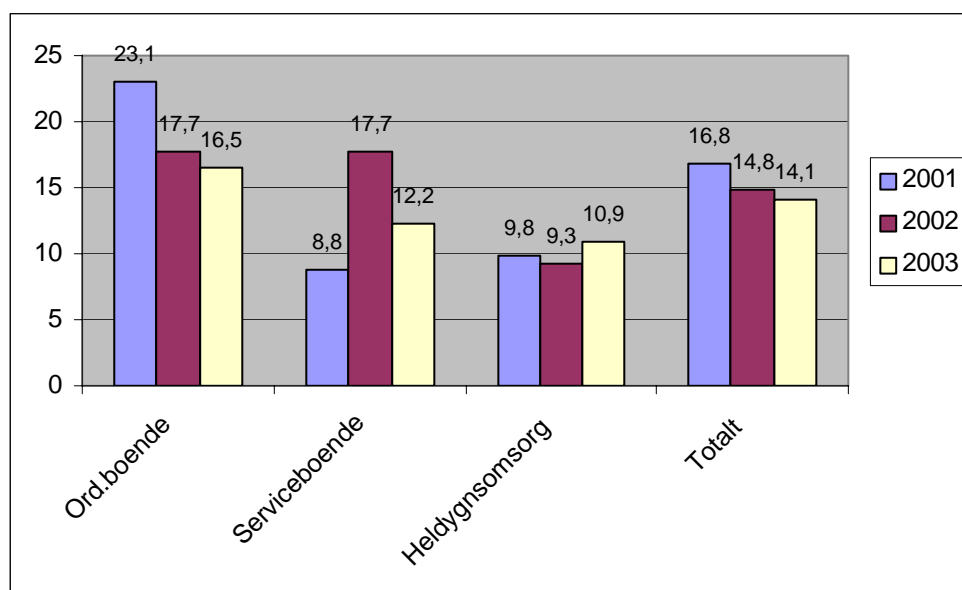
mellan boendeformerna i detta avseende är naturlig m h t att det inte skett någon större förändring av sammansättningen av vårdtagarna i det särskilda boendet.

Övriga kategorier hjälpare kan vara barnbarn, syskon, mer avlägsna släktingar, goda vänner, grannar, god man etc.. Även insatser från frivilligorganisationer och privat betald hjälp förekommer fast i mycket begränsad omfattning (se SNAC-K rapport nr.1). Ett sammanfattande mått på den informella hjälpen är andelen, som får insatser av resp. slag från någon. Hur denna andel förändrats under åren 2001 – 2003 framgår av figurerna 31 och 32 nedan.

**Figur 31. Andel med serviceinsatser från någon, procent, 2001 – 2003**



**Figur 32. Andel med omvårdnadsinsatser från någon, procent, 2001 – 2003**

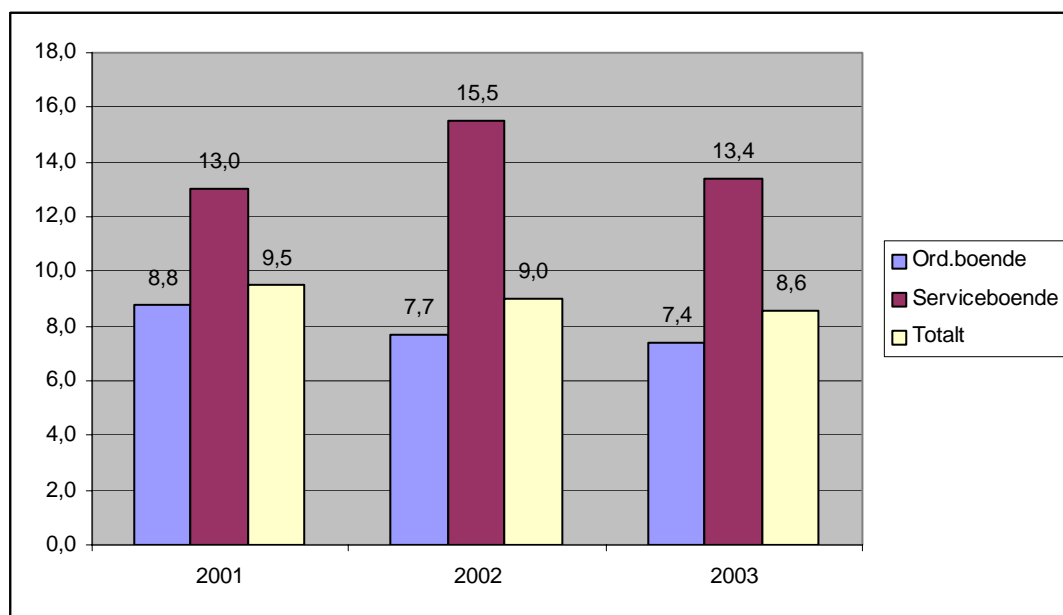


Tendenserna när det gäller detta sammanfattande mått är tydligare än när det gäller enskilda kategorier hjälpare. Andelen vårdtagare i ordinärt boende som får informell hjälp verkar ha minskat klart. Detta gäller såväl service- som omvårdnadsinsatser. I serviceboendet har andelen som får serviceinsatser minskat, medan tendensen när det gäller omvårdnadsinsatser är oklar. I helygnsomsorgen är förhållandena i stort sett oförändrade. Totalt sett har andelen med informell hjälp minskat för såväl service som omvårdnad. Det är svårt att säga om det är ett uttryck för en faktisk minskning av belastningen på anhöriga, som följd av den relativt sett ökade tillgången till kommunal äldreomsorg på Kungsholmen. En sådan förklaring förefaller dock inte helt orimlig.

### 3.3 Beviljade insatser enligt Socialtjänstlagen

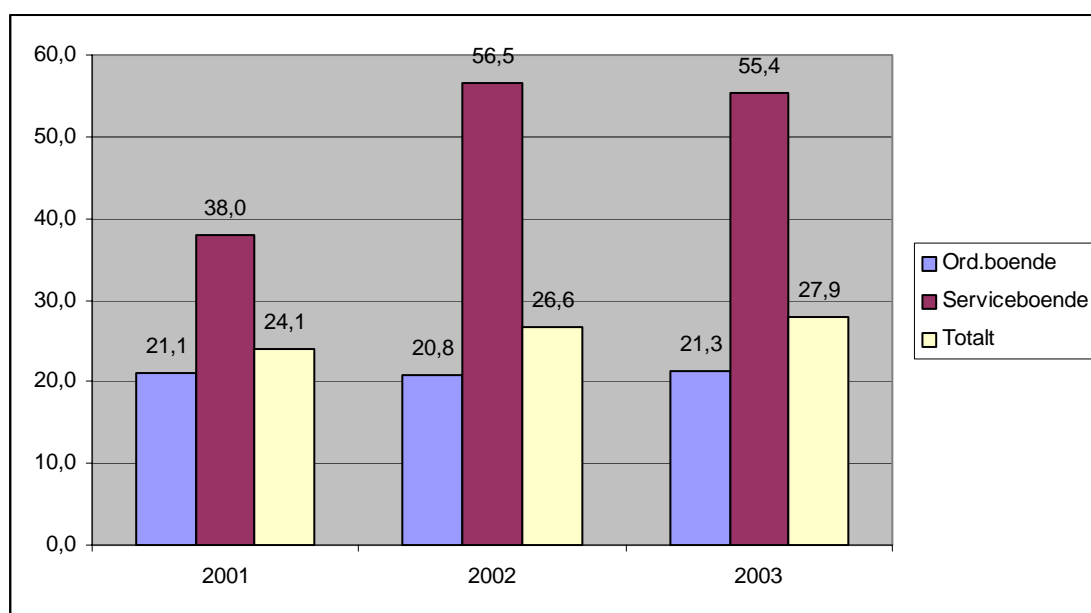
För vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende registreras beviljade insatser enligt Socialtjänstlagen. Nedan redovisas i figur 33 medelvärdet för antalet timmar hemtjänst per vecka i resp. boendeform för åren 2001 –2003. resp. år. Som framgår är det en ganska stor skillnad mellan boendeformerna och denna har vuxit även om en viss utjämning skedde mellan år 2002 och 2003. I ordinärt boende har den genomsnittliga insatsen sjunkit, i serviceboendet är den relativt oförändrad.

**Figur 33. Medelvärdet av antalet beviljade veckotimmar hemtjänst, ordinärt boende och serviceboende, 2001 – 2003.**



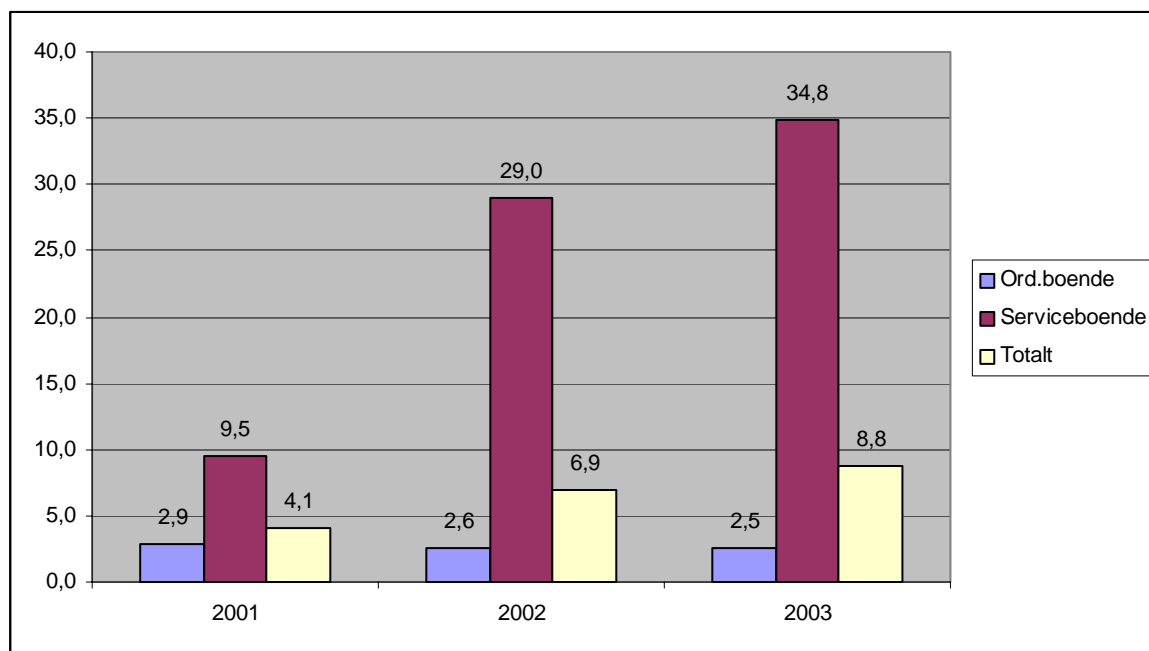
Skillnaden i tilldelningen av hemtjänst mellan boendeformerna förefaller i hög grad hänföra sig till i vilken utsträckning man beviljar insatser på kvällar och nätter. Figur 34 och 35 visar att det här råder mycket stora skillnader och att dessa verkar ha ökat med åren. Sålunda har andelen med hjälp kvällar och nätter i ordinärt boende varit oförändrad medan den ökat starkt i serviceboendet.

