



STOCKHOLMSNAC 2019

En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2019

Bettina Meinow
Åsa von Berens
Jenny Österman

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2020:2 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Sveriges Kommuner och Regioner slår fast att systematisk uppföljning inom äldreomsorgen är ett område som behöver utvecklas, då det nationellt fortfarande är få kommuner som använder systematisk uppföljning som kunskapsunderlag för verksamhetsutveckling.

Systematisk uppföljning innebär att på ett systematiskt sätt dokumentera arbetet med enskilda klienter, sammanställa informationen och utifrån den utveckla och förbättra verksamheten. Systematiska uppföljningar kan skapa nytta på flera nivåer: i det direkta arbetet med klienter, på verksamhetsnivå för att utveckla verksamheter samt på nationell nivå i form av exempelvis öppna jämförelser.

I Stockholm stad har systematisk uppföljning av biståndsbeslut inom äldreomsorgen vid en av stadens stadsdelar (Kungsholmen) pågått under många år bland annat genom forskningsprojektet SNAC-K (Swedish National Study on Aging and Care -Kungsholmen, vårdsystem) som drivs av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Återkommande har Stockholms stads äldreförvaltning även beställt systematisk uppföljning och analyser utifrån sitt eget verksamhetssystem, Paraplyet, som omfattar alla stadens 14 stadsdelar. Detta för att kunna följa utvecklingen av äldreomsorgens insatser i samtliga stadsdelar.

I Rapporten *StockholmSNAC 2019 En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2019*, av Äldrecentrums utredare Bettina Meinow, Åsa von Berens och Jenny Österman, ges förutom en övergripande bild över vilka som har insatser från äldreomsorgen i Stockholms stad och i vilken omfattning, även analyser av äldreomsorgens samstämmighet mellan stadsdelarna och förändringar jämfört med den senaste uppföljningen från 2017.

Det är vår förhoppning att denna rapport inspirerar till fortsatt utveckling av äldreomsorgen i alla Stockholms stads stadsdelar, och att rapporten bidrar till fördjupad utveckling av det systematiska uppföljningsarbetet av insatser inom äldreomsorgen i Stockholm.

Stockholm, mars 2020

Åsa Hedberg Rundgren

Direktör

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	3
DEN ÄLDRE BEFOLKNINGEN I STOCKHOLM	3
BEHOVSBEDÖMNING INOM ÄLDREOMSORGEN	3
STOCKHOLM SNAC 2008 OCH 2017	5
ÄLDRECENTRUMS UPPDRAG	6
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	6
METOD.....	7
DATAMATERIAL OCH ANALYS	7
INSAMLADE UPPGIFTER.....	7
Analyser	9
Begränsningar i insamlade data.....	9
RESULTAT	11
OMSORGSTAGARNAS SAMMANSÄTTNING.....	11
Boendeform och insatstyper.....	11
Demografiska faktorer och funktionsförmåga per boendeform och stadsdel	13
Tillgång till informell omsorg.....	15
Funktionsnedsättning hos omsorgstagarna per boendeform, kön, ålder och härkomst	17
Funktionsnedsättningar bland omsorgstagarna i respektive stadsdel.....	20
Jämförelse mellan 2017 och 2019	22
HEMTJÄNSTENS OMFATTNING.....	24
Olika faktorerers betydelse för hemtjänstens omfattning.....	24
Hemtjänstens omfattning i stadsdelarna	27
Påverkar extremvärden resultaten av jämförelserna mellan stadsdelarna?	29
Jämförelse mellan 2017 och 2019	29
VÅRD OCH OMSORGSBOENDE ELLER HEMTJÄNST?.....	32
Andelen med beslut om vård- och omsorgsboende i olika grupper	32
Olika faktorerers betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende	34
Skiljer sig bedömningarna mellan stadsdelarna?.....	37
Jämförelse före och efter 2017.....	40
Relation mellan beslut om vård- och omsorgsboende och hemtjänst.....	42
DISKUSSION	45
FAKTORER SOM PÅVERKAR RELATIONEN MELLAN BEHOV OCH INSATSER	45
Behovsrelaterade faktorer viktigast för insatsernas omfattning	46
Vad påverkar behoven och vilka behov leder till efterfrågan?.....	46
Jämförelse över tid	47
VIKTIGA FAKTORER ATT TA HÄNSYN TILL VID TOLKNING AV RESULTATEN	48
Slutsatser	48
REFERENSER	50
BILAGOR.....	52

SAMMANFATTNING

På uppdrag av äldreförvaltningen i Stockholms stad presenteras i denna rapport typ och omfattning av äldreomsorgen 2019 i relation till bedömda behov. Rapporten innehåller även analyser av äldreomsorgens samstämmighet mellan stadsdelar och om insatsernas omfattning i relation till bedömda behov har förändrats jämfört med år 2017.

Underlaget till rapporten är hämtat från verksamhetssystemet ”Paraplyet” som biståndshandläggarna registrerar i vid varje nytt beslut. Underlaget avser, för varje omsorgstagare, förhållandena vid det senaste biståndsbeslutet till och med 2019-03-01.

Vilka har insatser från äldreomsorgen?

Av befolkningen 65 år eller äldre i Stockholms stads hade cirka 15 procent (20 993 personer) insatser från kommunens äldreomsorg. En fjärdedel av omsorgstagarna hade ett beslut om vård- och omsorgsboende. Resterande hade ett beslut om hemtjänst. Oavsett insatstyp var majoriteten av omsorgstagarna ensamboende kvinnor. De flesta omsorgstagare var 85 år eller äldre, drygt hälften av dem med hemtjänst i ordinärt boende och två tredjedelar av dem med beslut om servicehus eller vård- och omsorgsboende. Jämförelsen mellan stadsdelarna visade att omsorgstagarna i stadsdelar med en hög andel personer med utomnordisk härkomst i snitt var yngre, jämfört med staden som helhet, vilket tyder på att man har behov av insatser i yngre ålder. Av samtliga omsorgstagare fick drygt 70 procent informell omsorg. Knappt femtio procent fick hjälp minst en gång i veckan. Män fick oftare hjälp dagligen jämfört med kvinnor.

Andelen med omfattande funktionsnedsättningar var högst bland personer med ett beslut om vård- och omsorgsboende. En tredjedel av dessa behövde hjälp med samtliga personliga aktiviteter i det dagliga livet och hälften hade en svår kognitiv nedsättning. Oavsett boendeform hade omsorgstagare över 95 år, samboende omsorgstagare och personer med utomnordisk härkomst högst grad av funktionsnedsättning.

Graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna såg i stort sett lika ut i stadsdelarna. I vilken boendeform de med högst grad av funktionsnedsättning bodde skiljde sig något mellan stadsdelarna. Bland de med högst grad av funktionsnedsättning hade i stadsdelen Rinkeby-Kista majoriteten hemtjänst i ordinärt boende (53%) medan det i stadsdelarna Östermalm och Farsta var vanligast med beslut om vård- och omsorgsboende i denna grupp (62%).

Ingen förändring skedde mellan 2017 och 2019 i graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagare i ordinärt boende eller servicehus. Personer med ett beslut om vård- och omsorgsboende som tagits efter 1 mars 2017 hade dock en högre grad av funktionsnedsättning jämfört med dem som hade äldre beslut.

Insatsernas omfattning

De faktorer som var tydligast kopplade till beslut om vård- och omsorgsboende och hemtjänstens omfattning var hur stort behov av hjälp en person hade av personlig omsorg, samt graden av kognitiv nedsättning.

Hemtjänstens omfattning påverkades dessutom av grad av rörelsehinder. Oavsett insatstyp fanns det en komplex relation mellan kognitiv nedsättning och rörelsehinder. Kognitiv nedsättning hade en större betydelse för hemtjänstens omfattning och sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende bland personer utan eller med lätta rörelsehinder, jämfört med dem som hade omfattande rörelsehinder.

Samma faktorer påverkade hemtjänstens omfattning i samtliga stadsdelar. Antalet beviljade timmar skiljde sig dock något, givet samma bedömda behov. Relativt små skillnader mellan stadsdelarna noterades också vad gäller sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende.

Jämförelsen mellan åren visade att omsorgstagarna med hemtjänst hade något fler timmar år 2019 jämfört med 2017, givet bedömda behov. Givet samma behov var dock sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende lägre efter 1 mars 2017 jämfört med före 1 mars 2017. Utvecklingen över tid var snarlik i alla stadsdelar.

Med det tillgängliga underlaget kunde omkring hälften av variationen av antalet beviljade hemtjänsttimmar förklaras. Det gällde även beslut om vård- och omsorgsboende. Det innebär således att det finns andra faktorer än de tillgängliga i underlaget för denna rapport som påverkar variationen i äldreomsorgens omfattning.

Genom att samla in data som täcker flera olika aspekter av behov skulle sannolikt förklaringsgraden av variationen i insatsernas omfattning öka. Utöver behovet av ytterligare aspekter är det också centralt att information samlas in på ett tillförlitligt och enhetligt sätt. Användningen av validerade instrument för att bedöma till exempel omsorgstagarnas grad av oro/otrygghet och nedstämdhet skulle kunna bidra till att biståndshandläggarens bedömning i största möjliga mån speglar individens egen upplevelse.

Sammanfattningsvis kan vise att kognitiv nedsättning hade en avgörande betydelse för att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende. Resultaten i denna studie visade också på en komplex relation mellan grad av rörelsehinder och grad av kognitiv nedsättning. En möjlig förklaring kan vara att personer med svår kognitiv nedsättning utan rörelsehinder kräver tätare tillsyn som en konsekvens av god mobil förmåga. Det kommer till en gräns då en person med en demenssjukdom är i behov av mer omfattande omsorg och ständig tillsyn än vad hemtjänsten har möjlighet att erbjuda. Dessa resultat belyser vikten av att även fortsättningsvis diskutera hur Stockholms stad kan utveckla äldreomsorgen för att möta behoven hos personer med kognitiv svikt, vilka blir allt fler i och med en ökad andel äldre i befolkningen.

BAKGRUND

Den äldre befolkningen i Stockholm

Medellivslängden fortsätter att öka och sedan mitten av 1900-talet har den främsta orsaken varit den minskade dödligheten bland äldre personer (Statistikmyndigheten SCB, 2019). Under de senaste 40 åren har dessutom männens livslängd ökat mer än kvinnornas (cirka 10 år respektive 6 år). År 2019 var medellivslängden cirka 85 för kvinnor och 81 för män, både i Stockholms län och i landet som helhet. Fram till 2028 beräknas antalet personer 65 år och äldre i Stockholms län öka med 22 procent, vilket kommer att innebära en ökning med cirka 80 000 personer (Region Stockholm/TRF, 2019).

Ett flertal studier har visat att dagens äldre är mer aktiva, oberoende och har bättre funktionsförmåga högre upp i åldrarna än för några decennier sedan (Falk mfl. 2014; Fors och Thorslund, 2015). Mot slutet av livet upplever dock de flesta också en period där man är beroende av insatser från kommunens äldreomsorg och/eller anhöriga för att klara det dagliga livet (Lunney mfl. 2003; Romoren och Blekeseaune 2003; Smith mfl. 2013; Meinow mfl. 2020).

Överlevnaden till högre åldrar och en god hälsa är dock inte jämnt fördelad mellan olika grupper av befolkningen. Socialt privilegierade grupper med goda resurser bibehåller oftare en god hälsa och överlever till högre ålder, jämfört med mindre resursstarka grupper (Fritzell, 2012; Agahi mfl. 2014; Darin-Mattsson mfl. 2017)

Under 2020-talet kommer det stora antalet personer födda på 1940-talet passera 80-års åldern. Detta, i kombination med en ökad överlevnad bland äldre personer med kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar, kommer med stor sannolikhet att bidra till en ökning av antalet personer med behov av insatser från äldreomsorgen.

Behovsbedömning inom äldreomsorgen

En person över 65 år som behöver hjälp i sitt dagliga liv kan ansöka om insatser från äldreomsorgen. Beslut om insatser inom äldreomsorgen regleras i Socialtjänstlagen (2001:453), 4 kap. Stockholms stad har regionala riktlinjer för handläggning av ärenden inom socialtjänstens äldreomsorg (Dnr 3.1-517/2017). Dessa riktlinjer utgör ett komplement till gällande lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.

Syftet med riktlinjerna är att säkerställa rättssäkerhet och lika behandling vad gäller bedömning och tillgång till de insatser som ska erbjudas från socialtjänstens äldreomsorg. Riktlinjerna ska ge stöd och vägledning för biståndshandläggaren i det praktiska arbetet med individuella behovsbedömningar som alltid ska göras (Stockholms stad, 2017).

I riktlinjerna finns det även följande reglerat:

"I Stockholms stad ska biståndshandläggare inom äldreomsorg, i samtliga ärenden gällande bistånd enligt SoL, i handläggningen använda sig av stadens Kartläggnings- och bedömningsinstrument (beslutad av KF 2009). Genom att använda bedömningsinstrumentet ökar möjligheten till en mer rättssäker och enhetlig bedömning."

Detta bedömningsinstrument ligger till grund för analyserna i denna rapport. Nedanstående riktlinjer för behovsbedömning finns i Stockholms stad.

Hemtjänst

"Hemtjänstinsatser kan beviljas den som på grund av åldersrelaterad fysisk funktionsnedsättning, psykisk funktionsnedsättning och sjukdom är i behov av hjälp i hemmet, för att uppnå skälig levnadsnivå, om behovet inte kan tillgodoses på annat sätt." Stöd- och hjälpinsatser i form av bland annat hemtjänst ska underlätta för den enskilde att bo kvar i ordinärt boende och att ha kontakt med andra (Stockholms stad, 2017, sid. 14-15).

Servicehus

"Från och med januari 2018 ingår servicehusen i stadens valfrihetssystem. Den som beviljas boende på servicehus erbjuds en lägenhet, trygghetslarm och tillgång till personal dygnet runt. Kommunen har ansvaret för hälso- och sjukvården. Servicehusets personal utför service- och omvårdnadsinsatser som den enskilde beviljas enligt separat biståndsbeslut om hemtjänst. Den största skillnaden mellan att bo i ordinärt boende och i servicehus är närheten till personal dygnet runt på servicehuset.

Bedömningen för servicehusboende ska grunda sig på en helhetsbedömning med fokus på den enskildes upplevelse av otrygghet där även ålder ska beaktas. Omvårdnadsbehovet ska dock inte vara så omfattande att den enskildes behov bättre tillgodoses på ett vård- och omsorgsboende.

Punkterna nedan är exempel på när behov av servicehus kan föreligga.

- *behov av hemtjänst för sina omvårdnadsbehov, i kombination med något eller några av nedanstående punkter*
- *oro/otrygghet i kombination med hög ålder*
- *oro/otrygghet som inte dämpas av andra insatser*
- *ofrivillig ensamhet och känsla av social isolering"*

(Stockholms stad, 2017 sid. 35-36)

Vård- och omsorgsboende

För beslut om vård- och omsorgsboende görs en helhetsbedömning där den enskildes situation och möjligheter sammanvägs med sociala, medicinska, psykiska och existentiella behov. Tre punkter ska beaktas vid bedömningen:

1. *Omvårdnadsbehovet ska vara så omfattande över dygnets alla timmar att behovet inte kan tillgodoses med hemtjänstinsatser.*
2. *Om inte behov av hjälp nattetid finns ska det finnas särskilda medicinska behov i kombination med tillsynsbehov, som kräver närhet till sjuksköterska eller omvårdnadspersonal.*
3. *Psykisk ohälsa, kognitiv svikt eller demenssjukdom som medför oro och påverkar den enskildes förmåga att fungera i ordinärt boende.*

Utöver dessa punkter ska handläggaren även ta hög ålder, ensamhet och isolering i beaktning vid bedömningen (Stockholms stad, 2017, sid. 36-37).

Stockholm SNAC 2008 och 2017

2008 och 2017 genomfördes analyser avseende omsorgsbehovet bland personer 65 år eller äldre med insatser från äldreomsorgen i Stockholms stad. Undersökningarna omfattade även analyser om stadsdelarnas behovsbedömningar var samstämmiga, givet grad av funktionsnedsättning.

Resultaten visade att det fanns ett tydligt samband mellan beviljade insatser och graden av funktionsnedsättning. Vidare konstaterade man att det fanns skillnader mellan stadsdelarna avseende insatsernas omfattning, givet ett visst behov. Skillnaderna hade dock minskat något mellan de två undersökningstillfällena.

Undersökningen 2017 visade en ökning av beroende i personliga aktiviteter i dagliga livet (PADL) för personer i ordinärt boende jämfört med 2008. Undersökningen 2017 visade också att svår kognitiv nedsättning var en väsentlig faktor för ett beslut om vård- och omsorgsboende.

ÄLDRECENTRUMS UPPDRAG

Äldrecentrum har fått i uppdrag av äldreförvaltningen att genomföra en nulägesanalys av äldreomsorgen i Stockholms stad. Resultaten kan ligga till grund för diskussioner kring planering, ledning och uppföljning av äldreomsorgen, samt vara till hjälp för Stockholms stad i arbetet med att följa upp policys och riktlinjer.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet är att studera vilken äldreomsorg personer 65 år och äldre har i relation till bedömda behov, om fördelningen av äldreomsorg är likvärdig mellan stadsdelarna och olika grupper av äldre personer, samt om det skett någon förändring vad gäller omsorgstagarnas grad av funktionsnedsättning sedan 2017.

Frågeställningar

- Hur ser såg graden av funktionsnedsättning ut i ordinärt respektive särskilt boende, i olika stadsdelar och bland olika grupper av äldre personer?
- Vilken äldreomsorg hade personer 65 år och äldre i relation till bedömda behov?
- Skiljde sig beslutade insatser i relation till funktionsnedsättning mellan stadsdelsförvaltningarna?
- Skiljde sig beslutade insatser i relation till funktionsnedsättning mellan äldre personer med nordisk respektive icke nordisk härkomst?
- Skiljde sig beslutade insatser i relation till funktionsnedsättning mellan 2017 och 2019?

METOD

Datamaterial och analys

För att följa upp beslutade insatser i relation till bedömda behov användes data från bedömningsinstrumentet i verksamhetsstödet, Paraplyet. Analyserna i denna rapport baseras på data som omfattar samtliga personer 65 år eller äldre i Stockholms stad som den 1 mars 2019 hade insatser från äldreomsorgen. Personer som enbart hade matdistribution och/eller trygghetslarm ingick inte i studien. För personer som bodde på vård- och omsorgsboende avser uppgifter i underlaget bedömda behov vid tidpunkten för beslut. Efter att en person flyttar till vård- och omsorgsboende görs inga ytterligare bedömningar av kommunens biståndshandläggare. Därför kan vi inom ramen för denna rapport inte uttala oss om funktionsförmåga, oro och nedstämdhet för personer som *bor* på vård- och omsorgsboende.

Insamlade uppgifter analyseras uppdelat på boendeform, det vill säga ordinärt boende, servicehus och vård- och omsorgsboende, samt uppdelat på stadsdelsförvaltning (anges fortsättningsvis förkortat som stadsdel).

Resultaten inleds med en deskriptiv del där omsorgstagarna beskrivs med avseende på demografiska faktorer, behovsrelaterade faktorer samt insatser från kommunens äldreomsorg. Vidare analyseras sambanden mellan grad av funktionsnedsättning och beslutade insatser samt om de skiljer sig mellan stadsdelarna. Jämförelser görs även mellan år 2017 och 2019 med avseende på omsorgstagarnas funktionsnedsättning samt insatsernas omfattning givet bedömda behov.

Insamlade uppgifter

Datamaterialet omfattar demografiska och behovsrelaterade faktorer samt uppgifter om insatser från kommunens äldreomsorg, se bilaga 1 för en redovisning av samtliga variabler och skalsteg.

Boendeform

Boendeform delas in i ordinärt boende, servicehus och vård- och omsorgsboende.

Samtliga analyser avseende behoven för personer med beslut om vård- och omsorgsboende avser behoven vid *beslutet*, det vill säga innan inflyttning. Funktionsförmågan för personer med beslut om vård- och omsorgsboende speglar alltså förhållanden vid tidpunkten för beslutet och inte förmågan för personer som *bor* på vård- och omsorgsboende, som kan antas vara sämre. Besluten är tagna någon gång före 1 mars 2019, det äldsta var nio år gammalt.

Insatser från kommunens äldreomsorg

Insatser omfattar antal beslutade timmar hemtjänst per månad, beslut om servicehus respektive vård- och omsorgsboende.¹

Demografiska faktorer

Demografiska faktorer omfattar ålder, kön, ensam- eller samboende, utomnordisk härkomst.

Behovsrelaterade faktorer

Aktiviteter i dagligt liv (Katz-ADL), i denna rapport omnämnt som PADL, omfattar följande fem aktiviteter: födointag, förflyttning, på-/avklädning, toalettbesök, dusch. Varje aktivitet som ingår i PADL kategoriseras i tre nivåer: oberoende (0), delvis beroende (1), beroende (2). Ett summerat index med värden från 0 till 10 visar den sammantagna graden av behov av hjälp med PADL. Värdet 0 innebär att personen klarar samtliga PADL utan hjälp och värdet 10 speglar ett maximalt hjälpbehov med samtliga fem aktiviteter. I vissa tabeller och figurer visas även antal PADL (0-5) som en person är delvis eller helt beroende inom.

Rörelsehinder delas in i fyra nivåer: inga rörelsehinder (0), kan gå utomhus med hjälpmedel, till exempel käpp eller rollator, klarar mindre trappor (1), kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus (användning av rullstol ingår, om personen själv kan manövrera den och själv ta sig i och ur) (2), beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera den eller ta sig i och ur, eller sängbunden (3)

Kognitiv nedsättning delas in i fyra nivåer², ingen kognitiv nedsättning (0), lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad (1), svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad (2), mycket svår kognitiv nedsättning, ständig mycket oklar och förvirrad (3).

Funktionsindex: sammanfattande grad av funktionsnedsättning. Utifrån PADL, rörelsehinder och kognitiv nedsättning har vi i denna rapport skapat ett summerat index med värden från 0–16 som sammanfattar grad av funktionsnedsättning (tabell 1). Noll motsvarar ingen funktionsnedsättning med avseende på de ingående faktorerna och 16 helt beroende. Grad av funktionsnedsättning har sedan delats in i fyra kategorier, från lätt till mycket hög nedsättning (se bilaga 1 för en mer utförlig beskrivning av hur indexet skapats). Syftet med indexet är att på ett överskådligt sätt kunna jämföra grad av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna mellan olika boendeformer och stadsdelar, samt över tid.

¹ Beslut om dagverksamhet (med somatisk inriktning eller med inriktning mot demens) och ledsagning redovisas endast i tabellform i bilaga 2, tabell 2.

² Enligt en förkortad version av den s.k. Bergerskalen (Berger 1980)

Tabell 1. Funktionsindex: sammanfattande grad av funktionsnedsättning.

Grad av funktionsnedsättning	Indexpoäng
Lätt	0–1
Måttlig	>1–6
Hög	>6–11
Mycket hög	>11–16

Otrygghet och nedstämdhet: Biståndshandläggarens bedömning av den äldre personens oro och nedstämdhet delas in i fyra kategorier, inga besvär (0), lätta eller tillfälliga besvär (1), periodvis svåra besvär (2), ständigt svåra eller invalidiserande besvär (3).

Analys

Resultaten baseras på både deskriptiv och analytisk statistik. I avsnittet om omsorgstagarnas sammansättning beskrivs demografiska faktorer och funktionsnedsättningar för omsorgstagarna i de olika boendeformerna och stadsdelarna. Efterföljande två avsnitt (*Hemtjänstens omfattning* och *Vård- och omsorgsboende eller hemtjänst?*) baseras på deskriptiv statistik samt resultat av multipla analyser (Poissonregression och logistisk regression), det vill säga analyser där omsorgstagarnas sammansättning, demografiska faktorer och funktionsnedsättningar tas hänsyn till. Vilka faktorer som tas hänsyn till i analyserna finns angivet inom respektive avsnitt.

I avsnittet *Hemtjänstens omfattning* presenteras estimerade medelvärden för antalet hemtjänsttimmar per månad. Dessa medelvärden är marginaeffekter baserade på regressionsmodeller och kan tolkas som ett ”uppskattat medelvärde”. I jämförelsen mellan åren 2017 och 2019 har vi statistiskt tagit hänsyn till att det finns omsorgstagare som förekommer i underlagen för båda åren. Detta har vi gjort genom att använda en så kallad flernivåmodell.

Resultaten i avsnittet om sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende är baserade på estimerade sannolikheter från en regressionsmodell och kan tolkas som en ”uppskattad sannolikhet”.

Begränsningar i insamlade data

Det finns bortfall och begränsningar i data som är viktiga att ta i beaktande vid tolkning av resultaten. Svartalernativet ”ej svar” i biståndsbedömningarna har noterats som bortfall. När det gäller olika indikatorer på funktionsnedsättning har svartalernativet ”ej relevant” tolkats som ”ingen nedsättning” med motiveringen att om det hade varit någon nedsättning skulle frågan bedömts vara relevant. För uppgifter om härkomst och informell omsorg är ett sådant antagande dock inte meningsfullt.

Bortfallet varierar mellan olika indikatorer. För de flesta indikatorer på funktionsnedsättning är det lågt, två till tre procent för PADL-variablerna samt rörelsehinder, och fem procent för kognitiv nedsättning. Variabeln inkontinens finns i

Paraplyet, men bortfallet är stort, 12 procent för urininkontinens och 20 procent för avföringsinkontinens. Det varierar dessutom avsevärt mellan stadsdelarna och ligger mellan en och till 31 procent. Denna variabel har därför inte ingått i analyserna. Bortfallet för förekomst av oro/otrygghet är 9 procent och för nedstämdhet 12 procent.

Uppgift om härkomst saknas för drygt en fjärdedel (26%) av omsorgstagarna, varav svarsalternativet "ej relevant" står för 17 procent och alternativet "ej svar" för 9 procent. Bortfallet varierar avsevärt mellan stadsdelarna och ligger mellan 2 och 48 procent.

En liknande bortfallsproblematik finns även för informell omsorg. Det saknas information om informell omsorg för 13 procent av omsorgstagarna, varav svarsalternativet "ej relevant" står för 5 procent och svarsalternativ "ej svar" för 8 procent.