**Figur 34. Andel med hjälp kvällar, ordinärt boende och serviceboende, procent, 2001 - 2003.**



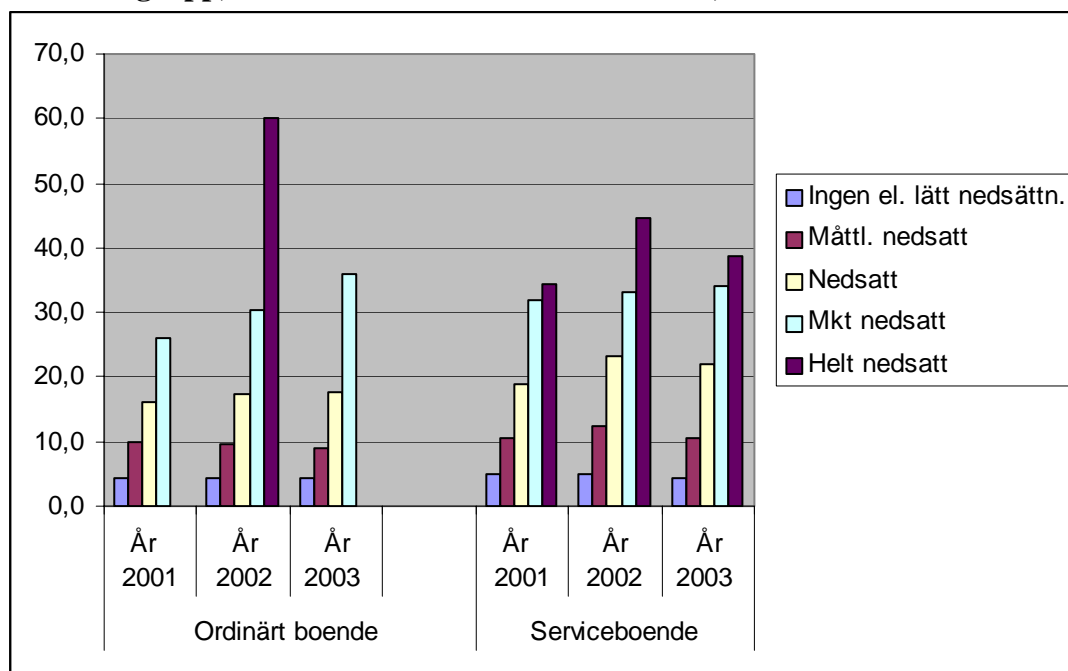


**Figur 35. Andel med hjälp nätter, ordinärt boende och serviceboende, procent, 2001 - 2003.**



Till viss del kan skillnaderna i beviljade insatser mellan boendeformerna bero på skillnader i vårdtagarnas sammansättning med avseende på funktionsnedsättning. Ett syfte med mätningen av vårdberoendet i SNAC-undersökningen är att göra det möjligt att relatera besluten om vård- och omsorgsinsatser till något mått på vårdtagarnas behov. Genom indelningen av vårdtagarna i PADL-grupper är det möjligt att jämföra insatserna grupp för grupp för att därigenom dels kunna se hur mycket skillnaderna i vårdberoende förklarar av observerade skillnader i insatser mellan boendeformerna, dels genom jämförelse mellan åren kunna utläsa om beviljade insatser i förhållande till hjälpbehovet (mätt på detta sätt) minskat eller ökat. Figurerna 36 – 38 visar genomsnitt för beviljat antal hemtjänsttimmar samt andelen med hjälp kvällar resp. nätter givet graden av vårdtagarens funktionsnedsättning uttryckt som PADL-grupp (jfr sid.13).

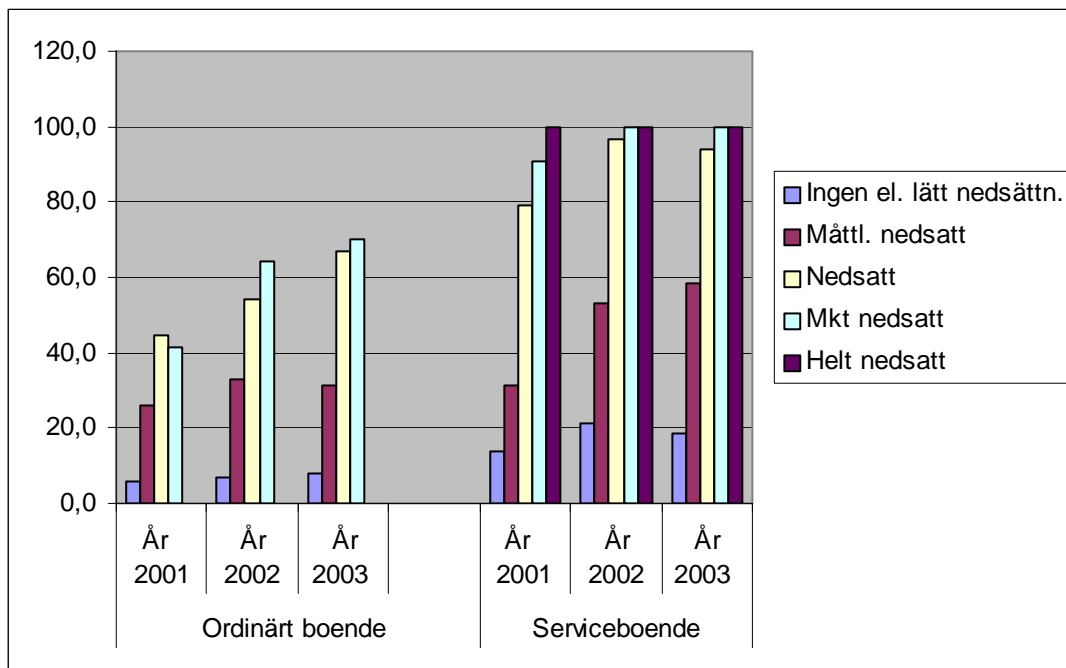
**Figur 36. Medelvärde för beslutat antal veckotimmar hemtjänst per PADL-grupp, ordinärt boende och serviceboende, 2001 - 2003.**



Figur 36 visar att tilldelningen av hemtjänsttimmar inte skiljer nämnvärt mellan boendeformerna när det gäller personer med lätt eller måttlig funktionsnedsättning. För mer nedsatta personer är dock tilldelningen generösare i serviceboendet, men skillnaderna verkar ha minskat. Helt nedsatta personer saknas i stort sett i ordinärt boende.

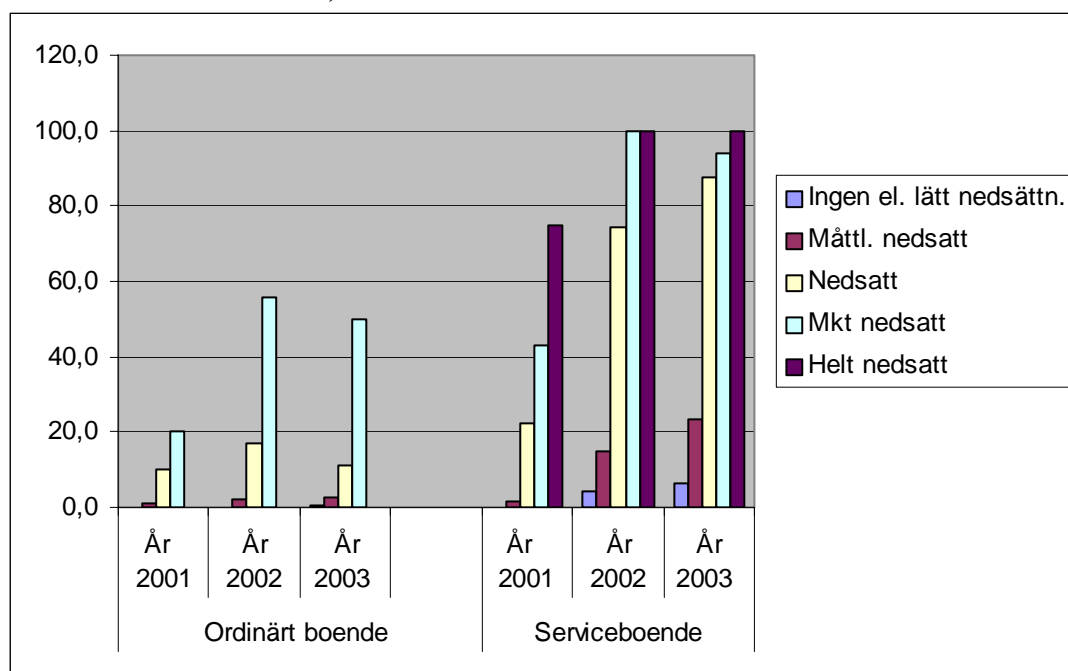
Man kan också se att tilldelningen för de med låggradig funktionsnedsättning varit ganska oförändrad, medan det skett ökning för de mer nedsatta i både det ordinära boendet och serviceboendet. För gruppen "helt nedsatta" är antalet för lågt för att man skall kunna utläsa några tendenser.

**Figur 37. Andel med hjälp kvällar per PADL-grupp, ordinärt boende och serviceboende, 2001 - 2003.**



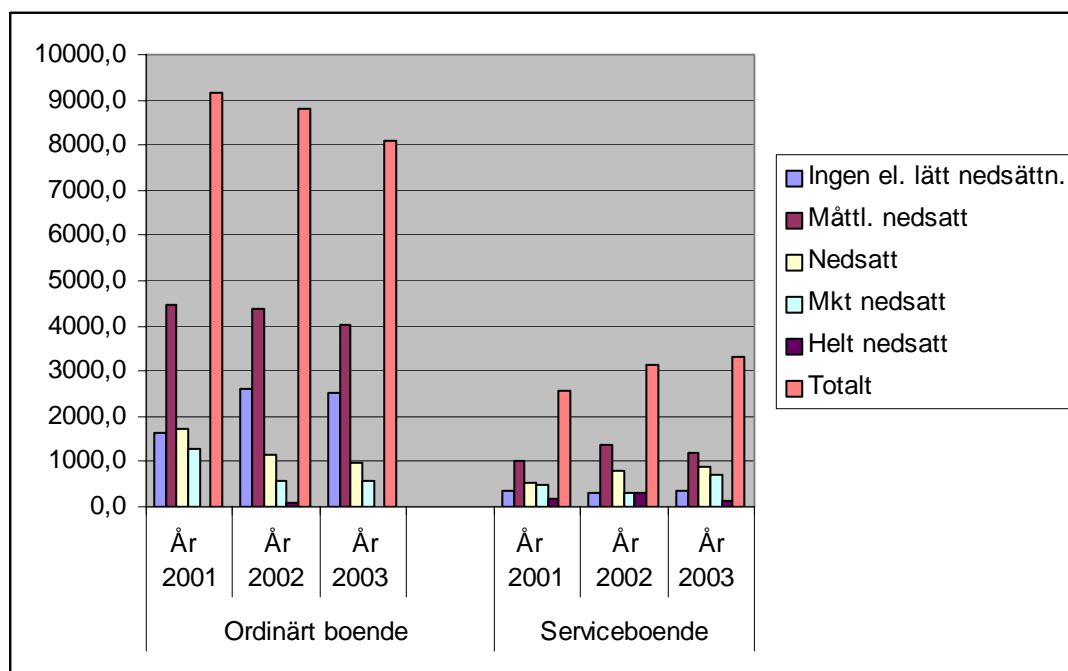
Man kan se av figur 37 att skillnaderna mellan boendeformerna när det gäller tilldelningen av hjälp kvällar kvarstår i hög grad även efter det att man tagit hänsyn till vårdtagarnas funktionsnedsättning. Detta gäller till skillnad från tilldelningen av hemtjänst alla PADL-grupper, alltså även de minst funktionsnedsatta. För de mest nedsatta kan dock en utjämning märkas. Mönstret går igen när det gäller hjälp natttid, men här är tendensen till utjämning mer oklar (figur 38).

**Figur 38. Andel med hjälp nattetid per PADL-grupp, ordinärt boende och serviceboende, 2001 - 2003.**



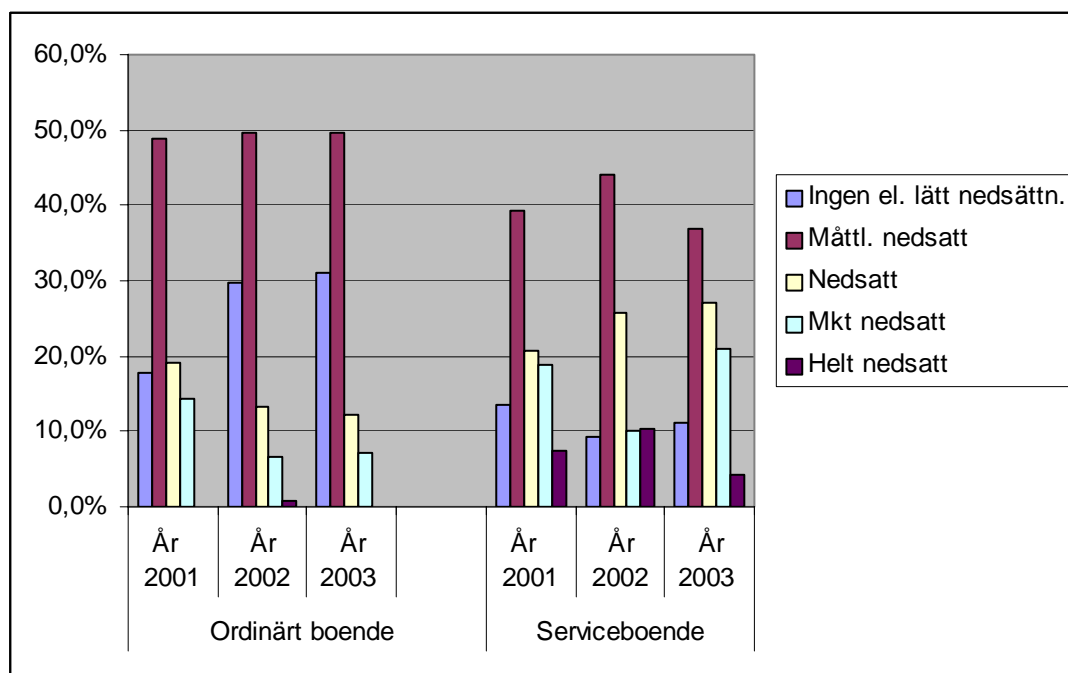
Det kan också vara av intresse att se hur hemtjänstinsatserna fördelar sig på resp. grupp av vårdtagare och om det skett någon förändring. Figur 39 visar för åren 2001 – 2003 det totala antalet beviljade veckotimmar hemtjänst per boendeform och PADL-grupp – proportionellt uppräknat till hela antalet vårdtagare inklusive de för vilka det saknas registrering och funktionsbedömning. Av den följande figur 40 framgår den procentuella fördelningen på PADL-grupper resp. år.

**Figur 39. Totalt antalet beviljade veckotimmar hemtjänst per boendeform och PADL-grupp, 2001 – 2003.**



Som man kan se har de totala insatserna i ordinärt boende sjunkit under den studerade perioden under det att insatserna i serviceboendet ökat. Minskningen i det ordinära boendet gäller i första hand de mest funktionsnedsatta, som ju minskat starkt i antal i denna boendeform. I serviceboendet har i stället insatserna ökat för de nedsatta och mycket nedsatta. Den förändrade fördelningen mellan PADL-grupperna syns tydligare i figur 40 nedan.

**Figur 40. Procentuell fördelning av det totala antalet beviljade veckotimmar hemtjänst på PADL-grupper per boendeform, 2001 – 2003.**

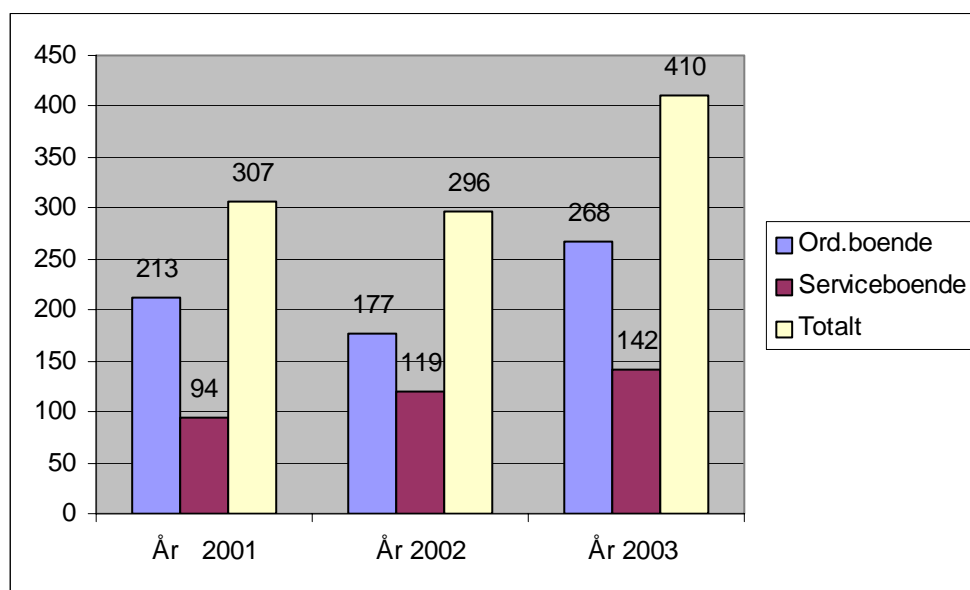


Man kan här se att vårdtagare med måttlig funktionsnedsättning tar den största delen av ”kakan” i såväl ordinärt boende som i serviceboende. De mest funktionsnedsattas andel har sjunkit starkt i det ordinära boendet. I serviceboendet svänger andelarna för dessa ganska starkt, vilket sammanhänger med att det här rör sig om betydligt färre personer. Tendensen blir härigenom svår att utläsa. Påfallande är att den ”lätta” gruppen tar en betydligt mindre andel i serviceboendet än i det ordinära boendet och utvecklingen har här gått åt rakt motsatt håll i boendeformerna.

### 3.4 Pågående insatser av hemsjukvård

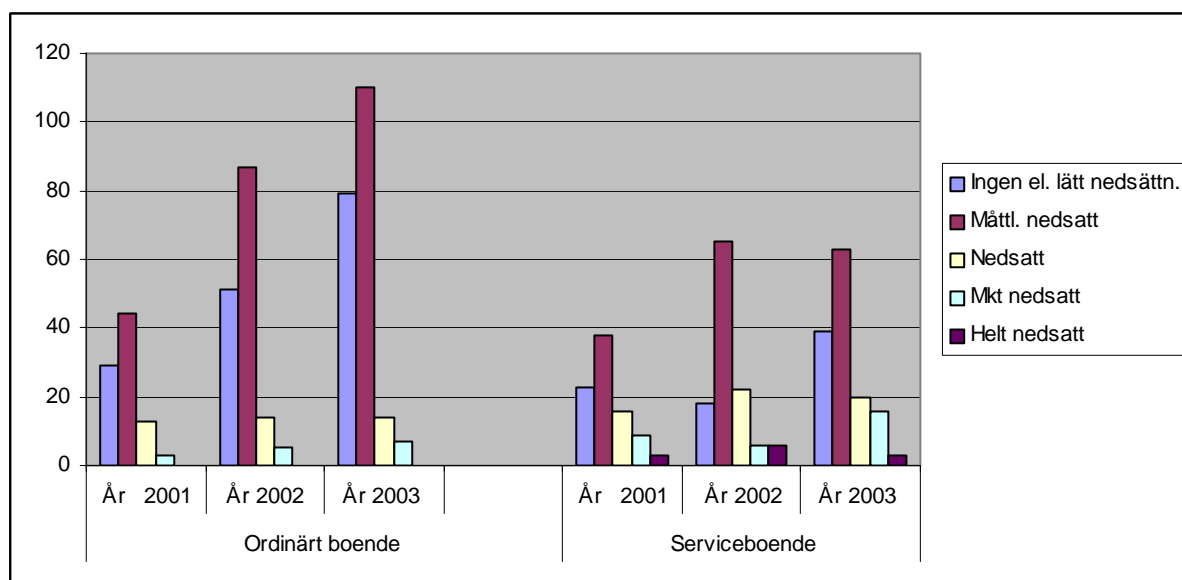
Registreringen inom SNAC, vårdsystemdelen, omfattar också långvarig hemsjukvård och rehabilitering. Antalet registrerade personer 65 år och äldre, som varit inskrivna som patienter i hemsjukvården, resp. år framgår av figur 41 nedan. Ökningen det sista året beror av att tidigare år patienterna vid Serafens privata vårdcentral ej varit med i registreringen.

**Figur 41. Antal inskrivna i hemsjukvården per boendeform, 2001 – 2003**



I den följande figuren 42 visas fördelningen av hemsjukvårdspatienterna på PADL-grupper. Det man här kan utläsa är att huvuddelen av patienterna – 80 - 90% - tillhör de två lägsta grupperna med avseende på funktionsnedsättning. Detta gäller såväl det ordinära boendet som serviceboendet. Fördelningen stämmer i stort sett med den som gäller totalt för vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende.