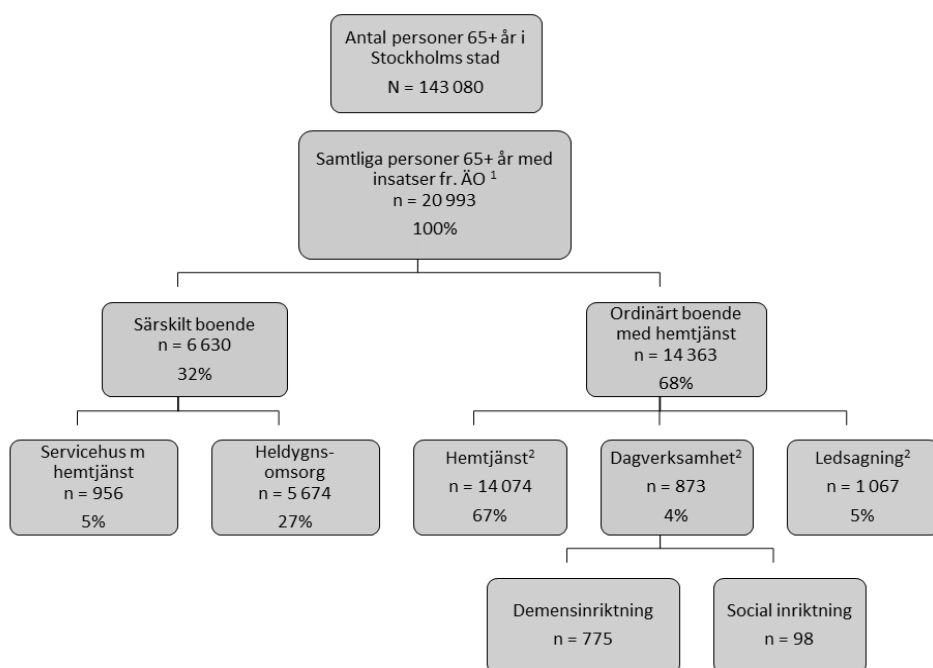
RESULTAT

Resultatdelen inleds med en beskrivning av omsorgstagarnas sammansättning med avseende på demografiska faktorer, funktionsnedsättning och informell omsorg, uppdelat på boendeform och stadsdelar. I efterföljande avsnitt analyseras hemtjänstens omfattning och beslut om vård- och omsorgsboende i relation till behovsindikatorer. Det undersöks även om beviljade insatser, givet behov, skiljde sig mellan stadsdelarna samt mellan åren 2017 och 2019.

Omsorgstagarnas sammansättning

Boendeform och insatstyper

Sammanlagt hade den 1 mars 2019 ungefär 21 000 personer insatser från äldreomsorgen – exklusive personer med enbart matdistribution och/eller larm. Det motsvarar 15 procent av befolkningen 65 år eller äldre i Stockholms stad (figur 1).



Figur 1. Antal personer med beslut, per insatstyp den 1 mars 2019. Stockholms stad.

¹ exklusive personer som enbart har matdistribution och/eller trygghetslarm.

² personer kan ha beslut om både hemtjänst och/eller dagverksamhet samt ledsagning.

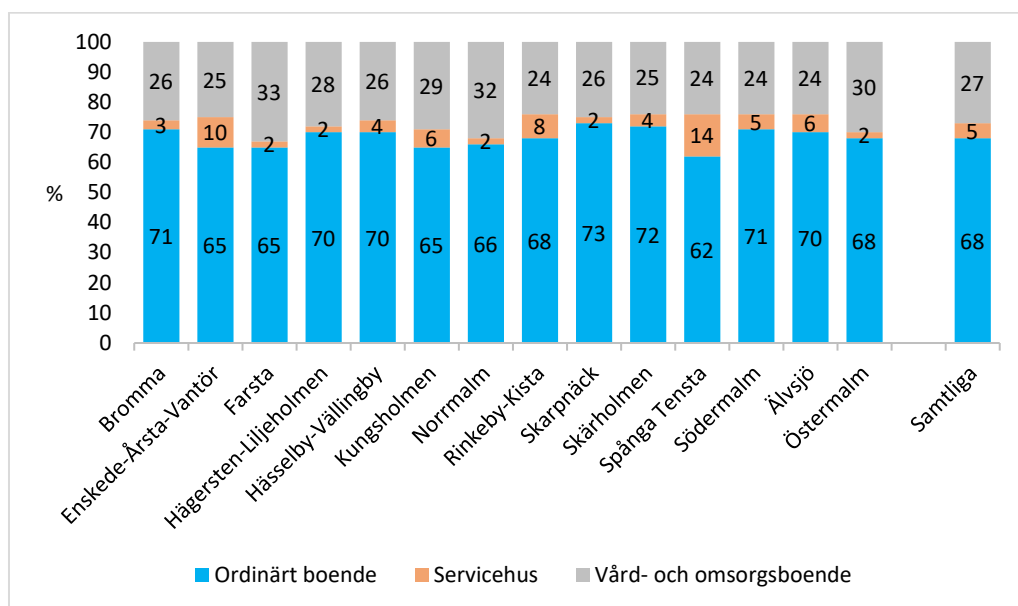
Drygt två tredjedelar (68%) av omsorgstagarna hade ett beslut om insatser i ordinärt boende och av dessa hade nästan alla ett beslut om insatser från hemtjänsten.

Drygt en fjärdedel (27%) hade beslut om vård- och omsorgsboende och fem procent hade ett beslut om servicehus.

Fem procent av samtliga omsorgstagare och sex procent av dem i ordinärt boende hade beslut om dagverksamhet. Motsvarande andelar för ledsagning var fem respektive sju procent.

Andelen personer med beslut om insatser i respektive boendeform skiljde sig något mellan stadsdelarna (figur 2). Andelen i ordinärt boende var lägst i Spånga-Tensta (62%), stadsdelen hade dock högst andel personer med beslut om servicehus (14%). Vad gäller beslut om vård- och omsorgsboende hade Farsta den högsta andelen (33%) medan stadsdelarna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Södermalm och Älvsjö hade lägst andel (24%).

Andelarna i figur 2 nedan tar inte hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning med avseende på behovsindikatorer eller huruvida det fanns servicehus i respektive stadsdel. Det går därför inte att utläsa i denna figur i vilken utsträckning skillnaderna mellan stadsdelarna förklaras av olika behov i befolkningen (se sid. 24 samt sid. 32 för vidare analyser).



Figur 2. Beslutad boendeform per stadsdelsförvaltning. Stockholms stad, 2019.

Demografiska faktorer och funktionsförmåga per boendeform och stadsdel

Minst hälften av omsorgstagarna var 85 år eller äldre

Nedan redovisas omsorgstagarnas sammansättning med avseende på ålder, kön, ensam-/samboende och härkomst. Som framgår av tabell 2 var över hälften av omsorgstagarna i äldreomsorgen i Stockholms stad 85 år eller äldre.

Tabell 2. Andel (%) av omsorgstagare per åldersklass, medel- och medianålder per boendeform. Stockholms stad, 2019. Uppdelat på stadsdel, se bilaga 2 tabell 5 och 6.

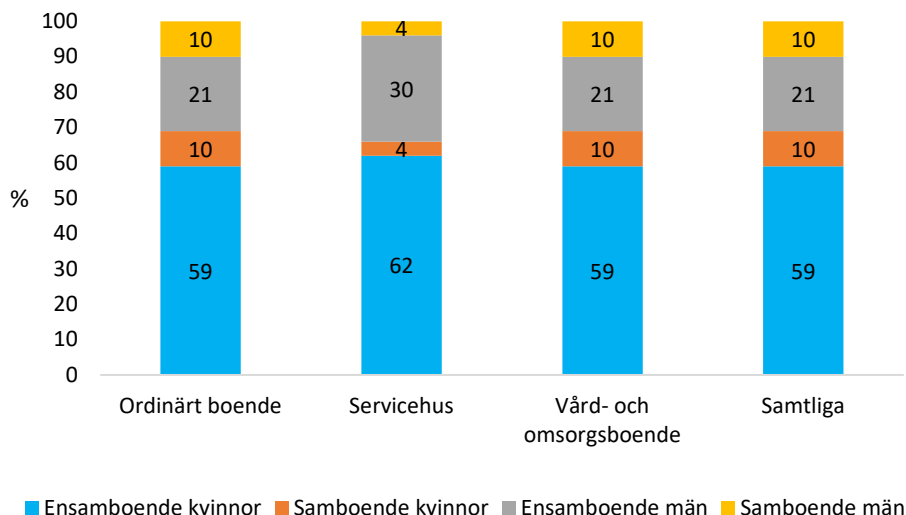
Ålder	Ordinärt boende	Servicehus	Vård- och omsorgsboende	Samtliga
65-74	16	13	12	15
75-84	33	26	25	31
85-94	44	46	49	46
95+	6	15	14	9
Medel/medianålder	84/85	86/88	86/88	85/86

Medelåldern var högst för dem med beslut om vård- och omsorgsboende eller servicehus, 86 år, jämfört med 84 år för personer i ordinärt boende.³ Ett tydligt undantag var stadsdelen Rinkeby-Kista där omsorgstagarna i snitt var yngre, endast 36 procent var 85 år eller äldre och medelåldern för samtliga var 81 år. Även i stadsdelarna Skärholmen och Spånga-Tensta var omsorgstagarna i genomsnitt något yngre än i övriga stadsdelar (se bilaga 2, tabell 6).

Majoriteten av omsorgstagarna var ensamboende kvinnor

Ensamboende kvinnor utgjorde ungefär 60 procent av omsorgstagarna i samtliga boendeformer (figur 3). Tjugo procent omfattade personer som var sammanboende, varav lika andelar var män och kvinnor.

³ Notera att det är medelåldern vid *beslut* om särskilt boende, inte medelåldern bland dem som bor på särskilt boende – som är högre.



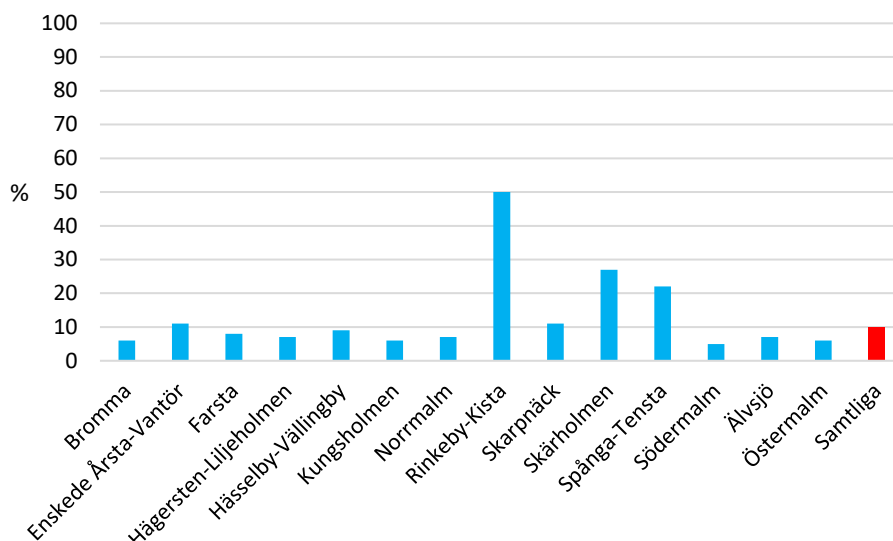
Figur 3. Andelen ensam- och samboende män och kvinnor vid beslut om insatsen. Stockholms stad, 2019.

Kvinnor utgjorde drygt två tredjedelar av omsorgstagarna, med undantag för Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta, där andelen kvinnor bland personer med beslut om vård- och omsorgsboende var något lägre, (60% respektive 64%) jämfört med övriga stadsdelar (67-73%) (se bilaga 2, tabell 6).

Andel med utomnordisk härkomst varierade mellan stadsdelarna

I genomsnitt hade en av tio omsorgstagare utomnordisk härkomst, elva procent i ordinärt boende, nio procent i servicehus och åtta procent av dem med beslut om vård- och omsorgsboende. Det fanns dock en stor variation mellan stadsdelarna. I Stockholms innerstad hade färre än tio procent utomnordisk härkomst, i Spånga-Tensta och Skärholmen var det 22 respektive 27 procent, och högst var andelen bland omsorgstagarna i Rinkeby-Kista med 50 procent (figur 4).

Andelarna baseras på samtliga omsorgstagare i respektive stadsdel. Det saknas dock uppgifter om nordisk respektive utomnordisk härkomst för mellan två och 48 procent av omsorgstagarna i stadsdelarna, vilket gör att siffrorna i figur 4 bör tolkas med försiktighet.



Figur 4: Andel omsorgstagare med utomnordisk härkomst. Stockholms stad, 2019.

Tillgång till informell omsorg

Många får informell omsorg men omfattningen skiljer sig åt

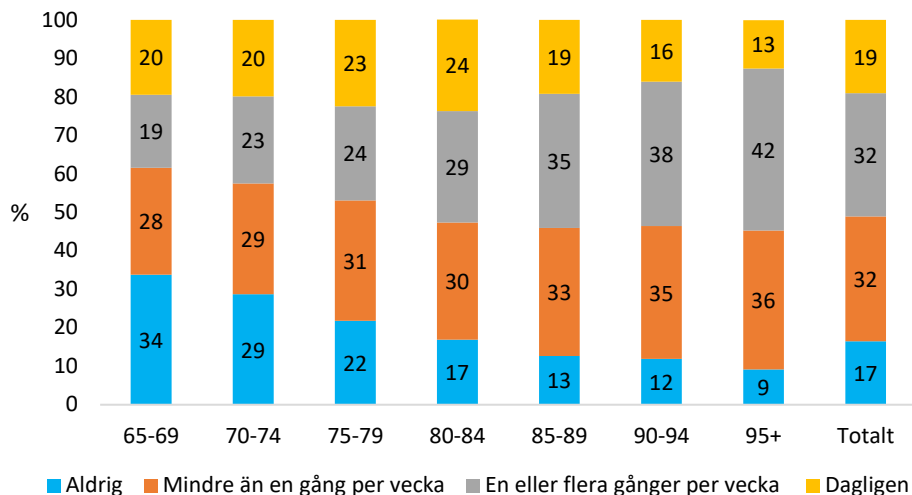
Enligt biståndshandläggarna fick drygt 70 procent av omsorgstagarna informell omsorg av någon grad, 45 procent minst en gång i veckan och 28 procent mindre än en gång i veckan. För fjorton procent saknas dock svar på frågan, vilket innebär att resultatet kan vara en underskattning av andelen med informell hjälp. För 17 procent av omsorgstagarna registrerades att de aldrig fick informell hjälp.

Tabell 3. Andel omsorgstagare (%) med informell omsorg. Stockholms stad, 2019. För uppgifter om informell omsorg uppdelat på stadsdel, se bilaga 2, tabell 7 och 8.