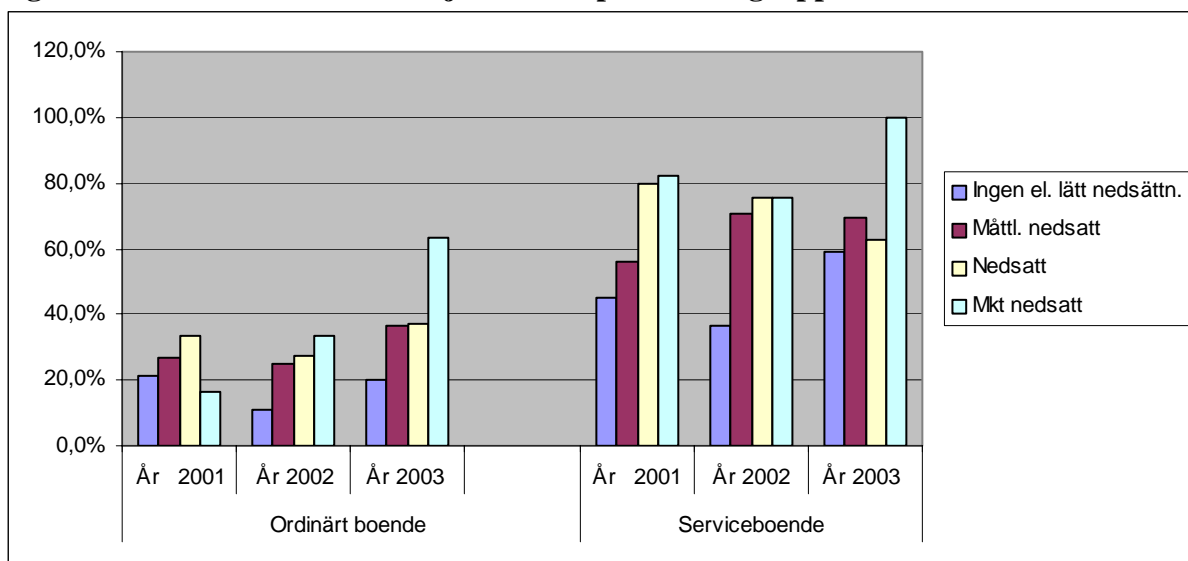
**Figur 42. Antal inskrivna i hemsjukvården per PADL-grupp**



Andelen personer i resp. PADL-grupp som är inskrivna i hemsjukvården framgår av den följande figuren 43. Som man kan se är andelen betydligt högre i serviceboendet än i det

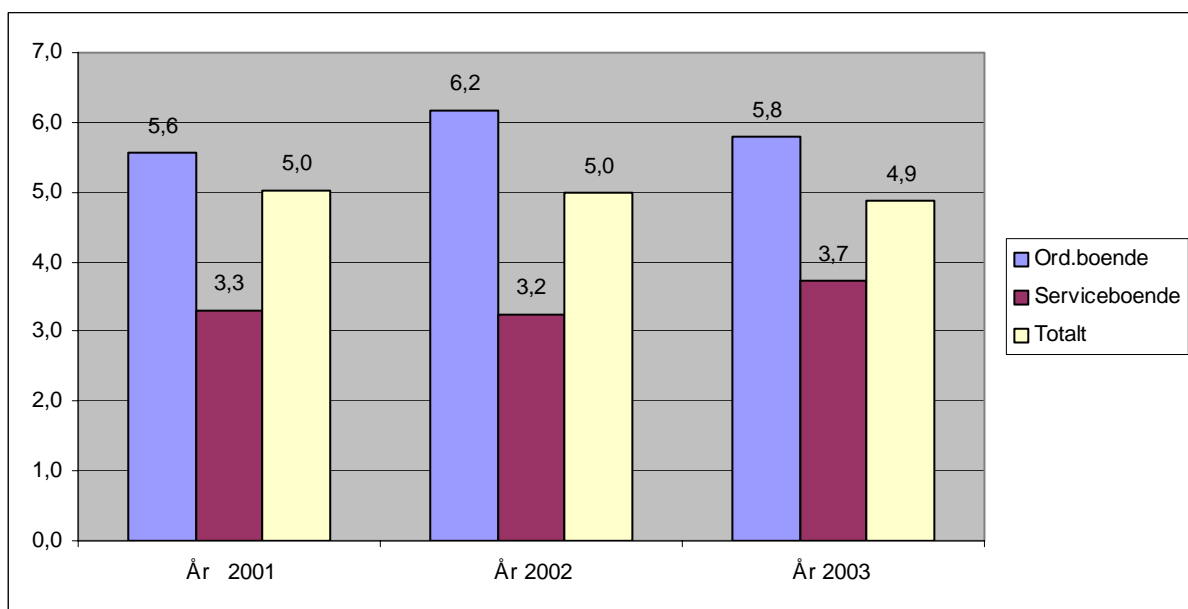
särskilda boendet och den är i allmänhet större vid högre grad av funktionsnedsättning (med vissa undantag). Ökningen av andelarna det sista året är en effekt av den mer täckande registreringen (jfr ovan).

**Figur 43. Andel inskrivna i hemsjukvården per PADL-grupp**



Om en större andel av de serviceboende har hemsjukvård så får å andra sidan personerna i det ordinära boendet större insatser per person räknat. Insatserna räknat i timmar per månad har inte förändrats i någon högre grad under de tre år registreringen varat (figur 44) .

**Figur 44. Medelantal timmar hemsjukvård per månad per boendeform**

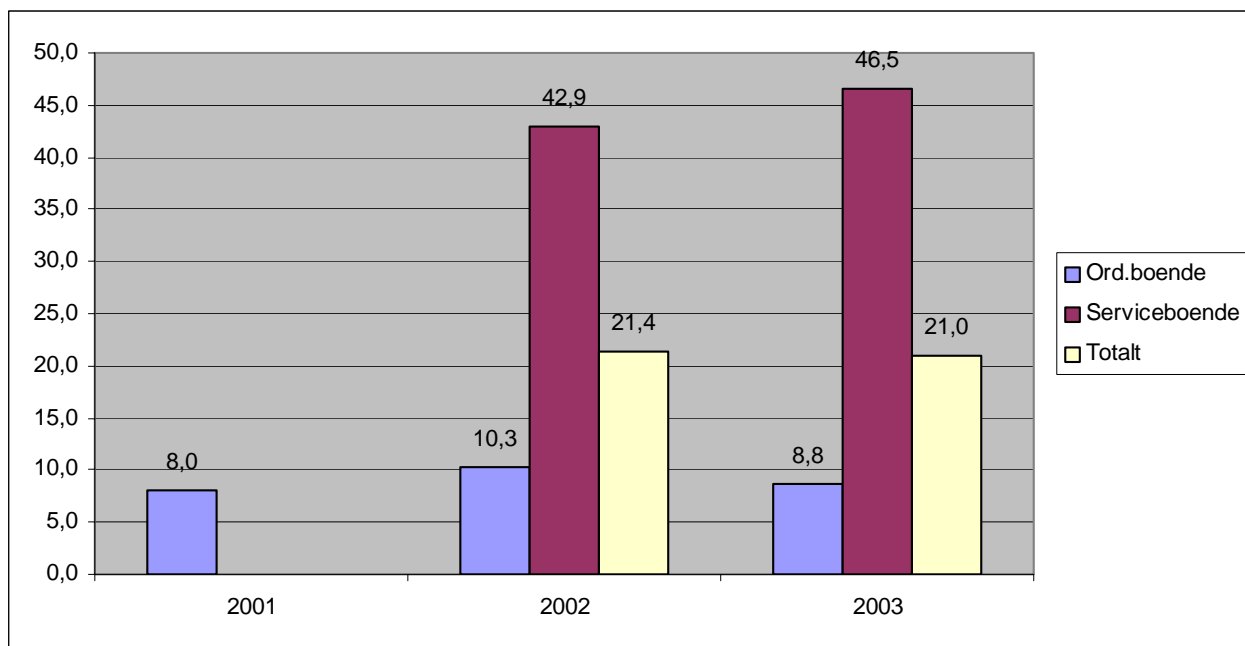


Av de inskrivna i hemsjukvården har en viss del insatser kvälls- resp. nattid. Som framgår av figurerna 45 och 46 nedan skiljer denna andel starkt mellan det ordinära boendet och serviceboendet. Mönstret påminner härigenom om det som råder i hemtjänsten (jfr figurerna

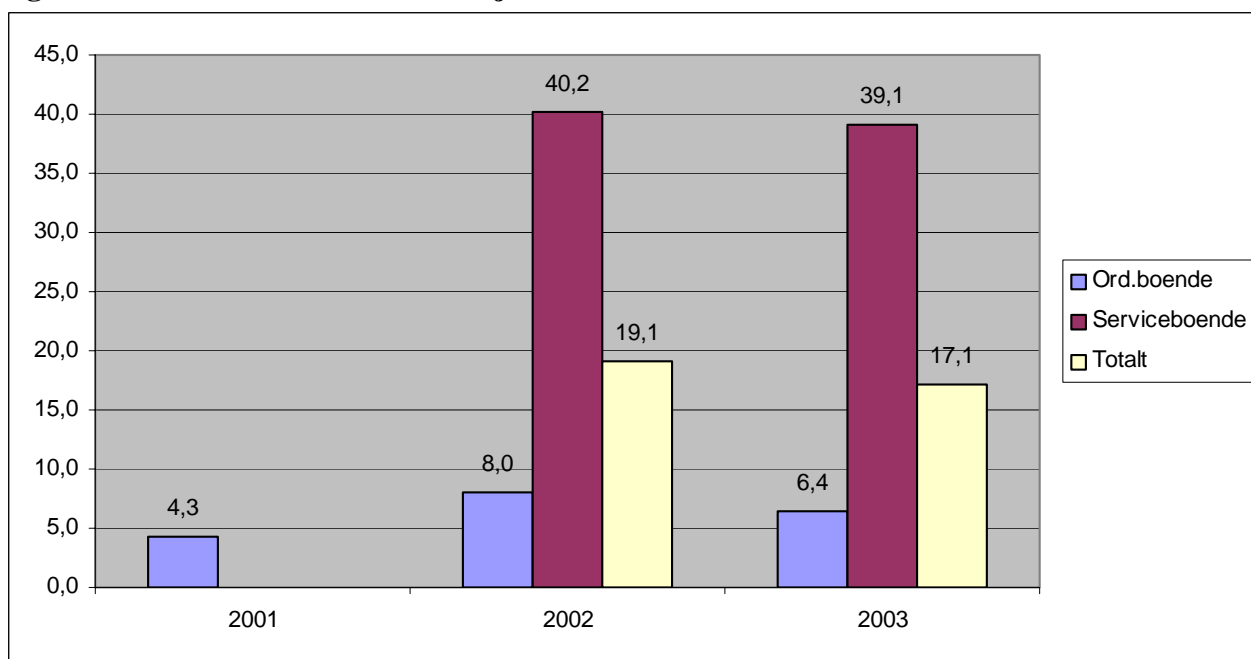


34 och 35). Det förefaller återigen som att möjligheterna att ge insatser i hög grad påverkar i vilken utsträckning dessa ges.