	Män %	Kvinnor %	Samtliga %
Aldrig	17	13	14
Mindre än en gång i veckan	25	30	28
En eller flera gånger i veckan	20	31	28
Hjälp dagligen	25	13	17
Ej svar	5	5	9
Ej relevant	8	8	5

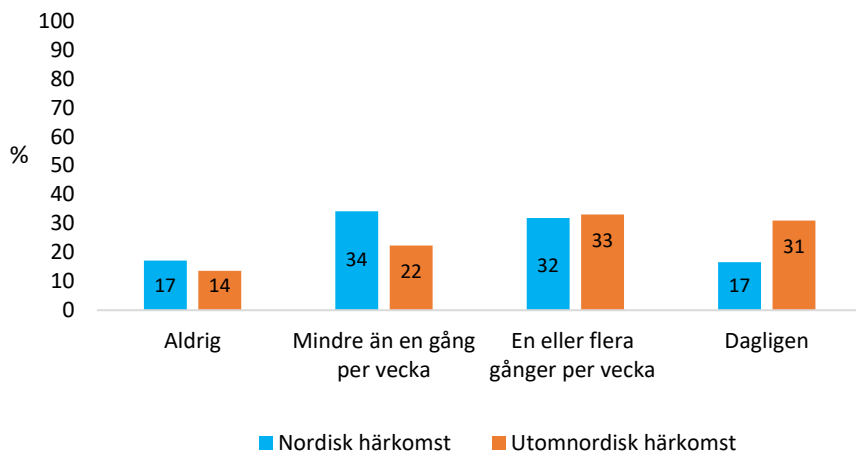
Av vem och hur ofta man fick hjälp skiljde sig åt mellan män och kvinnor. För män var det vanligare att få hjälp dagligen (29%) jämfört med kvinnor (15%), vilket kunde förklaras av att fler män (23%) än kvinnor (8%) hade en partner som de fick hjälp av. Kvinnor fick däremot oftare hjälp av barn (53%) jämfört med män (32%).

Omfattningen av den informella omsorgen skiljde sig också mellan olika åldersgrupper (figur 5). Andelen med informell omsorg ökade kontinuerligt med stigande ålder, från två tredjedelar bland de yngsta omsorgstagarna, till ungefär 90 procent bland dem som var 90 år eller äldre.



Figur 5. Omfattning av informell omsorg uppdelat på åldersgrupper. Stockholms stad, 2019.

Även hur ofta man fick hjälp skiljde sig något mellan omsorgstagare i olika åldrar: Personer som var 80 år eller äldre fick i något större utsträckning informell omsorg minst en gång i veckan (54%) jämfört med yngre omsorgstagare (cirka 40%). Bland de allra äldsta omsorgstagarna var dock andelen som fick hjälp dagligen lägst (13%), vilket hänger ihop med att de i mindre utsträckning hade en partner i livet.



Figur 6. Omfattningen av informell omsorg uppdelat på nordisk respektive utomnordisk härkomst (exklusive uppgift saknas). Stockholms stad, 2019.

En högre andel bland omsorgstagare med utomnordisk härkomst fick informell omsorg av mer omfattande karaktär, det vill säga en eller flera gånger i veckan, alternativt dagligen. En tredjedel av personerna med utomnordisk härkomst fick hjälp dagligen från anhöriga, jämfört med 17 procent bland personer med nordisk härkomst (figur 6). På grund av att det saknas uppgift om informell omsorg samt härkomst för många omsorgstagare bör dock slutsatser baserat på dessa faktorer dras med försiktighet.

Funktionsnedsättning hos omsorgstagarna per boendeform, kön, ålder och härkomst

Graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna varierade. Personer med beslut om vård- och omsorgsboenden hade generellt sett större nedsättningar än de med hemtjänst i ordinärt boende, men det fanns även skillnader mellan olika åldersgrupper, mellan dem med nordisk respektive utomnordisk härkomst och mellan ensam- och samboende personer.

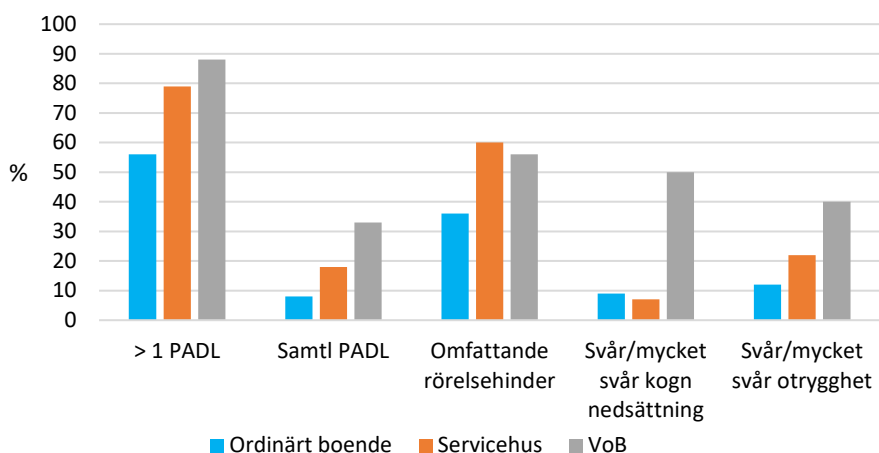
Svåra funktionsnedsättningar vanligast bland personer med beslut om vård- och omsorgsboende

Av personerna med beslut om vård- och omsorgsboende behövde nästan nio av tio hjälp med minst en aktivitet inom PADL och cirka en tredjedel var beroende i samtliga aktiviteter (figur 7). Motsvarande andelar i ordinärt boende var 56 respektive 8 procent. Bland personer med beslut om servicehus behövde cirka åtta av tio personer hjälp med minst en PADL och knappt en av fem behövde hjälp med samtliga PADL.

Omfattande rörelsehinder innebär enligt bedömningsinstrumentet att personen inte klarar förflyttning utomhus eller i trappor. Detta var vanligast bland dem med beslut om servicehus respektive vård- och omsorgsboende.

Hög andel med svår kognitiv nedsättning bland personer med beslut om vård- och omsorgsboende

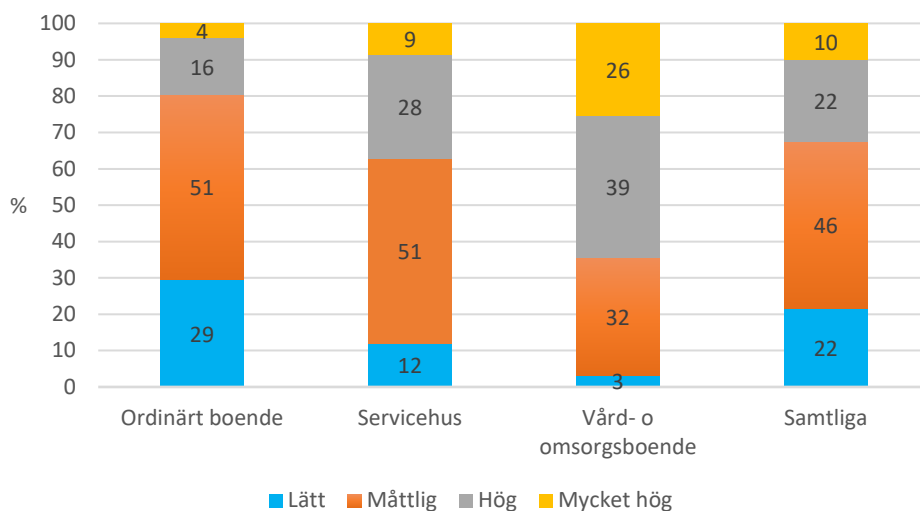
Den största skillnaden mellan boendeformerna vad gäller omsorgstagarnas funktionsförmåga rörde andelen personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning (figur 7).



Figur 7. Funktionsnedsättningar avseende PADL, rörelsehinder, kognitiv nedsättning och oro/otrygghet per boendeform, bland omsorgstagare i samtliga stadsdelar. Stockholms stad, 2019.

Omsorgstagarnas grad av funktionsnedsättning i olika boendeformer

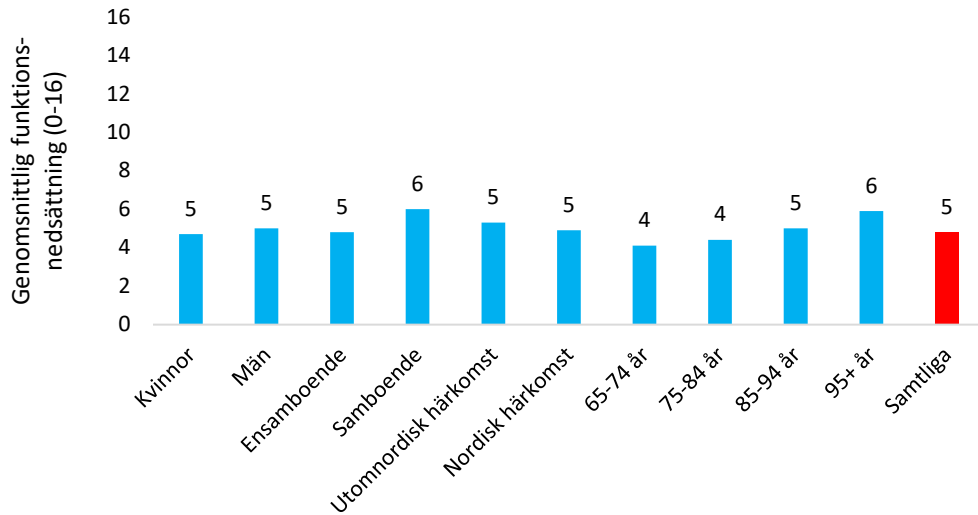
För att överskådligt kunna jämföra grad av funktionsnedsättning mellan olika grupper, stadsdelar och år används ett sammanfattande index för funktionsnedsättning (tabell 1 samt bilaga 1). Omsorgstagare med lätt eller måttlig funktionsnedsättning var vanligast i ordinärt boende (80%) och på servicehus (63%). Av omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende bedömdes 65 procent ha hög eller mycket hög funktionsnedsättning (figur 8).



Figur 8. Grad av funktionsnedsättning (fyra kategorier) hos omsorgstagare, per boendeform. Stockholms stad, 2019.

Grad av funktionsnedsättning varierade mellan grupper av omsorgstagare

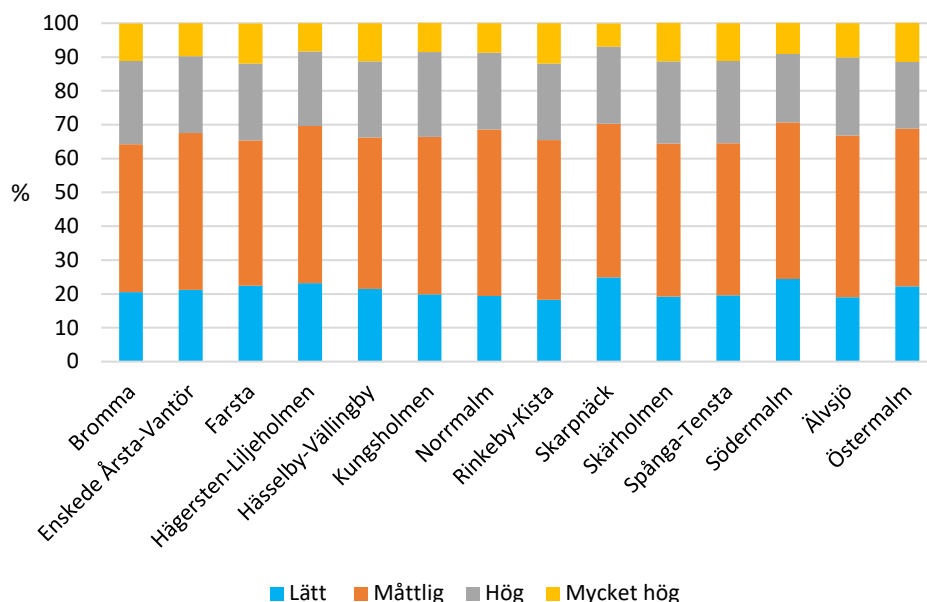
Den genomsnittliga funktionsnedsättningen skiljde sig mellan olika grupper av omsorgstagare (figur 9). Samboende, omsorgstagare som var 95 år eller äldre samt personer med utomnordisk härkomst hade högst grad av funktionsnedsättning.



Figur 9. Genomsnittlig funktionsnedsättning (index 0-16) för olika grupper av omsorgstagare. Stockholms stad, 2019.