**Figur 45. Andel inskrivna med hemsjukvård kvällar**



**Figur 46. Andel inskrivna med hemsjukvård nätter**



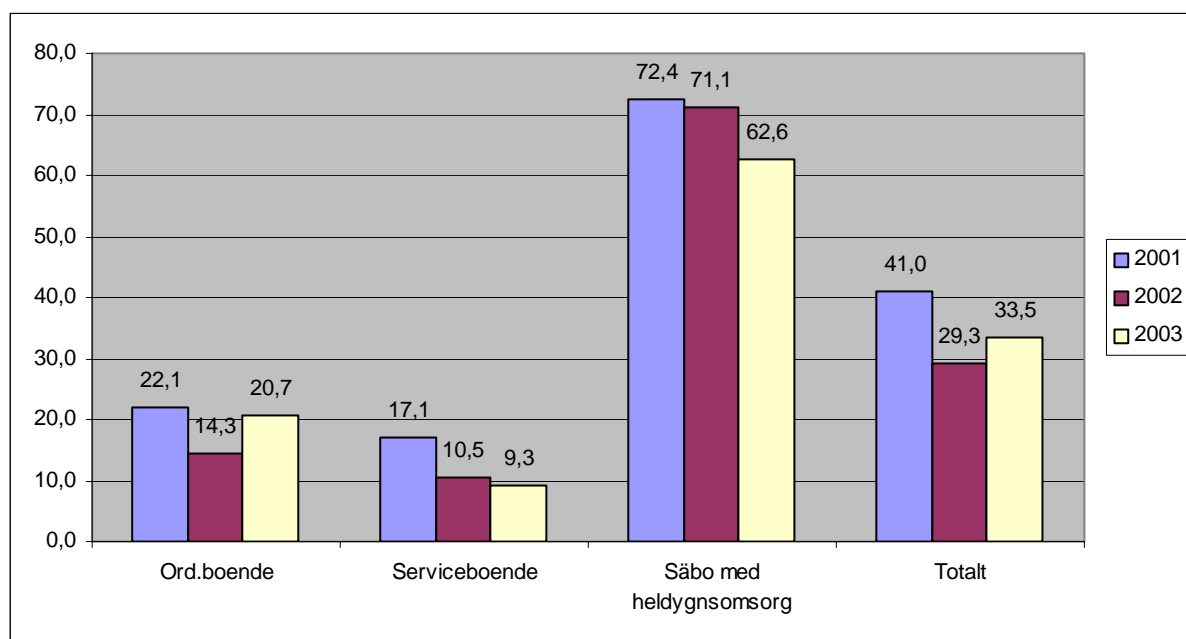
### 3.5 Behov av särskilda sjukvårdsinsatser

Till de i SNAC-formuläret registrerade insatserna enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan också räknas noteringen av vårdtagarens behov av särskilda sjukvårdsinsatser. Dessa innefattade i

det ursprungliga protokollet hjälp med intag av läkemedel, APO-dos, smärtbehandling, injektionsbehandling, näringstillförsel via sond eller intravenöst samt dialysbehandling. I det protokoll, som gäller sedan den 1 mars 2002, tillfördes även uppgifter om provtagning, blodtransfusioner och omläggning av sår.

Registreringen av dessa insatser har ett ganska stort bortfall. För år 2001 uppgår det till cirka 18% av vilket två tredjedelar är ”vet ej”. För åren 2002 och 2003 är det betydligt högre 40 – 50%. Det är svårt att säkert avgöra om utebliven uppgift innebär inga insatser eller att den som registrerat inte känner till förhållandena. De siffror som redovisas nedan utgår från den andra tolkningen. Med den första tolkningen erhåller man mycket stora förändringar mellan åren, vilket förefaller mindre sannolikt. I figur 47 nedan visas andelen vårdtagare per boendeform som får hjälp med intag av läkemedel resp. år.

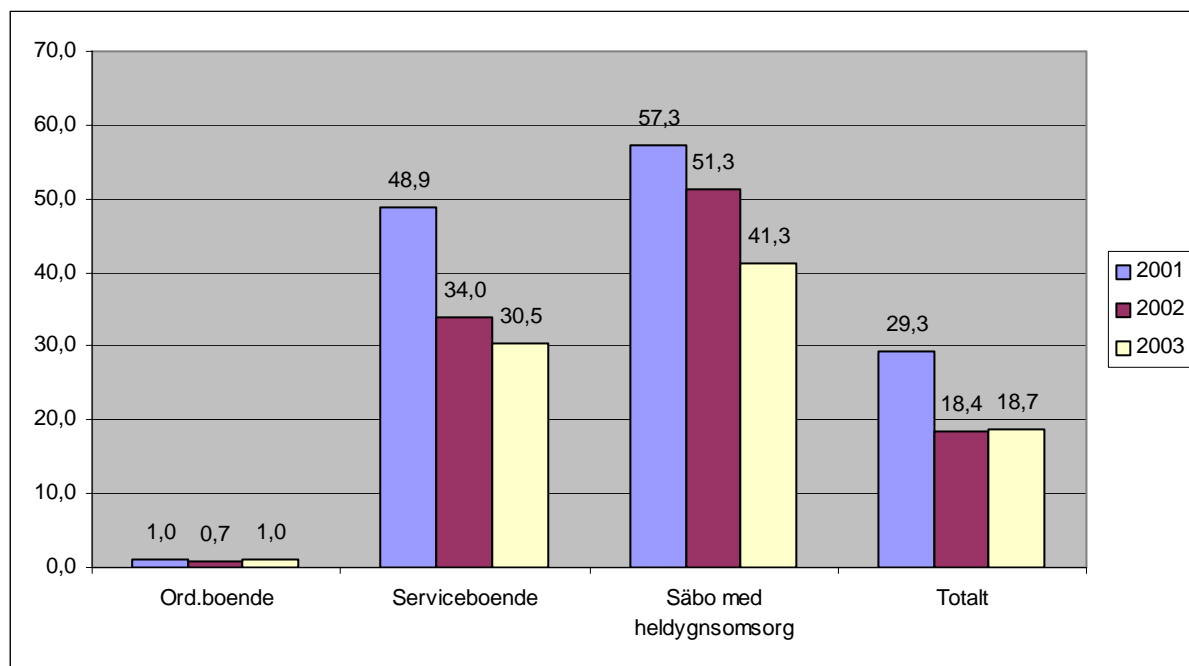
**Figur 47. Andel vårdtagare som får hjälp med intag av läkemedel per boendeform, 2001 – 2003.**



Som framgår av figur 47 råder en mycket stor skillnad mellan boendeformerna när det gäller hjälp med läkemedelsintag. Något överraskande är det andelen lägre i serviceboende än i ordinarie boende. Det går tyvärr inte att utesluta att detta är en registreringsfråga. I det särskilda boendet med heldygnsomsorg är andelen som får hjälp med läkemedelsintaget som man kan vänta betydligt högre. Siffrorna antyder att en minskande andel av vårdtagarna får denna hjälp, men på grund av osäkerheten i registreringen är det svårt att uttala sig om

säkerheten i denna observation. I den följande figuren 48 visas motsvarande utveckling när det gäller andelen av vårdtagarna som får APO-dos, d v s läkemedel doserat från apoteket.

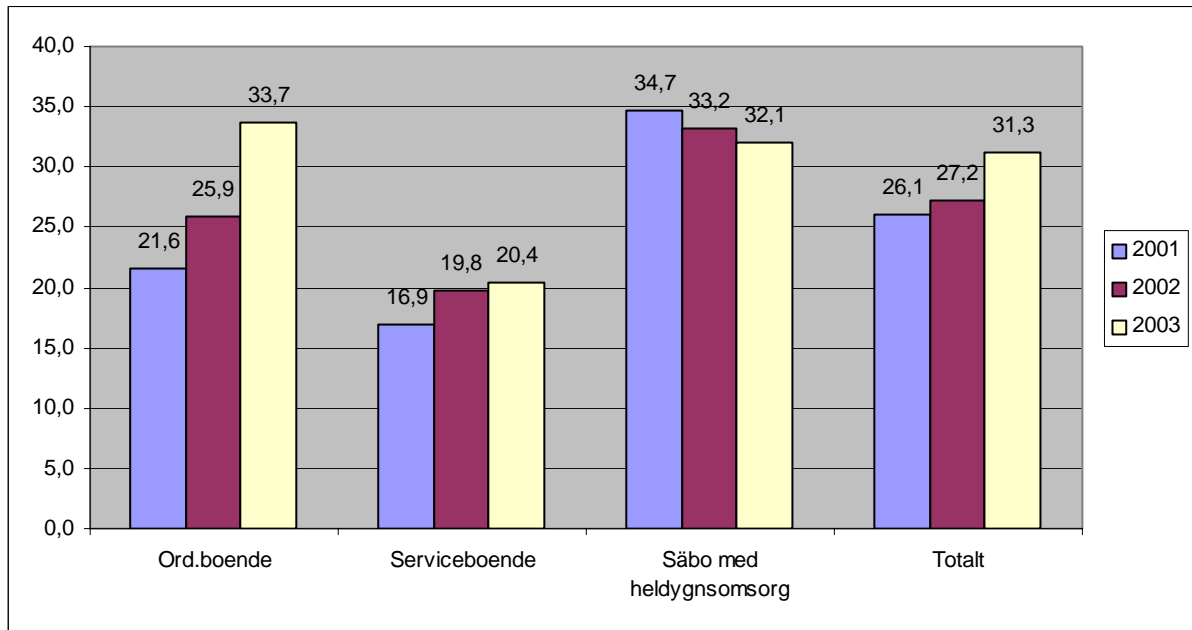
**Figur 48. Andel personer som får APO-dos per boendeform, 2001 – 2003.**



Påfallande är här att detta är betydligt vanligare i särskilt än i ordinärt boende. Liksom ovan är det vanskligt att uttala sig om den till synes nedåtgående trenden är verklig eller bara en effekt av ändrad registreringsbenägenhet.

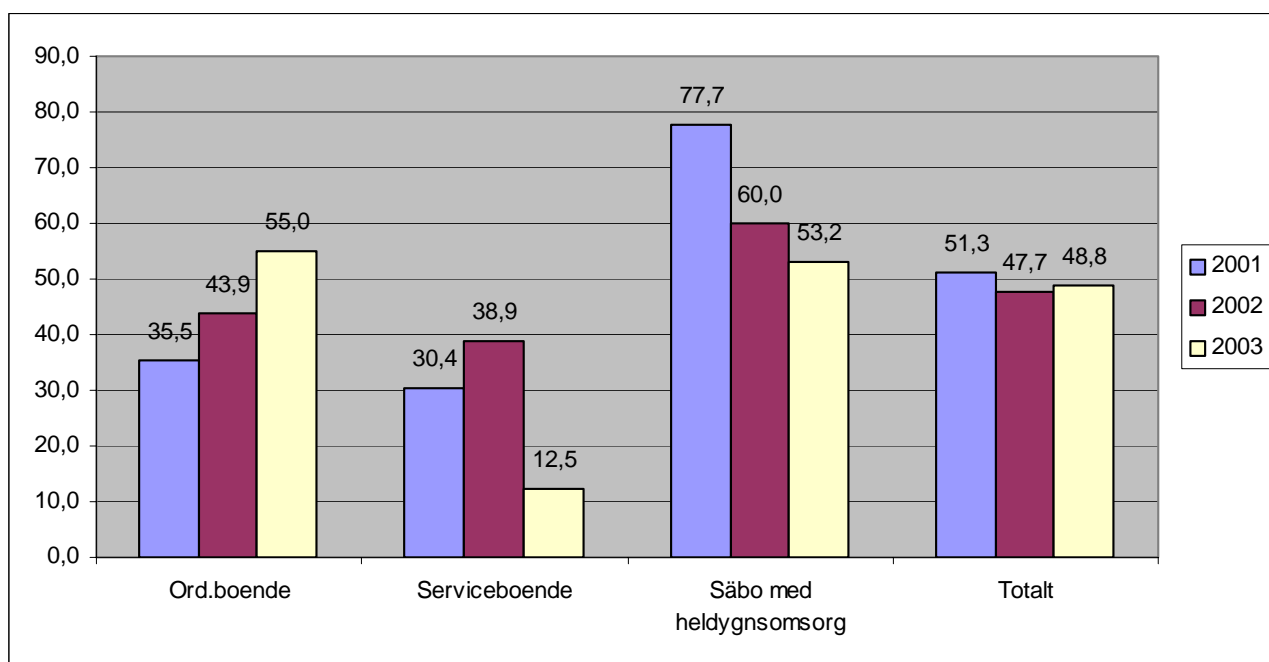
En annan särskild sjukvårdsinsats är smärtbehandling. Figur 49 visar andelen personer i resp. boendeform som får sådan behandling. I huvuddelen av fallen handlar det då om enklare smärtbehandling – plåster, mixtur, tabletter, suppositorier. Andelen som får mer avancerad smärtbehandling i form av injektioner, epidurala injektioner eller morfinpump är väsentligt lägre - några få procentenheter i särskilt boende och någon enstaka procent i ordinärt boende.

**Figur 49. Andel personer med smärtbehandling per boendeform, 2001 – 2003.**



Man kan se en tendens till ökning av andelen smärtbehandlade i ordinärt boende och serviceboende medan andelen tycks minska i boendet med heldygnsomsorg. Intressant nog är detta rakt motsatt tendens mot förekomsten av smärta, vilket skulle kunna tyda på att behandlingen är effektiv. En närmare analys av sambandet mellan förekomsten av smärta och tillgång till smärtbehandling visar att endast omkring hälften av de med svår eller mycket svår smärta får någon smärtbehandling (figur 50). Andelen av de smärtdrabbade som får behandling har ökat starkt i ordinärt boende, men minskat i lika hög grad i heldygnsomsorgen.

**Figur 50. Andel personer med svår eller mycket svår smärta som får smärtbehandling per boendeform, 2001 – 2003.**



Läkemedelsinsatser och smärtbehandling är de vanligast förekommande särskilda sjukvårdsinsatserna. Även såromläggning, som registrerats sedan 1 mars 2002, är relativt vanlig. Nästan var femte vårdtagare i ordinärt boende får denna insats – i särskilt boende är den av någon anledning mer ovanlig. Övriga typer av insatser förekommer i avsevärt mindre omfattning. Omkring 7 – 8 procent får injektioner, någon enstaka procent får näringstillförsel med sond eller intravenöst och totalt en till två vårdtagare får dialysbehandling. Detta visar att livsuppehållande insatser förekommer i mycket begränsad omfattning inom äldreården.

### 3.6 Storlek och sammansättning av flöden mellan olika boendeformer 2001 – 2003.

#### 3.6.1 Antal personer i flödena mellan olika boendeformer

Genom att SNAC-undersökningen är individbaserad är det möjligt att följa de registrerade personerna och deras väg genom vård- och omsorgssystemet över tiden. Bland annat kan man då också se hur många som flyttat från en boendeform resp. avlidit under en viss tidsperiod. Man kan också med hjälp av registrerade uppgifter avseende vårdberoende och andra behovspåverkande faktorer studera sammansättningen av dessa flöden. Tabell 4 visar de registrerade flödena mellan olika boendeformer 2002 –2003 (inkl. de för vilka boendeformen varit oförändrad).

**Tabell 4. Flöden mellan olika boendeformer 2001 – 2002, antal personer.**

FRÅN	Ej registrerade 2003				Registrerade vid undersökning 2003			Totalt 2002
	Av- lidna	Av- Slutade	Avregist		Ordinärt Boende	Service- Boende	Säbo- Heldygn	
			-rering saknas	Summa: Ej reg.				
Ej registrerade år 2002					234	52	154	<b>440</b>
Registrerade år 2002:								
Ord.boende	121	77	-	198	664	20	91	<b>973</b>
Serviceboende	30	1	-	31	2	154	6	<b>183</b>
Säbo/heldygn	102	6	-	108	0	1	335	<b>444</b>
<b>Totalt 2003</b>	<b>253</b>	<b>84</b>	<b>-</b>	<b>337</b>	<b>900</b>	<b>227</b>	<b>586</b>	<b>1713/ 1600</b>

Det finns denna gång definitionsmissigt inga personer för vilka avregistrering saknas. Detta beror på att 2003 års ”undersökning” omfattar samtliga, som var med i 2002 års material, förutsatt att det inte finns någon registrering av avslutande eller död (jfr sid. 16). Antalet vårdtagare år 2002 är här något förändrat jämfört med tidigare redovisning i SNAC-K rapport nr.5 beroende på utrensningen av avslutade fall (se anm. sid. 16). Omkring en femtedel av vårdtagarna (21%) har antingen avlidit eller fått sina insatser avslutade. Det senare är betydligt vanligare i ordinärt boende än i särskilt boende. Omvänt är dödligheten högre i särskilt boende – speciellt i boende med heldygnsvård där omkring en fjärdedel av de boende (23,0%) dött under året. I serviceboendet avled 16% och i det ordinära boendet drygt 12% under året. Detta stämmer mycket väl med registreringen föregående år. Antalet registrerade vårdtagare har ökat beroende på bättre täckning i registreringen. Det höga antalet nyregistrerade personer i särskilt boende avspeglar nog i högre grad brister i tidigare registrering än nya vårdtagare, som flyttat direkt till särskilt boende utan att tidigare haft hjälp i hemmet i ordinärt boende. I takt med att registreringen nu successivt förbättras väntas siffrorna allt mer att avspegla de verkliga flyttmönstren.

Mycket få personer har flyttat till ”lägre” boendeform – från serviceboende till ordinärt boende två personer, från boende med heldygnsvård till ordinärt boende eller serviceboende endast en person. Antalet är betydligt lägre än föregående år, vilket förmodligen beror på mindre felaktigheter vid klassificeringen av boendeform. Sammanfattningsvis visar resultatet att kvaliteten i registreringarna förefaller ha ökat väsentligt sedan föregående år. En viktig orsak till det bättre resultatet är metodiken med

successivt påförande av uppgifter, varvid luckor i registreringen fylls ut så att fullständigheten ökar.

### **3.6.2 Sammansättningen av flöden med avseende på vårdberoende enligt PADL-index**

Genom den individuella registreringen av vårdberoende och andra behovspåverkande faktorer kan man också närmare analysera vårdtagarflödenas sammansättning. Tabell 5 A och B visar medelvärdet för PADL-index för resp. flöden av vårdtagare från en boendeform till en annan mätt vid den första resp. den andra undersökningen. Antalet personer i resp. flöde framgår av den föregående tabell 4. Det är här värt att notera att "Uppgift från 2002" innebär mätning under perioden 1 september 2001 – 1 mars 2002. Motsvarande period för "Uppgift från 2003" är 1 september 2001 – 1 mars 2003, men som framkom i tabell 1 avser huvuddelen av observationerna i särskilt boende tidsintervallet 1 september 2002 – 1 mars 2003. För det ordinära boendet är dock en betydande del av mätningarna äldre än så. Få går dock längre tillbaka än 2002 års tvärsnitts undersökning per den 1 mars 2002. Angivna PADL-indexvärden är därmed som genomsnitt något för låga. För detta är det möjligt att korrigera. Preliminära skattningar visar att den genomsnittliga funktionsförsämringen - i PADL-index mätt - under ett år uppgår till ca en enhet.

**Tabell 5. Medelvärde för PADL-index för flöden av vårdtagare**

		<b>TILL</b>						
<b>A.</b>		Ej registrerade 2003			Registrerade i undersökning 2003			
<b>Enl. uppgift 2002</b>		Av-	Avregist-	Summa	Ordinärt	Service-	Säbo	
<b>FRÅN</b>	Avlidna	slutade	rering	ej reg.	Boende	Boende	heldygn	<b>Totalt</b>
			saknas					
Registrerade 2002:								
Ord.boende	3,55	1,90	-	2,88	2,17	1,82	3,87	<b>2,45</b>
Serviceboende	6,59	-	-	6,59	-	4,82	7,17	<b>5,12</b>
Säbo/heldygn	14,40	14,20	-	14,34	-	2,00	12,41	<b>12,86</b>
<b>Totalt</b>	<b>8,50</b>	<b>2,85</b>	<b>-</b>	<b>7,11</b>	<b>2,16</b>	<b>4,49</b>	<b>10,76</b>	<b>5,80</b>

		<b>TILL</b>						
<b>B.</b>		Ej registrerade 2003			Registrerade i undersökning 2003			
<b>Enl. uppgift 2003</b>		Av-	Avregist-	Summa	Ordinärt	Service-	Säbo	
<b>FRÅN</b>	Avlidna	slutade	rering	ej reg.	Boende	Boende	heldygn	<b>Totalt</b>
			saknas					
Ej registrerade år 2002					2,56	3,59	13,48	<b>6,94</b>
Registrerade 2002:								
Ord.boende					2,29	3,67	9,78	<b>3,78</b>
Serviceboende					-	5,45	13,33	<b>5,68</b>
Säbo/heldygn					-	-	13,64	<b>13,60</b>
<b>Totalt</b>					<b>2,35</b>	<b>4,92</b>	<b>13,05</b>	<b>6,64</b>

Av tabell 5 kan man utläsa att det skett en ytterligare minskning av det genomsnittliga vårdberoendet i ordinärt boende från 2,45 år 2002 till 2,35 år 2003. Minskningen är dock så pass liten att den försvinner, om man tar hänsyn till den underskattning av vårdberoende, som sammanhänger med att alla uppgifter inte är helt aktuella.

Som man kan vänta sig var de i ordinärt boende, som avlidit resp. mer vårdberoende än de som fanns kvar. Detta gäller de som flyttat till särskilt boende med heldygnsvård, men inte de som flyttade till serviceboende eller som fått avslutade insatser. Samma mönster gäller för serviceboendet. Något fall med avslutade insatser har dock här inte registrerats. Även i det särskilda boendet med heldygnsvård var de som avled under året mer vårdberoende än de som bodde kvar. Det är vidare värt att notera att de nya vårdtagarna i ordinärt boende, som



genomsnitt var mer vårdberoende än de tidigare. Detta skiljer markant från observationen föregående år (jfr SNAC-K rapport nr. 5, tabell 5). Samma fenomen kan noteras i serviceboendet och i boendet med heldygnsvård för det fall då personerna kom från ordinärt boende. Beroende på det stora bortfallet i denna boendeform år 2002 är det rimligt att anta att en hel del av de personer som nu registrerats som nya vårdtagare i själva verket bodde där redan året förut. Detta förklarar då det höga genomsnittliga vårdberoendet hos dessa personer.

### 3.6.3 Individuell förändring i vårdberoende mellan år 2002 och 2003

Man kan jämföra förändringen i vårdberoende enligt PADL-index mellan de som bytt boendeform och de som stannat kvar. Tabell 6 visar den genomsnittliga individuella förändringen mellan 2002 och 2003 beroende på boendeform för samtliga personer, som hade en funktionsbedömning år 2002 och sedan erhållit en ny mätning efter 2002 års baslinjeundersökning. För de i särskilt boende utfördes denna vid 2003 års tvärsnittsundersökning. För de i ordinärt boende gjordes mätningen i samband med biståndsbeslut. För personer i ordinärt boende, som ej varit föremål för biståndsbeslut (eller där registrering i samband med detta saknas), finns alltså ingen notering om förändring. Antalet bedömda personer i resp. cell framgår av tabellen.