Funktionsnedsättningar bland omsorgstagarna i respektive stadsdel

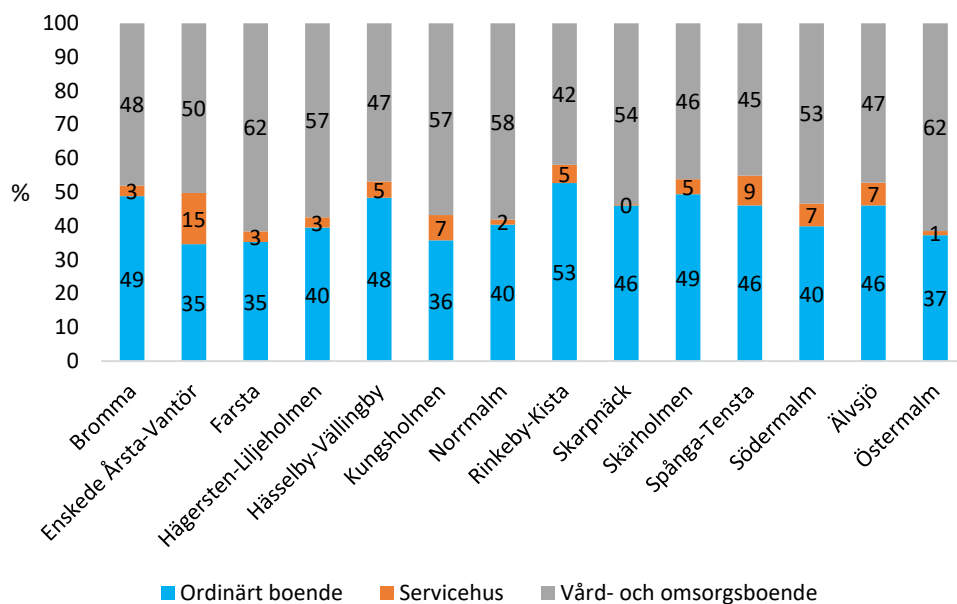
Fördelningen av grad av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna såg i stort sett lika ut mellan stadsdelarna. Drygt en tredjedel hade en hög eller mycket hög nedsättning av funktionsförmågan och cirka hälften hade en måttlig funktionsnedsättning (figur 10).⁴



Figur 10. Andel omsorgstagare med grad av funktionsnedsättning (index 0-16), uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

I vilken boendeform de med högst grad av funktionsnedsättning bodde skiljde sig något mellan stadsdelarna (figur 11). Bland de med högst grad av funktionsnedsättning hade i Rinkeby-Kista majoriteten hemtjänst i ordinärt boende (53%) medan det i Östermalm och Farsta var vanligast med beslut om vård- och omsorgsboende i denna grupp (62%).

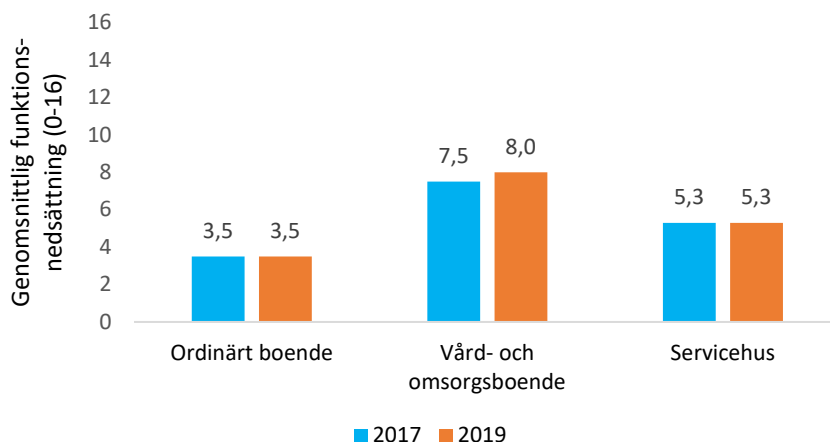
⁴ För en redovisning av andelar med behov av hjälp i PADL samt andelarna med rörelsehinder, kognitiv nedsättning och oro/otrygghet per stadsdel se bilaga 2, figur 1, 2 och 3.



Figur 11. Fördelningen av omsorgstagare som hade hög eller mycket hög funktionsnedsättning per boendeform och stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Jämförelse mellan 2017 och 2019

I figur 12 visas genomsnittlig funktionsnedsättning (funktionsindex, 0-16) för 2017 respektive 2019 uppdelat på boendeform.



Figur 12. Genomsnittlig funktionsnedsättning (index 0-16) hos omsorgstagarna per boendeform och år. Figuren visar boendeform för individer 2017 respektive 2019, oavsett när beslut om boende är taget. Stockholms stad, 2019.

I ordinärt boende och servicehus fanns ingen skillnad mellan åren, funktionsförmågan vid beslut om vård- och omsorgsboende var något sämre bland dem som hade ett beslut 2019 jämfört med dem som hade ett beslut 2017. Av 2019 års omsorgstagare hade 62 procent även insatser 2017, det vill säga de återfanns i dataunderlaget vid båda tillfällena.

Slutsatser: Omsorgstagarnas sammansättning

- 15 procent av befolkningen 65 år och äldre i Stockholm hade insatser från äldreomsorgen.
- Tre fjärdedelar av omsorgstagarna hade hemtjänst, en fjärdedel hade beslut om vård- och omsorgsboende.
- I samtliga boendeformer var minst hälften av omsorgstagarna 85 år eller äldre och majoriteten var ensamboende kvinnor (60%).
- Svåra funktionsnedsättningar var vanligast bland personer med beslut om vård- och omsorgsboende. En tredjedel behövde hjälp med samtliga PADL och hälften hade en svår kognitiv nedsättning.
- Graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagare skiljde sig marginellt mellan stadsdelarna.
- I vilken boendeform de med högst grad av funktionsnedsättning bodde skiljde sig något mellan stadsdelarna.
- Inga skillnader mellan 2017 och 2019 i grad av funktionsnedsättning för personer i ordinärt boende respektive servicehus.
- Viss försämring av funktionsförmågan för personer med beslut vård- och omsorgsboende mellan 2017 och 2019.

Hemtjänstens omfattning

I detta avsnitt redovisas hemtjänstens omfattning för olika åldersgrupper samt olika faktors betydelse för fördelningen av hemtjänsttimmar. Dels presenteras vilka faktorer som avgjorde antalet hemtjänsttimmar totalt sett i Stockholms stad, dels analyseras om bedömningarna var likvärdiga i stadsdelarna samt om hemtjänstens omfattning, givet bedömda behov, skiljde sig mellan 2017 och 2019.

Utifrån Stockholms stads riktlinjer gör biståndshandläggaren en behovsbedömning av insatser och analyserna i denna rapport är gjorda utifrån ett antal faktorer som biståndshandläggaren samlar in för att kunna göra en adekvat bedömning. Dessa faktorer förklarar cirka hälften av variationen av antalet beviljade hemtjänsttimmar. Det saknas således underlag för att förklara den resterande delen av variationen.

Resultatet visar att det som främst påverkade hemtjänstens omfattning var behovet av hjälp med personliga aktiviteter i det dagliga livet (PADL; bad/dusch, toalettbesök, förflyttning, på- och avklädning samt födointag), samt kognitiv ned-sättning och rörelsehinder. Hög ålder, känsla av otrygghet, utomnordisk härkomst, ensamboende och nedstämdhet påverkade också, men i betydligt mindre utsträckning.

Nivå av hemtjänst per åldersgrupp

I tabell 4 visas fördelning av omsorgstagare uppdelat på åldersgrupper för olika nivåer av hemtjänst. Högst andel av omsorgstagarna hade hemtjänst under 26 timmar per månad. Bland personer 65–84 år hade nästan 60 procent färre än 26 timmar per månad. I den högre åldersgruppen var det en jämnare fördelning mellan andelen som hade under 26 timmar respektive mellan 26 och 130 timmar per månad. Endast fyra procent hade över 130 timmar per månad. För redovisning per stadsdel, se bilaga 2, tabell 15.

Tabell 4. Andel av omsorgstagarna (%) med respektive hemtjänstnivå uppdelat på åldersgrupp, Stockholms stad, 2019.

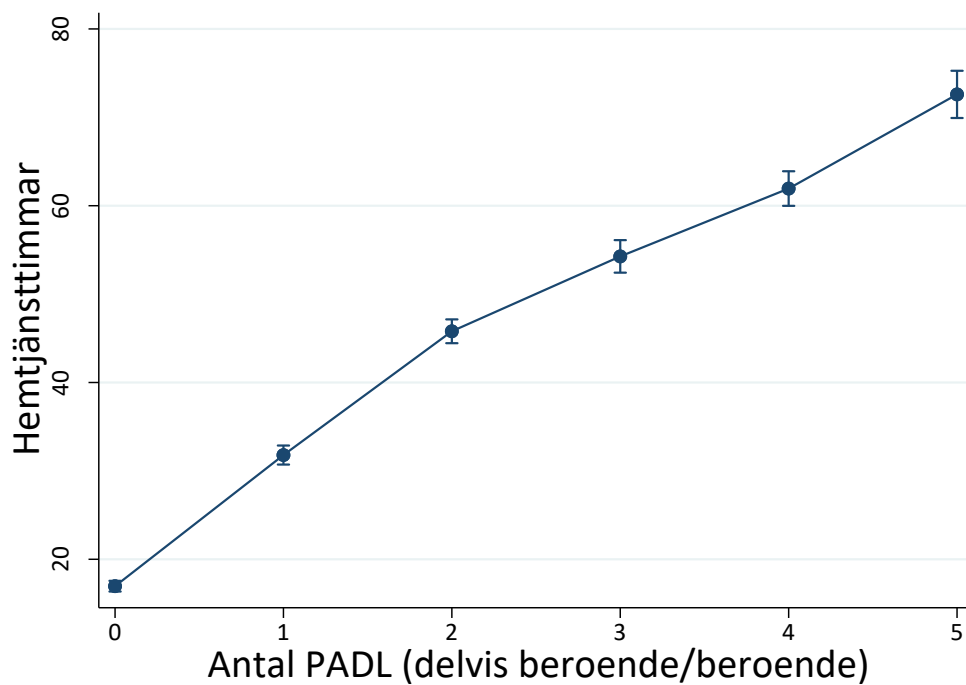
Nivå av hemtjänst timmar/månad	Åldersgrupper		
	65-84	85+	Samtliga
Max 25,5	57	48	52
26 – 129,5	40	48	44
130 eller mer	3	4	4

Olika faktors betydelse för hemtjänstens omfattning

Behov av hjälp med PADL och kognition har störst betydelse

Det finns ett tydligt samband mellan graden av beroende i PADL och omfattningen av hemtjänst. En person helt självständig i samtliga PADL hade i snitt 17 timmar hemtjänst per månad, medan en person helt beroende i alla fem aktiviteter hade 73 timmar i snitt per månad, när hänsyn tagits till andra faktorer som påverkar

bedömningen, som kognition, rörelseförmåga, ålder och ensamboende (figur 13). Analyserna visade att hemtjänstens omfattning inte skiljde sig mellan kvinnor och män, givet bedömda behov.



Figur 13. Estimerat medelvärde (95% konfidensintervall) för antal hemtjänststimmar per månad och behov av hjälp med PADL (antal). Med hänsyn tagen till kognition, rörelsehinder, ålder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad, 2019.

Det är viktigt att komma ihåg att en person som inte har behov av hjälp i någon av aktiviteterna som ingår i PADL kan vara beroende av hjälp med instrumentella aktiviteter, IADL, exempelvis hushållssysslor, inköp eller matlagning. Denna information finns inte tillgängligt för analyserna.

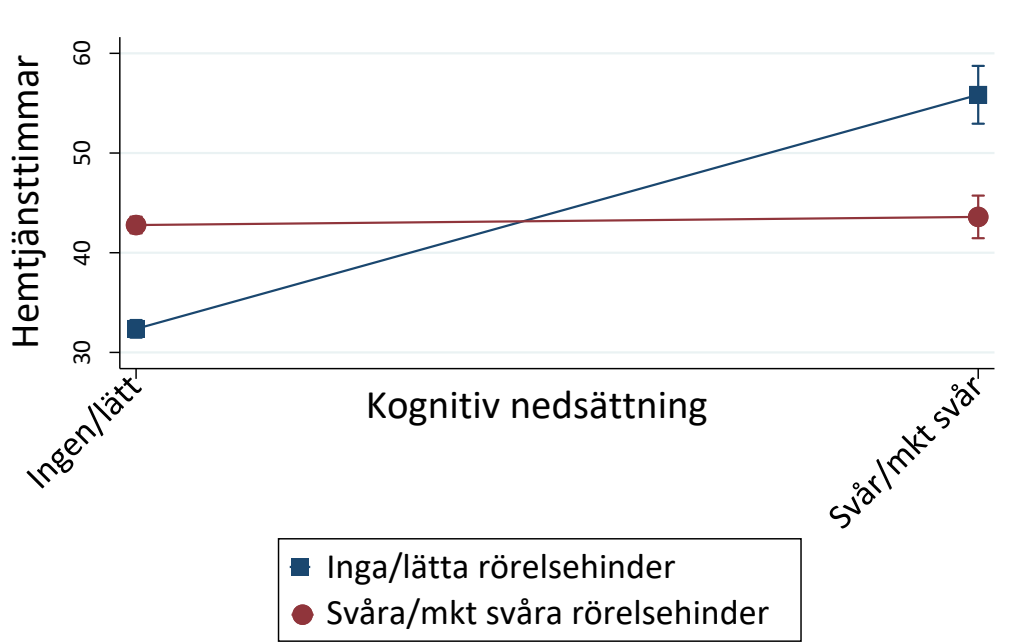
Resultaten visar att även förekomst och grad av kognitiv nedsättning hade stor betydelse för antal hemtjänststimmar en person beviljats. Ju svårare kognitiv nedsättning en person hade, desto fler hemtjänststimmar beviljades. I snitt hade en person med mycket svår kognitiv nedsättning (och inga/lätta rörelsehinder) 57 timmar hemtjänst per månad när hänsyn tagits till övriga behov (se bilaga 2, tabell 14).

Rörelsehinder

Hur många hemtjänststimmar en person fått beviljat påverkades även av rörelsehinder. I genomsnitt hade en person med svåra rörelsehinder, definierat som behov av hjälp med förflyttningar utomhus och/eller inomhus, 25 procent fler hemtjänststimmar jämfört med en person som inte hade några rörelsehinder eller som klarade sig utom- och inomhus med hjälpmedel.

Komplex relation mellan kognitiv nedsättning och rörelsehinder

I bedömningen av antal hemtjänsttimmar som beviljas visade det sig en komplex relation mellan grad av rörelsehinder och grad av kognitionsnedsättning. Figur 14 illustrerar hur grad av rörelsehinder påverkade antalet hemtjänsttimmar en person med kognitiv nedsättning beviljades (och vice versa). Exempelvis beviljades en person med svår kognitiv nedsättning men *utan* svåra rörelsehinder i snitt 54 hemtjänsttimmar per månad, medan en person med svår kognitiv nedsättning *och* svåra rörelsehinder beviljades 40 timmar/månad med hänsyn taget till övriga behov (se bilaga 2, tabell 14).