**Tabell 6. Genomsnittlig individuell förändring mellan 2002 och 2003 beroende på boendeform.**

Boendeform 2002	Boendeform 2003											
	Ord.boende			Serviceboende			Säbo/heldygn			Totalt		
	N	2002	2003	N	2002	2003	N	2002	2003	N	2002	2003
<b>Ord.boende</b>	92	2,41	3,43	13	1,92	3,38	65	3,80	10,18	170	2,90	6,01
<b>Serviceboende</b>				111	5,24	6,07	6	7,17	13,33	118	5,29	6,39
<b>Säbo/heldygn</b>							260	12,41	13,05	261	12,37	13,70
<b>Totalt</b>	92	2,39	3,40	124	4,86	5,74	331	10,65	14,25	549	7,93	9,75

Den uppmätta, genomsnittliga försämringen uttryckt i SNAC PADL-index från år 2002 till år 2003 uppgick till 23 %, vilket är betydligt mer än föregående år då den inte var större än 12%. För personer, som var kvar i samma boendeform, var ökningen dock bara 9% mellan 2002 och 2003 jämfört med 12% föregående år. Det som drog upp genomsnittet var framförallt en

mycket stor ökning i vårdberoendet för dem som från ordinärt boende och serviceboende flyttade till särskilt boende med heldygnsomsorg. Orsaken till detta är svår att ange. Föregående år märktes ingen sådan drastisk skillnad för dem som gick till ”högre” boendeform. Ökningen i genomsnittlig PADL-index för dessa personer var då 23% jämfört med 150% det senaste året. En närmare analys visar att ganska många personer med lågt vårdberoende år 2002 blivit i hög grad vårdberoende ett år senare. Detta kan förstås bero på trauman, men är ändå något anmärkningsvärt och värt att undersöka närmare.

## 4. Diskussion

### *Metodik*

Datainsamlingen i SNAC, vårdsystemdelen, syftar till att ge en allmän uppföljning av verksamheten inom äldreomsorg och hemsjukvård. Som framgått på flera ställen i denna rapport kan man härigenom uppmärksamma olika förhållanden som ger anledning till frågor. För att besvara dessa frågor krävs dock i allmänhet mer data än vad som erhålles genom den ordinarie datainsamlingen. Idén är alltså att denna skall fungera som en uppsättning signallampor, som stöd för ledningen av verksamheten. De väsentliga problem som man härigenom uppmärksammar måste sedan bli föremål för fördjupad datainsamling, utredning och analys.

De resultat som presenterats ovan är baserad på data som insamlats i SNAC-Kungsholmen-studien, vårdsystemdelen, under perioden 1 februari 2001 - 1 mars 2003 dels i form av tvärsnittundersökningar per den 1 mars 2001, 2002 och 2003 – den senaste endast avseende särskilt boende – dels genom en löpande registrering i samband med kommunala biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen samt insättande resp. avslutande av hemsjukvård i landstingets regi enligt Hälso- och Sjukvårdslagen. Insamlade individdata har sammanförts i ett kumulativt register, där det också för varje individ framgår senaste registreringsmånad. – Utifrån detta register har sedan ett register skapats avseende läget per 1 mars 2003 genom att utnyttja den mest aktuella informationen per individ och med uteslutande av de personer för vilka det saknas registrering efter den 1 september 2001. Det nya jämfört med tidigare är alltså att i 2003 års ”undersökning” informationen per individ kan avse en tidigare tidpunkt än 1 mars 2003<sup>4</sup>. Som nämnts ovan är det möjligt att korrigera de olika variabler, som beskriver funktionsnedsättning för denna brist på aktualitet, eftersom det för varje variable finns angivet

---

<sup>4</sup> Detta gällde i viss mån även 2002 års undersökning, eftersom tvärsnittundersökningen detta år kompletterades med data från den löpande registreringen 1 september 2001 – 28 februari 2002.

tidpunkt för senaste observation. Underlaget härför bedöms dock fortfarande för svagt för detta, men det kan komma att göras med kommande års SNAC-undersökningar på Kungsholmen.

Metoden att skapa en årlig undersökning med hjälp av det kumulativa registret har också den fördelen att man missar färre personer genom utebliven registrering, eftersom det många gånger finns en tidigare registrering att falla tillbaka på. Detta har lett till att täckningsgraden i 2003 års undersökning blev betydligt bättre än tidigare. Tyvärr kvarstår dock problemet med att en del personer inte vill ge sitt samtycke till sammanförandet av uppgifter från olika huvudmän. Denna andel har legat ganska oförändrad kring något under 10 procent sedan studien startades. Önskvärt är att andelen kan minska, vilket skulle kunna ske om SNAC-studien gradvis blir mer känd och förtroendet för studien ökar. Det bör dock betonas att varje person givetvis är i sin fulla rätt att avstå och att studiens syfte inte äventyras genom den nuvarande andelen vägrare.

Datainsamlingen i SNAC-K-studien hade initialt ganska stora problem med bristande täckning och stort internt bortfall när det enskilda variabler. Täckningen har successivt blivit bättre och som nämndes ovan gör också registermetodiken sitt till att reducera detta problem. Även det interna bortfallet är nu betydligt lägre än tidigare. Detta gäller dock framförallt de variabler som beskriver funktionsnedsättning. När det gäller sociala variabler och omgivningsvariabler finns det tyvärr fortfarande rätt betydande bortfallsproblem. I syfte att förenkla ifyllandet av formulären och kanske därmed också reducera bortfallsproblem gjordes per den 1 mars 2004 betydande förenklingar i registreringsformuläret. Effekten av detta har ännu inte hunnit utvärderas. Från och med den 1 september 2004 sker dessutom registreringen i samband med biståndsbeslut direkt i ett databaserat registreringssystem, vilket ytterligare bedöms förbättra både täckning och fullständighet vid ifyllandet av formulären.

### ***Reliabilitet***

Reliabiliteten i de insamlade uppgifterna har inte varit föremål för någon systematisk prövning. En möjlighet för detta öppnas genom att sedan den 1 september 2003 registrering i samband med inflyttning till särskilt boende görs både av biståndshandläggaren och – någon tid efter inflyttning – av personalen i det särskilda boendet. Någon utvärdering av detta har ännu inte skett. Fullständigheten i registreringen har tyvärr hittills lämnat en del övrigt att önska. Man måste också beakta att inflyttningen kan vara ett stressmoment i sig och därmed förvärra ohälsoproblem och funktionsnedsättning, vilket blir en källa till avvikelser.

En annan möjlighet öppnar sig genom att baslinjeundersökningen i SNAC-K, befolkningsdelen, nu är avslutad. Omkring 400 av de registrerade vårdtagarna i SNAC-K-studiens vårdsystemdel ingår också i befolkningsdelen. För dessa personer är det möjligt att jämföra registrerade värdena på olika variabler avseende funktionsnedsättning, anhörigstöd och boendeförhållanden mm i studiens båda delar. Det blir härmed möjligt att studera avvikelser och bättre bedöma resultatens tillförlitlighet.

Avsikten är att genom dessa och andra ansatser pröva tillförlitligheten i de insamlade uppgifterna och med stöd härav vidta olika åtgärder i syfte att höja denna. Det kan dock redan nu konstateras att det skett en betydande förbättring i kvaliteten i datainsamlingen sedan starten och att denna goda utveckling bedöms kunna fortsätta med stöd av bland annat införandet av datorstödd registrering.

### ***Omsorgstagarna***

Den föregående rapporten från datainsamlingen i SNAC-K, vårdsystemdelen, pekade på de stora förändringar som skett mellan 2001 och 2002. Det handlade här i första hand om en kraftig ökning av antalet vårdtagare med låg grad av funktionsnedsättning och relativt små insatser i ordinärt boende samtidigt som andelen vårdtagare med höggradig funktionsnedsättning och stora hemtjänstinsatser minskat starkt. Förändringarna hade en koppling till den snabba förändringen av befolkningsstrukturen i stadsdelen med ett minskande antal mycket gamla personer, vilket i sin tur lättar trycket på det särskilda boendet med heldygnsomsorg. De observerade förändringarna mellan år 2002 och 2003 är betydligt mindre dramatiska, men befäster den förändrade bild av äldreomsorgen på Kungsholmen, som kunde ses redan föregående år. Sålunda ligger den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos vårdtagarna i det ordinarie boendet fortfarande betydligt lägre än i serviceboendet och andelen vårdtagare med höggradig funktionsnedsättning har fortsatt att minska. Även i de övriga boendeformerna är situationen stabil med mycket måttliga förändringar.

Jämförelsen mellan åren 2001 - 2003 visar att antalet äldre personer på Kungsholmen fortsätter att minska samtidigt som totalt fler personer mottar äldreomsorg. Minskningen gäller framförallt de äldsta kvinnorna, där antalet sjunkit med nästan tio procent på två år. Som en följd härav har trycket på äldreomsorgen lättat. Förändringen mellan år 2002 och 2003 är dock mindre än föregående år. Genom att antalet vårdtagare minskat har andelen av

de äldre på Kungsholmen och Essinge-öarna, som får äldreomsorg, nu sjunkit något efter att ha ökat kraftigt föregående år.

Medelåldern bland vårdtagarna är mycket hög, men tenderar att sjunka något som följd av den demografiska förändringen. Detta gäller dock mest särskilt boende med heldygnsomsorg. I serviceboende kan man t o m se en svag tendens till ökad medelålder.

Befolkningsförändringen har också fört med sig att andelen män bland vårdtagarna ökat något och att en något lägre andel av dem är ensamboende – särskilt i ordinärt boende. Även här går dock serviceboendet i motsatt riktning.

Läget har nu stabiliserats sig när det gäller funktionsnedsättning och vårdberoende hos vårdtagarna i ordinärt boende efter den stora förändring, som skedde mellan år 2001 och 2002. Detta gäller såväl IADL- som ADL-beroende, kognitiv nedsättning och rörelsehinder. Med undantag för rörelsehinder råder det nu en markant skillnad mellan ordinärt boende och serviceboende i dessa avseenden. I ordinärt boende har minskningen fortsatt fast i betydligt långsammare takt – i serviceboendet är dock tendensen mer oklar. En viss tendens till minskad funktionsnedsättning kan noteras i särskilt boende med heldygnsomsorg. När det gäller förekomsten av rörelsehinder är skillnaden mellan boendeformerna mycket mindre utpräglad. Man kan se en tendens till minskning i ordinärt boende och serviceboende, medan andelen svårt eller mycket svårt rörelsehindrade verkar ha ökat något i boendet med heldygnsomsorg. Det sammanfattande måttet på funktionshinder, Katz ADL-index, visar samma tendenser som övriga mått. Totalt sett fortsätter minskar medelvärdet att minska fast i betydligt långsammare takt än föregående år. Detta gäller framförallt det ordinära boendet. I särskilt boende är situationen stabil.