Figur 14. Estimerat medelvärde (95% konfidensintervall) för antal hemtjänsttimmar per månad, grad av kognitiv nedsättning samt rörelsehinder. Med hänsyn tagen till beroende i PADL, ålder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad, 2019.

Övriga faktorer

Ålder, ensamboende, utomnordisk härkomst samt svåra besvär med otrygghet eller nedstämdhet var faktorer som också till viss del var relaterade till ett ökat antal hemtjänsttimmar (bilaga 2, tabell 14). Dock är förklaringsgraden för dessa faktorer låg, de förklarar en betydligt mindre del av variationen av beviljade hemtjänsttimmar än vad behov av hjälp med PADL, kognitiv nedsättning och rörelsehinder gör.

Även betydelsen av förekomst av informell omsorg och härkomst har analyserats. Resultaten visar att knappt hälften (42%) av alla omsorgstagarna i ordinärt boende hade informell omsorg vid ett eller fler tillfällen per vecka men att förekomsten av informell omsorg inte påverkade antalet hemtjänsttimmar en person beviljats, givet att andra behov var lika. Viktigt att ta i beaktande är dock att information om informell omsorg saknades för 1800 individer med hemtjänst (för 1126 saknas svar och för 703 registrerades att frågan inte var relevant), vilket kan påverka resultatet.

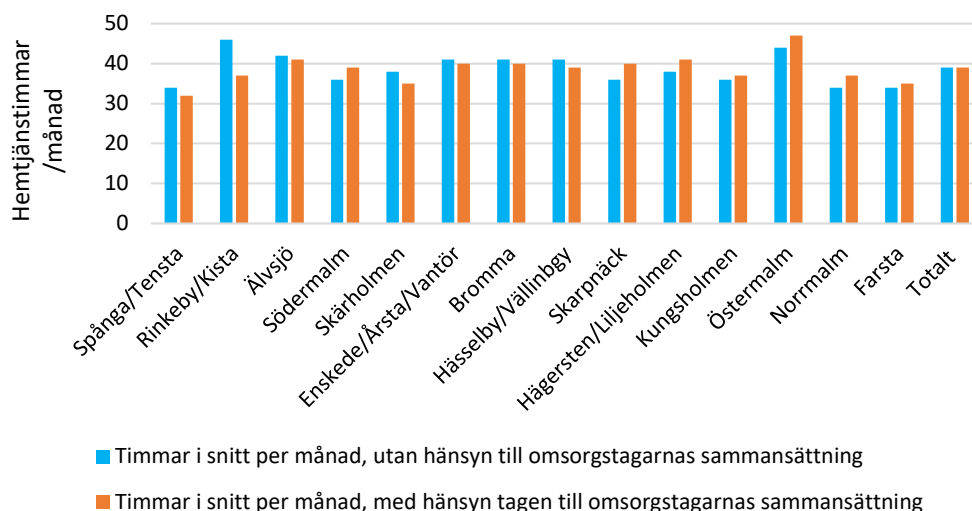
Av omsorgstagarna i ordinärt boende hade 11 procent utomnordisk härkomst och denna grupp hade signifikant fler hemtjänsttimmar, i snitt 5 timmar per månad, än omsorgstagare med nordisk härkomst. Liksom för informell omsorg saknades det dock information om härkomst för många omsorgstagare (n=1402) eller så klassades frågan som ej relevant (n=2688).

Servicehus

Av dem med hemtjänst bodde cirka 7 procent på servicehus. Med hänsyn tagen till övriga faktorer visade analyserna ingen skillnad i antalet hemtjänsttimmar per månad för personer med beslut om servicehus jämfört med dem som bodde i ordinärt boende (bilaga 2, tabell 14).

Hemtjänstens omfattning i stadsdelarna

Sammanfattningsvis visade resultaten av jämförelsen mellan de 14 olika stadsdelarna att samma faktorer påverkade antalet timmar en individ beviljades i de olika stadsdelarna, men att det totala antalet timmar som beviljades skiljde sig något. Detta resultat kvarstod även när hänsyn har tagits till omsorgstagarnas sammansättning och behov i respektive stadsdel (figur 15 samt bilaga 2, tabell 15 och 16).



Figur 15. Estimerat medelvärde för antal hemtjänsttimmar per månad och stadsdel. I orange stapel är hänsyn tagen till beroende i PADL, kognition, rörelsehinder, ålder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad, 2019.

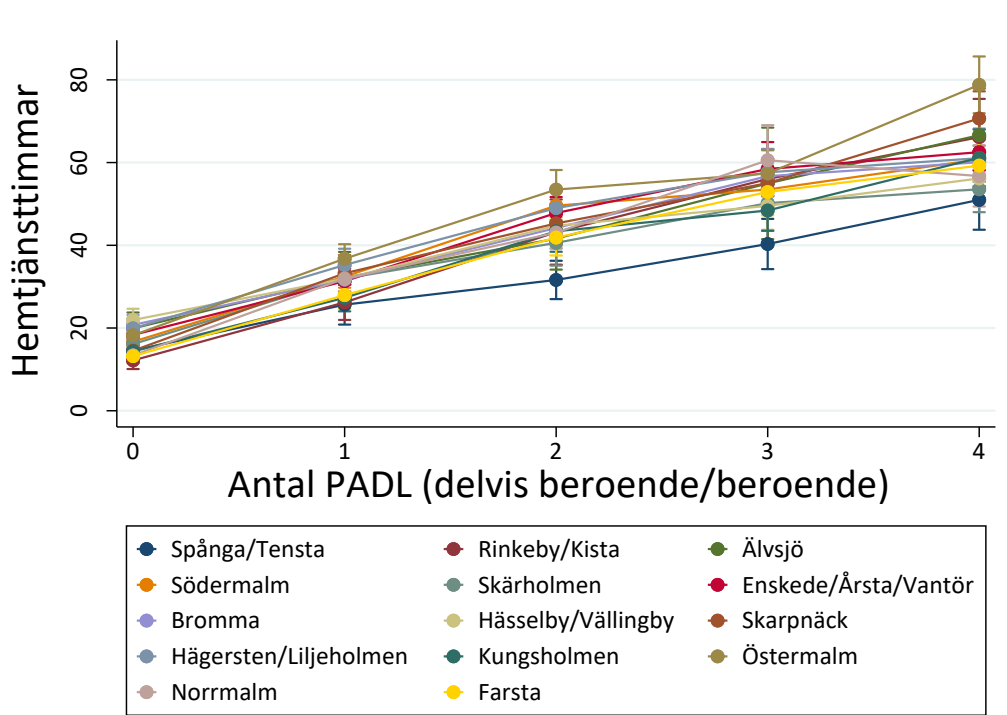
De blå staplarna i figur 15 visar det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per månad för varje stadsdel. De orangea staplarna visar antalet hemtjänsttimmar som hade beviljats i respektive stadsdel om omsorgstagarnas sammansättning och behov hade sett lika ut i samtliga stadsdelar. Det vill säga, skillnaderna mellan stadsdelarna vad gäller hemtjänsttimmar i de orangea staplarna beror *inte* på att det finns skillnader mellan stadsdelarna i hur gamla omsorgstagarna är, att de

har olika behov av hjälp med PADL eller olika grad av rörelsehinder eller kognition. Givet samma behov skiljer sig ändå antalet timmarna mellan stadsdelarna något.

Totalt sett hade omsorgstagarna i genomsnitt 39 timmar hemtjänst per månad och majoriteten av stadsdelarna låg nära det genomsnittet. Två stadsdelar som låg signifikant under respektive över genomsnittet var Spånga-Tensta och Östermalm. I genomsnitt hade en omsorgstagare på Östermalm 47 timmar och i Spånga-Tensta 32 timmar per månad när hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning.

Faktorer som påverkar hemtjänstens omfattning - jämförelse mellan stadsdelar

Behov med hjälp med PADL är en faktor som ökade mängden beviljade hemtjänsttimmar i alla stadsdelar även om det totala antalet timmar för personer med liknande behov skiljde sig något mellan stadsdelarna. Skillnaderna mellan stadsdelarna var större ju fler aktiviteter omsorgstagarna var i behov av hjälp med (figur 16).



Figur 16. Estimerat medelvärde (95% konfidensintervall) för antal hemtjänsttimmar per månad, stadsdel och antal PADL omsorgstagare har behov av hjälp med. Med hänsyn tagen till kognition, rörelsehinder, ålder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad, 2019.

Kognitiv nedsättning

Totalt bedömdes cirka 9 procent av personer med hemtjänst ha en svår eller mycket svår kognitiv nedsättning. Andel för respektive stadsdel varierade, Farsta hade lägst andel omsorgstagare med svår alternativt mycket svår kognitiv nedsättning (1%) och Hässelby-Vällingby hade högst andel 12 procent (bilaga 2, figur 3).

Antalet hemtjänsttimmar som en person beviljas ökade med ökad grad av kognitiv nedsättning i samtliga stadsdelar, det fanns dock en viss skillnad i antalet beviljade timmar per månad. Som tidigare beskrivits fanns även en komplex relation mellan kognitiv nedsättning och grad av rörelsehinder vilket togs hänsyn till i analyserna. För omsorgstagare med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning skiljde det sig i snitt 20 timmar per månad mellan de två stadsdelar som låg högst respektive lägst, Östermalm och Spånga-Tensta, givet att andra behov var lika. Mellan övriga stadsdelar var skillnaderna små.

För rörelsehinder såg mönstret lika ut. Antalet beviljade hemtjänsttimmar ökade med försvårad grad av rörelsehinder i alla stadsdelar men det totala antalet beviljade timmar skiljde sig något åt.

Övriga faktorer

Jämförelse har även gjorts mellan stadsdelarna gällande i vilken grad hänsyn tagits till ålder, otrygghet, utomnordisk härkomst, ensamboende och informell omsorg vid beviljande av hemtjänsttimmar. Resultaten visade att det liksom för alla stadsdelar sammantaget fanns ett samband mellan ökad ålder och fler hemtjänsttimmar. Detsamma gällde för om personen var ensamboende, var av utomnordisk härkomst eller hade svåra besvär med otrygghet eller nedstämdhet. Dessa faktorer påverkade dock antalet hemtjänsttimmar i betydligt mindre utsträckning än behov av hjälp med PADL, kognition och rörelsehinder.

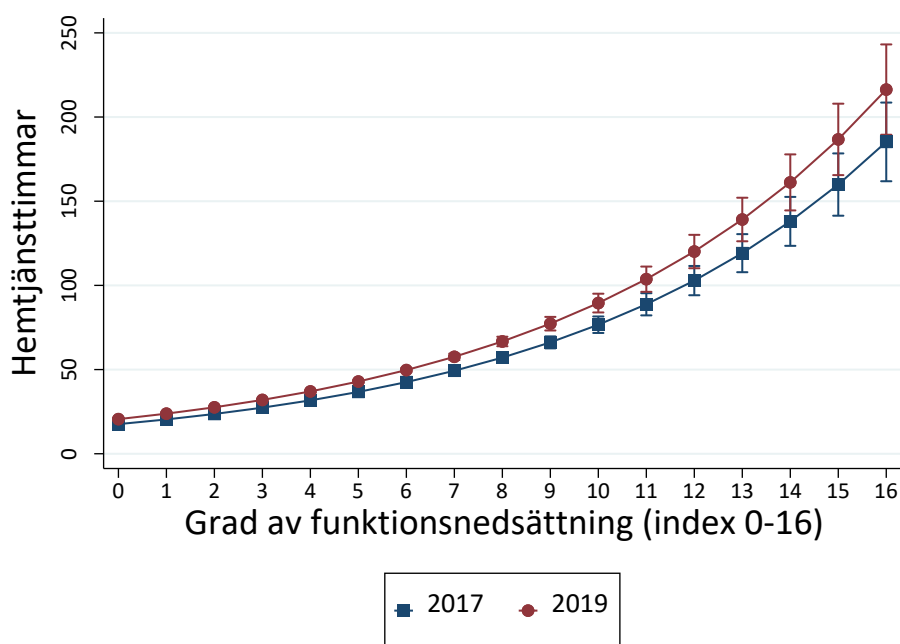
Påverkar extremvärden resultaten av jämförelserna mellan stadsdelarna?

I några stadsdelar finns enstaka omsorgstagare som hade betydligt fler hemtjänsttimmar per månad än genomsnittet, så kallade ”extremvärden”. För att undersöka i vilken grad detta påverkade medelvärdet har analyser genomförts omsorgstagare med fler än 250 hemtjänsttimmar per månad är borttagna. Dessa analyser som redovisas i bilaga 2, figur 5 visar att ovan redovisade resultat inte påverkades nämnvärt av dessa extremvärden och att skillnaderna mellan stadsdelar kvarstod även när dessa exkluderades.

Jämförelse mellan 2017 och 2019

I jämförelserna mellan 2017 och 2019 har vi tagit hänsyn till att nästan 60 procent av personerna i underlaget för 2019 hade hemtjänst redan 2017. Resultaten av dessa analyser visade en ökning av genomsnittligt antal hemtjänsttimmar mellan åren, givet samma grad av funktionsnedsättning. Ju lägre grad av funktionsnedsättning, desto mindre var skillnaderna (figur 17).

Vid tolkning av resultaten är det viktigt att ta hänsyn till att det i underlaget saknas uppgifter om när omsorgstagarnas *första* hemtjänstbeslut togs. En del av omsorgstagarna har haft hemtjänst under flera års tid, andra har tillkommit senare. Riktlinjerna för bedömning av behov har ändrats under åren och det finns en möjlighet att insatsernas omfattning påverkas av hur "generösa" eller mindre "generösa" riktlinjerna var när individen fick sitt första beslut. I våra analyser har vi gjort antagandet att det finns lika stora andelar personer som haft beslut om hemtjänst längre respektive kortare tid i underlagen för 2017 respektive 2019.