Genom metoden att konstruera en tvärsnittsundersökning per den 1 mars 2003 utifrån såväl löpande registrering som föregående års tvärsnittsundersökning erhålles en viss underskattning av aktuell funktionsnedsättning. En preliminär uppskattning har gjorts av felet utgående från noteringen av uppgifternas aktualitet samt en skattning av den genomsnittliga ökningen i vårdberoende per tidsenhet. Med denna korrektion erhåller man en liten ökning av genomsnittligt PADL-index i ordinärt boende i stället för den minskning som redovisat ovan (se figur 11). Detsamma gäller serviceboendet under det att den genomsnittliga funktionsnedsättningen i heldygnsomsorgen förblir oförändrad år jämfört med år 2002. Det bör dock understrykas att dessa skattningar fortfarande är mycket preliminära och gjorda på ett ännu så länge för litet material. Avsikten är att när det finns tillräckligt med data, som visar

förändringen i funktionsnedsättning över tid givet ålder, kön och boendeform, rutinmässigt göra dessa korrekationer av den genomsnittliga funktionsnedsättningen och även andra variabler av samma slag.

När det gäller andra funktionsvariabler som syn, hörsel och inkontinens är utvecklingen mer svårtolkad. Påtagligt är att andelen svårt eller mycket svårt inkontinenta minskat mycket starkt i ordinärt boende – speciellt när det gäller avföringsinkontinens. Förändringen, skedde redan mellan år 2002 och 2003, har ett klart samband med minskningen av antalet svårt funktionsnedsatta vårdtagare i ordinärt boende. I särskilt boende har ingen större förändring skett. Andelen med syn- resp. hörselnedsättning hoppar i serviceboendet på ett sätt som väcker misstankar om brister i registreringen. Anmärkningsvärt är att andelen är lika hög i denna boendeform som i boende med heldygnsomsorg, där vårdtagarna som genomsnitt är betydligt äldre och skröpligare. Förekomsten av trycksår och kroniska sår kan tolkas som en indikator på vårdkvalitet. Om detta är korrekt verkar det ha skett en påtaglig förbättring av vårdkvaliteten i ordinärt boende, medan utvecklingen i det särskilda boendet är mera svårtolkad. En förklaring till de hoppande siffrorna i serviceboendet är givetvis att det här rör sig om betydligt färre personer vilket ger större utrymme för slumpvariationer. Även förekomsten av smärta och yrsel uppvisar en positiv utveckling i det ordinära boendet. Som påpekats ovan är det anmärkningsvärt – eller kanske självklart! – att tillgången till smärtbehandling verkar ha gått i omvänd riktning till förekomsten av svår eller mycket svår smärta. En mycket positiv utveckling kan noteras när det gäller andelen vårdtagare med oro och med nedstämdhet. Detta gäller samtliga boendeformer, men det något paradoxalt verkar oro och nedstämdhet vara betydligt vanligare i det särskilda boendet än i det ordinarie. Detta kan dock förstås vara fråga om en selektionseffekt. De otrygga klarar inte att bo kvar i sitt ordinarie boende.

### ***Den informella omsorgen***

Uppgifterna på hjälp från anhöriga och andra utanför den biståndsprövade äldreomsorgen har varit svåra att få fram. Bortfallet har minskat men är fortfarande besvärande stort. I den senaste versionen av registreringsformuläret är antalet uppgifter väsentligt reducerat och härvid redovisade siffror är begränsade till de uppgifter som kommer att vara tillgängliga framledes. De mönster som tidigare kunnat iakttagas står sig fortfarande – ganska få får hjälp av make/maka av det enkla skälet att ganska få har någon sådan, barnen är för de övriga den viktigaste källan till informell hjälp och rätt många får serviceinsatser från någon men betydligt färre får omvårdnadsinsatser. Genom det stora bortfallet är det vanskligt att dra

slutsatser om förändringstendenser. Det tycks dock som andelen med omvårdnadsinsatser minskat kraftigt i ordinärt boende – ett skäl kan vara att det blivit lättare att komma in i särskilt boende med heldygnsomsorg. Om denna tolkning är rätt skulle det alltså röra sig om en avlastning av de anhöriga, vilket förefaller logiskt med den utveckling av äldreomsorgen på Kungsholmen som nu skett.

### ***Biståndsbedömd omsorg***

Tilldelningen av offentlig omsorg följer också tidigare observerade mönster. Genomsnittstilldelningen av hemtjänsttimmar i ordinärt boende har ytterligare sjunkit men detta avspeglar vårdberoendefördelningen. De mest funktionsnedsatta har fått ökade insatser. Hjälpen kvällar och nätter tilldelas fortfarande i mycket mindre utsträckning i ordinärt boende än i serviceboende och skillnaden tenderar att öka. Detta gäller oberoende av graden av funktionsnedsättning. I föregående rapport gjordes observationen att det totala antalet tilldelade hemtjänsttimmar förblev i stort sett oförändrat trots det starkt ökade antalet vårdtagare genom att den genomsnittliga tilldelningen av timmar gick ner. Sedan dess har antalet vårdtagare år 2002 justerats (jfr sid.16), vilket lett till en mindre nedgång och denna har sedan accelererat år 2003 så att det nu rör sig om en total nedgång i det ordinära boendet med omkring 10%. Serviceboendet har gått en motsatt väg. Det totala antalet beviljade timmar har där ökat från år till år. Detta avspeglar dock att det där skett en viss ökning av det genomsnittliga vårdberoendet. Den kategori vårdtagare som kräver den största delen av insatserna är i båda fallen mellangruppen ”måttligt nedsatta”. Påfallande är att de lätt nedsatta får en betydligt mindre del av de samlade resurserna i serviceboendet än i det ordinära boendet.

### ***Hemsjukvården***

Det viktigaste resultatet vid redovisningen av hemsjukvården är kanske att så stor del av patienterna (85%) också är vårdtagare inom äldreomsorgen. Anmärkningsvärt är vidare att andelen av vårdtagarna, som har hemsjukvård, är betydligt högre i serviceboendet än i det ordinarie boendet. Orsaken härtill är sannolikt den bättre tillgängligheten beroende på att personalen finns i huset. Däremot är det svårare att förklara varför omvänt insatserna per person är så pass mycket högre i det ordinära boendet. Att betydligt fler i serviceboendet får hjälp kvällar och nätter stämmer dock med iakttagelserna från hemtjänsten.

I denna rapport visas för första gången också utvecklingen när det gäller särskilda sjukvårdsinsatser – hjälp med läkemedelsintag, APO-dos, smärtbehandling mm. När det

gäller läkemedelsintaget skiljer mönstren av naturliga skäl i hög grad mellan ordinärt boende och särskilt boende. För de i ordinärt boende är APO-dos mycket ovanligt, medan det i serviceboende och boende med heldygnsomsorg är vanligt förekommande. Andelen som får sina läkemedel på detta sätt förefaller ha minskat starkt, men orsaken härtill är oklar.

Skillnaden mellan boendeformerna när det gäller förekomsten av smärta och tillgången till smärtbehandling är logisk såtillvida att en minskad andel personer med smärta samvarierar med en ökad andel med smärtbehandling och omvänt. Svårare att förstå är varför utvecklingen i dessa avseenden skiljer mellan boendeformerna. Detta förefaller vara ett område värt närmare uppföljning och analys.

### ***Flyttning till särskilt boende***

Slutligen några kommentarer kring analysen av flödena av personer mellan boendeformerna. I jämförelse med redovisningen i föregående rapport är nu kontrollen betydligt bättre. Det finns inte längre ett stort antal personer för vilka det saknas registrering. Till en del är förstås detta en fiktion. Registret bygger ju på vad som registrerats och om det saknas en registrering av flyttning resulterar detta helt enkelt i att personen antas vara kvar i den tidigare boendeformen. Men tekniken med successivt påförandet av uppgifter per person för också med sig att täckningen blir betydligt bättre. Saknas information någon gång så är ändå sannolikheten stor att personen kommer med vid något annat beslutstillfälle. Den stora skillnaden mot 2002 års undersökning är att framförallt att 2003 års baslinjeundersökning hade avsevärt lägre bortfall i boendet med heldygnsomsorg. Säkerheten när det gäller att ange boendeform har också blivit bättre, vilket resulterat i att färre personer (felaktigt?) registrerats som flyttande från särskilt boende till ordinärt boende. Genom att avlidna och avslutade kompletterats genom samkörning med kommunens register har också en annan felkälla eliminerats. Vad man nu kan se är att omkring 250 (ca 15%) av vårdtagarna avlider varje år och för ett knappt hundratal insatserna avslutas av någon annan anledning. Ungefär lika många vårdtagare med hemtjänst flyttar varje år till särskilt boende med heldygnsomsorg. Det går dock tyvärr ännu inte att avgöra hur stor andel av de nyinflyttade till heldygnsomsorgen, som tidigare haft hemtjänst i ordinärt boende, på grund av det stora bortfallet i 2002 års tvärsnittsundersökning för den förra boendeformen. Vid nästa års rapportering kommer det också att vara möjligt att ange denna viktiga uppgift.

Det mest anmärkningsvärda när det gäller sammansättningen av flödena med avseende på funktionsnedsättning är den stora försämring som skett under ett år för de som flyttat från



ordinärt boende till särskilt boende med heldygnsomsorg. Detta stämmer inte med mönstret från föregående år, då de som flyttade under året visserligen blev försämrade, men inte alls i samma omfattning. Nedgången i funktionsförmåga för dessa personer var så stor, att den påverkade den genomsnittliga försämringen av samtliga vårdtagare, så att denna det senaste året blev dubbelt så hög som det föregående – 23% jämfört med 12%. En särskild analys kommer nu att göras av denna fråga i syfte att utröna vad som ligger bakom.

### ***Förbättrad registrering***

Registreringen i SNAC-K, vårdsystemdelen, har nu (nov.2004) pågått i mer än tre år. Som denna senaste rapport kunnat visa har många av de barnsjukdomar som vidlådde registreringen under det första året nu kunnat övervinnas. Täckningen har blivit betydligt bättre och fullständigheten och kvaliteten i de registrerade uppgifterna har höjts väsentligt. Till den förbättrade täckningen har också bidragit sammanförandet av individuppgifterna i ett kumulativt register som gör att en missad registrering i många fall inte får någon annan konsekvens än att informationen blir mindre aktuell. Förbättringen är till en del en följd av att registreringsformuläret förenklats. En ytterligare förenkling genomfördes fr o m den 1 mars 2004. Denna förenkling i förening med övergången till löpande registrering direkt i datorn fr o m den 1 september förväntas leda till ytterligare kvalitetsförbättringar samtidigt som arbetsinsatsen per registrering minskar.





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 rapport är den femte från SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen. Rapporten beskriver genomförande och resultat av en datainsamling, som dels omfattat fortlöpande registrering av alla beslutade förändringar av den långvariga vård- och omsorgsinsatsen under perioden 1 mars 2002 – 28 februari 2003, dels en tvärsnittsundersökning avseende samtliga Kungsholmsbor 65 år och äldre som den 1 mars 2003 bodde i särskilt boende. Dessa båda datakällor har sammanförts i ett gemensamt register. Vid registreringen har noterats de olika insatser som de äldre erhåller resp. beslutas få samt olika faktorer av betydelse för behovet av insatser. Redovisade resultat innefattar en jämförelse av vårdtagarnas behov och erhållna insatser 2001 – 2003 samt en analys av individuella förändringar mellan 1 mars 2002 och 1 mars 2003.