Figur 17. Estimerat medelvärde (95% konfidensintervall) för antal hemtjänsttimmar per grad av funktionsnedsättning år 2017 och 2019. Med hänsyn tagen till ålder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad.

Slutsatser: Hemtjänstens omfattning

- Hemtjänstens omfattning påverkades främst av behov av hjälp med personlig omsorg, grad av kognitiv nedsättning och rörelsehinder.
- Kognitiv nedsättning hade en större betydelse för hemtjänstens omfattning bland personer med lätta rörelsehinder jämfört med dem som hade omfattande rörelsehinder.
- Samma faktorer påverkade antalet hemtjänsttimmar i samtliga stadsdelar, men antalet beviljade timmar skiljde sig något givet samma behov.
- År 2019 hade omsorgstagarna något fler hemtjänsttimmar jämfört med 2017, givet samma bedömda behov.
- Kvinnor och män hade hemtjänst i samma omfattning, givet samma behov.
- Med det tillgängliga underlaget kan vi förklara omkring hälften av variationen i beviljade antal hemtjänsttimmar. Det finns sannolikt även andra faktorer som påverkar antalet beviljade hemtjänsttimmar.

Vård och omsorgsboende eller hemtjänst?

I detta avsnitt redovisas olika faktorerers betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende. Avsnittet inleds med en redovisning av andelen omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende, givet olika förutsättningar, såsom sociodemografiska faktorer, grad av funktionsnedsättning, psykiskt välbefinnande och tillgång till informell omsorg. Efter följer en analys av vilka faktorer som var av betydelse för sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst, samt om det fanns skillnader mellan stadsdelarna. Sist jämförs sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende år 2017 respektive 2019.

Det är återigen viktigt att komma ihåg att undersökningsgruppen består av personer som den 1 mars 2019 *hade* ett beslut om vård- och omsorgsboende – men att besluten kan vara tagna flera månader eller år tidigare. Det betyder att resultaten *inte* speglar 2019-års ”krav” för att bli beviljad vård- och omsorgsboende, utan snarare anger vilka faktorer som var relaterade till existerande beslut om vård- och omsorgsboende, oavsett när besluten togs.

Faktorer som ingår i underlaget för analyserna kan endast till viss del förklara vilka personer som hade ett beslut om vård- och omsorgsboende. Det finns således faktorer som kan ha påverkat beslutet, men som inte registrerats eller funnits med i bedömningsinstrumentet och därför saknas i underlaget till denna rapport.

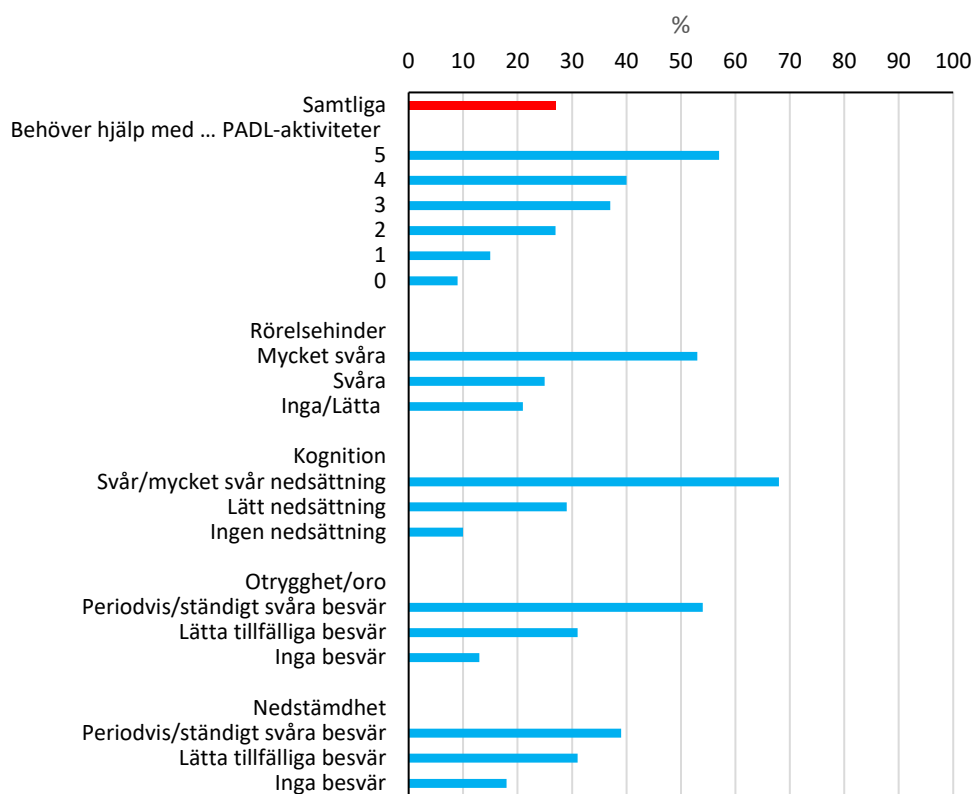
Andelen med beslut om vård- och omsorgsboende i olika grupper

Figur 18 visar andelen personer med beslut om vård- och omsorgsboende, givet olika typer och grad av funktionsnedsättningar. Av samtliga omsorgstagare hade drygt en fjärdedel (27%) ett beslut om vård- och omsorgsboende, och samma andel gällde för kvinnor och män samt för ensam- respektive samboende personer⁵.

Beslut om vård- och omsorgsboende var vanligast bland personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning (68%) och bland dem som behövde hjälp med samtliga PADL (57%). Det innebär samtidigt att 30 procent av dem med svåra kognitiva problem och en dryg tredjedel av dem som behövde hjälp med samtliga PADL bodde i ordinärt boende⁶.

⁵ Eftersom det i de högsta åldrarna finns drygt två gånger fler kvinnor än män i befolkningen, är drygt två tredjedelar av dem som bor på vård- och omsorgsboende kvinnor.

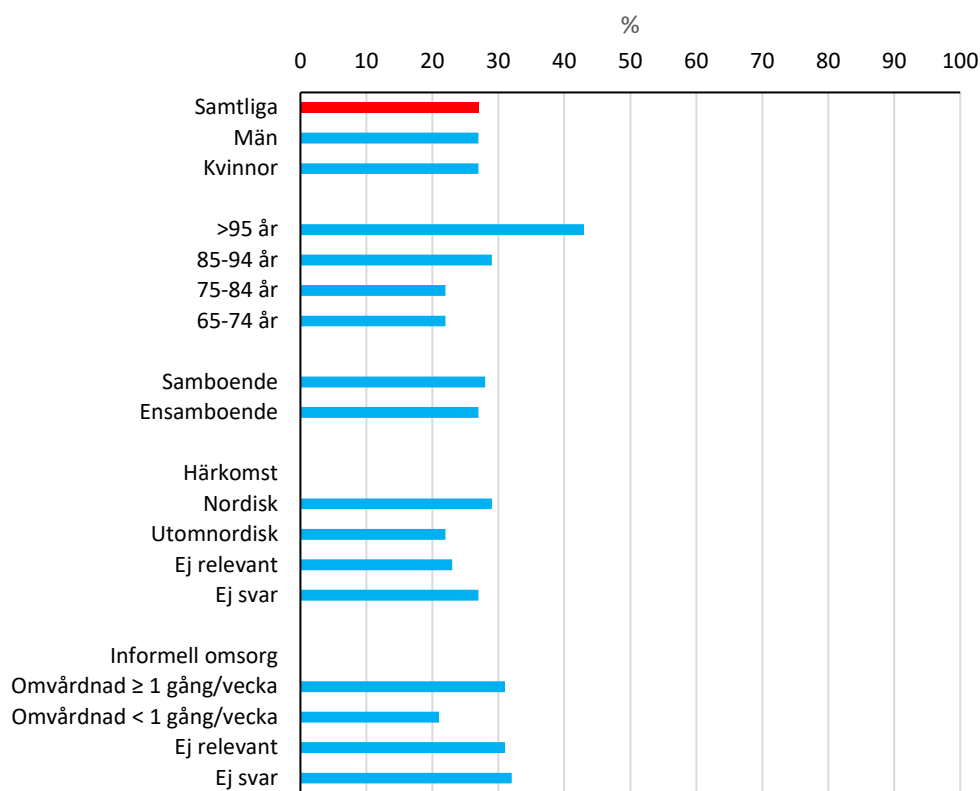
⁶ Knappt 2 procent respektive 5 procent hade ett beslut om servicehus.



Figur 18. Andel (%) omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende givet olika grad av funktionsnedsättning. Stockholms stad, 2019.

Beslut om vård- och omsorgsboende var vanligare i den äldsta åldersgruppen, 95 år eller äldre⁷ (43%), bland personer som hade ständigt eller periodvis svåra besvär med oro/otrygghet (54%), nedstämdhet (39%) och bland dem som vid tidpunkten för beslutet hade informell omsorg minst en gång per vecka (31%) (figur 18 och 19). Bland personer med utomnordisk härkomst (22%) var det dock något mindre vanligt att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende (figur 19).

⁷ Åldern avser den faktiska åldern den 1 mars 2019, medan övrig information avser situationen vid det aktuella beslutet om vård- och omsorgsboende, oavsett hur långt tillbaka i tiden beslutet togs.



Figur 19. Andel (%) av omsorgstagarna med beslut om vård- och omsorgsboende uppdelat på demografiska faktorer och tillgång till informell omsorg. 2019, Stockholms stad.

Andelarna som redovisas i figurerna 18 och 19 tar ingen hänsyn till att de olika faktorerna också är relaterade till varandra. För att ta reda på olika faktors betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende, undersöks därför i nästa avsnitt inverkan av de olika faktorerna med hänsyn tagna till varandra.

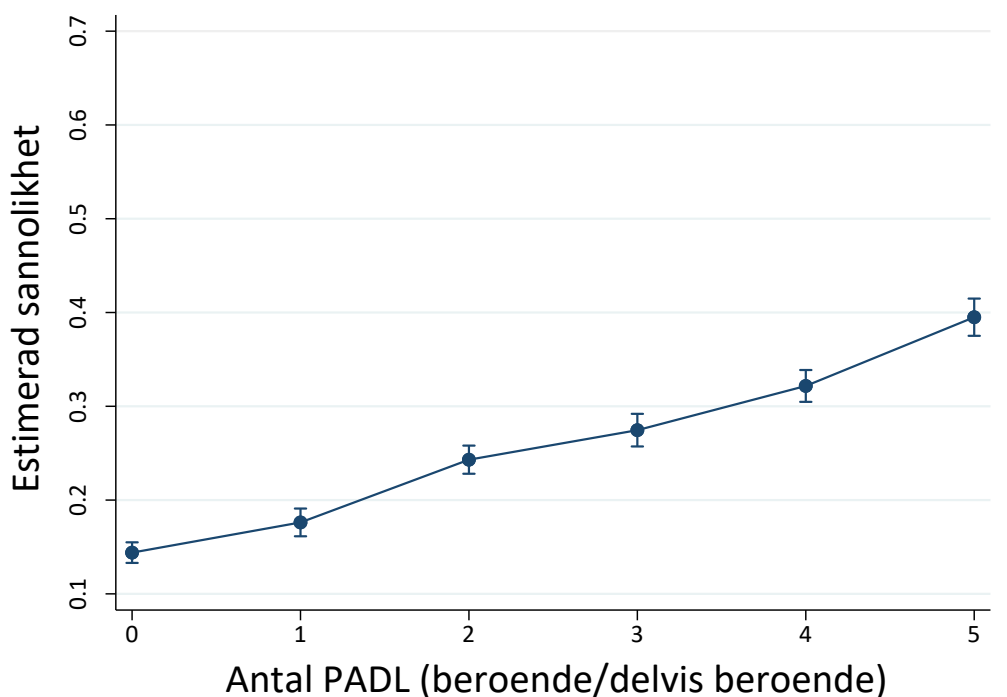
Olika faktors betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende

Kognition och förmåga att klara PADL hade störst betydelse

Analysen där hänsyn tagits till kön, ålder, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg visade att en hög grad av kognitiv nedsättning och beroende i PADL var de överlägset mest avgörande faktorerna för beslut om vård- och omsorgsboende (bilaga 2, tabell 19). Det betyder, förenklat uttryckt, att om man vill förutsäga om en person har ett beslut om vård- och omsorgsboende eller inte, så ökar chansen att tippa rätt avsevärt om man har information om personens kognitiva förmåga eller förmåga att klara PADL. Har man dessutom information om rörelseförmåga, besvär med oro/otrygghet, nedstämdhet, ålder, ensam-/samboende, härkomst, och informell omsorg skulle sannolikheten att tippa på rätt

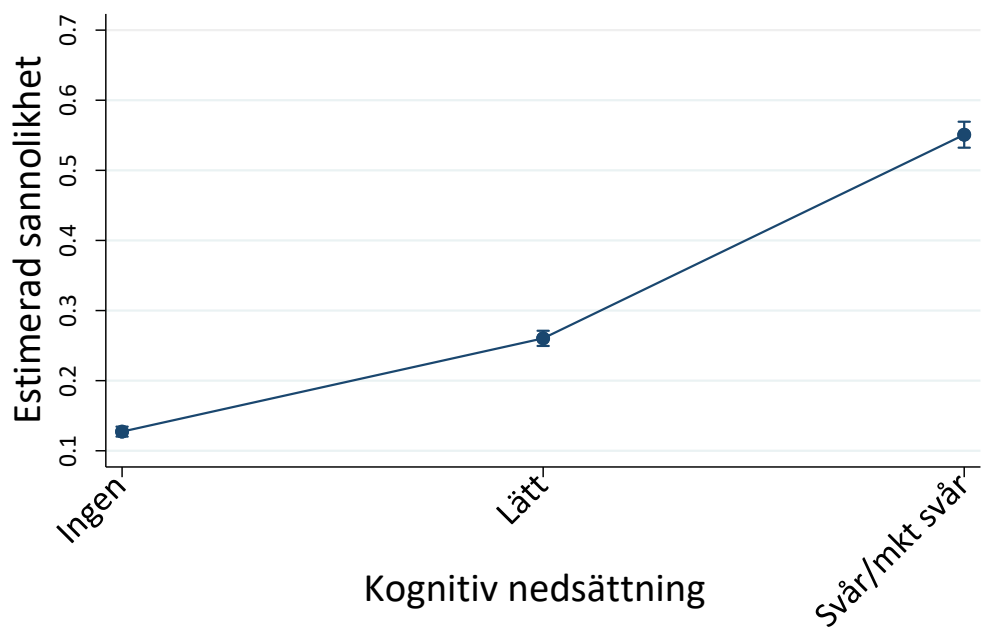
boendeform endast öka marginellt. Även om exempelvis högre ålder, att bo ensam och besvär av oro/otrygghet också var relaterade till sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende var dessa faktors betydelse förhållandevis liten (bilaga 2, tabell 19 och 20). Sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende skiljde sig inte mellan män och kvinnor när hänsyn tagits till övriga faktorer.

Figur 20 illustrerar att en person helt beroende i samtliga i PADL hade en estimerad sannolikhet på 52 procent att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, jämfört med 14 procent för en person som var helt oberoende i PADL (med hänsyn tagen till övriga faktorer).



Figur 20. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av beroende i PADL. Med hänsyn tagen till ålder, kognitiv nedsättning, rörelsehinder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. 2019, Stockholms stad.

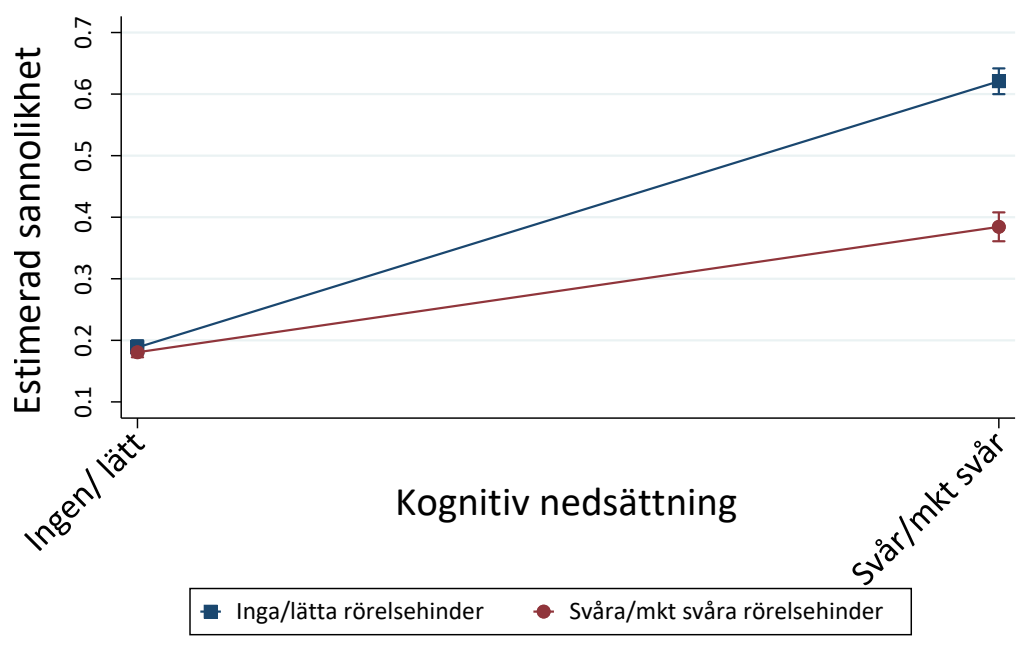
När det gäller kognitiv nedsättning var den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende 55 procent för personer med svåra eller mycket svåra nedsättningar, jämfört med 13 procent för dem utan nedsättningar (figur 21).



Figur 21. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av kognitiv nedsättning. Med hänsyn tagen till beroende i PADL, ålder, kognitiv nedsättning, rörelsehinder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad, 2019.

Komplex relation mellan kognitiv nedsättning och rörelsehinder

På ett liknande sätt som visats i tidigare avsnitt om faktorer som påverkade nivå av hemtjänst, så fanns det även för beslut om vård- och omsorgsboende ett komplext samband mellan rörelsehinder och kognitiv nedsättning. Det innebär att betydelsen av rörelsehinder för beslut om vård- och omsorgsboende skiljde sig beroende på den kognitiva förmågan. Figur 22 illustrerar att kognitiv nedsättning hade större betydelse för beslut om vård- och omsorgsboende bland relativt rörliga personer jämfört med de med svåra rörelsehinder. Sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende var alltså högst för rörliga personer med svår kognitiv nedsättning (62%), följt av de med svåra nedsättningar i båda avseenden (38%). Personer utan större problem med kognitionen hade generellt sett en låg sannolikhet (under 20%) att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, oavsett rörelsehinder.

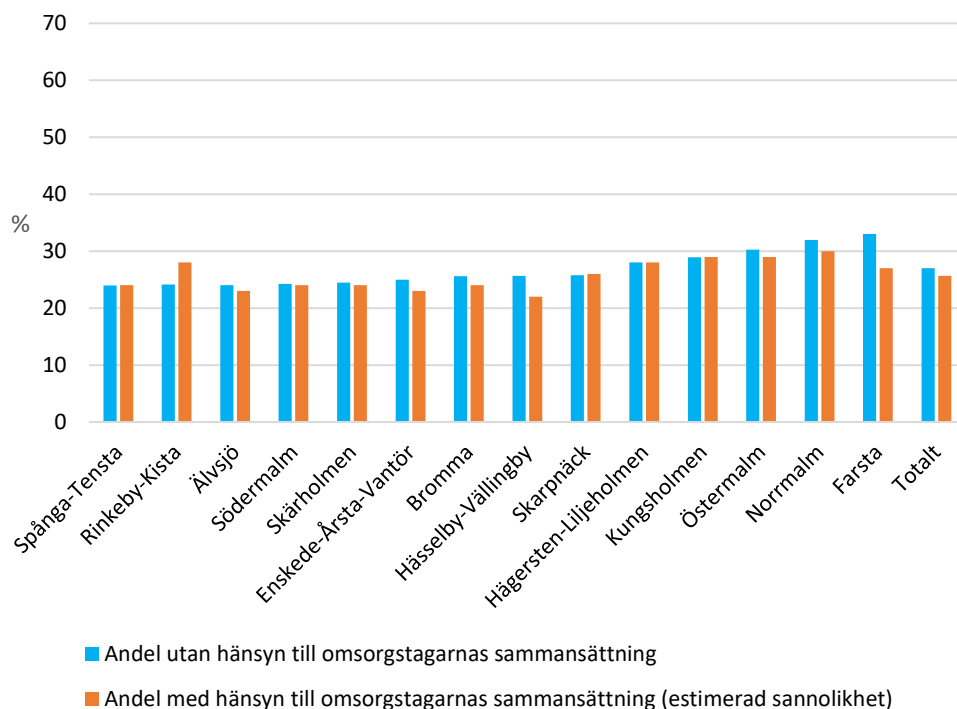


Figur 22. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende per grad av kognitiv nedsättning och rörelsehinder. Med hänsyn tagen till ålder, beroende i PADL, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad, 2019.

Skiljer sig bedömningarna mellan stadsdelarna?

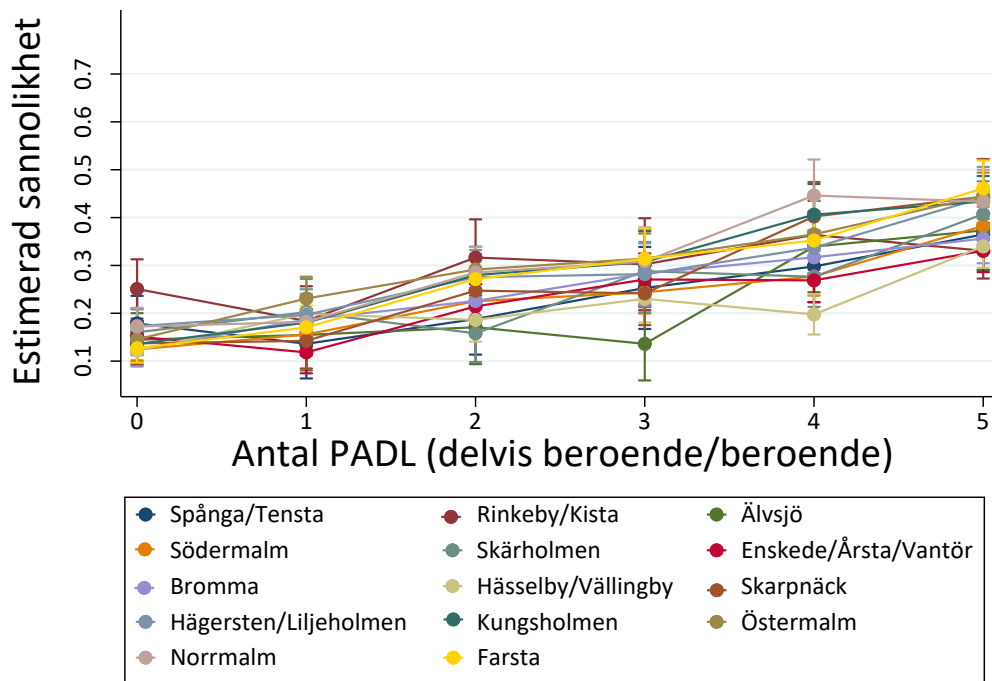
Sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende med och utan hänsyn tagen till omsorgstagarnas sammansättning illustreras i figur 8. Det framgår exempelvis att omsorgstagare i Farsta hade den högsta sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende (33%) när hänsyn inte togs till omsorgstagarnas sammansättning, men att när hänsyn tagits till ålder, ensam-/samboende, beroende i PADL, förekomsten av oro/otrygghet, nedstämdhet och informell omsorg, så låg stadsdelen mycket nära snittet för hela staden (27%).

Även om det med hänsyn tagen till omsorgstagarnas sammansättning fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan stadsdelarna vad gäller den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, var skillnaderna små. Mellan stadsdelen med den högsta (30%) respektive lägsta sannolikheten (21%) skiljde det 9 procentenheter (figur 23 och bilaga 2, tabell 21). Utgår man från snittet för hela Stockholms stad (26%) var skillnaderna ännu mindre: Fem stadsdelar avvek uppåt, dock som mest med 4 procentenheter. En stadsdel avvek signifikant nedåt (21%). Övriga stadsdelar avvek inte signifikant från snittet för hela Stockholms stad (bilaga 2, tabell 21).

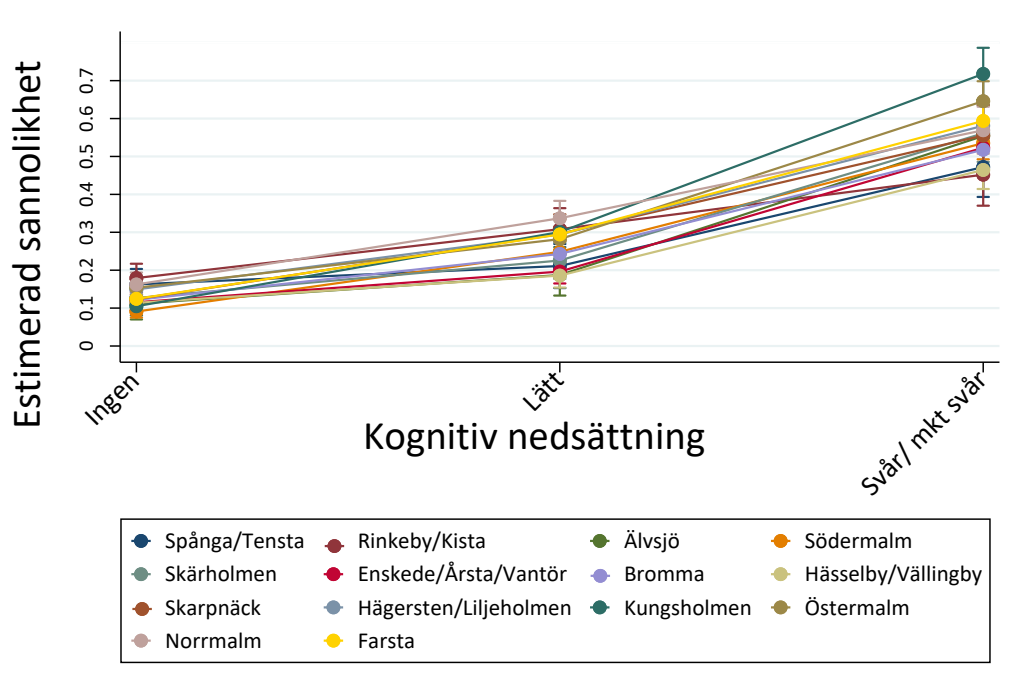


Figur 23. Andel omsorgstagare med beslut om vård- och omsorgsboende per stadsdel. Med hänsyn tagen till ålder, beroende i PADL, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad, 2019.

Generellt sett ökade den estimerade sannolikheten i linje med grad av beroende i PADL (figur 24) och grad av kognitiv nedsättning (figur 25) i stadsdelarna. Det går inte att urskilja några tydliga skillnader mellan stadsdelarna i detta avseende. De till synes relativt stora svängningarna i figur 24 beror framför allt på slumpmässig variation som är en konsekvens av att det var relativt få personer per stadsdel i förhållande till antalet faktorer som analyserna tar hänsyn till.



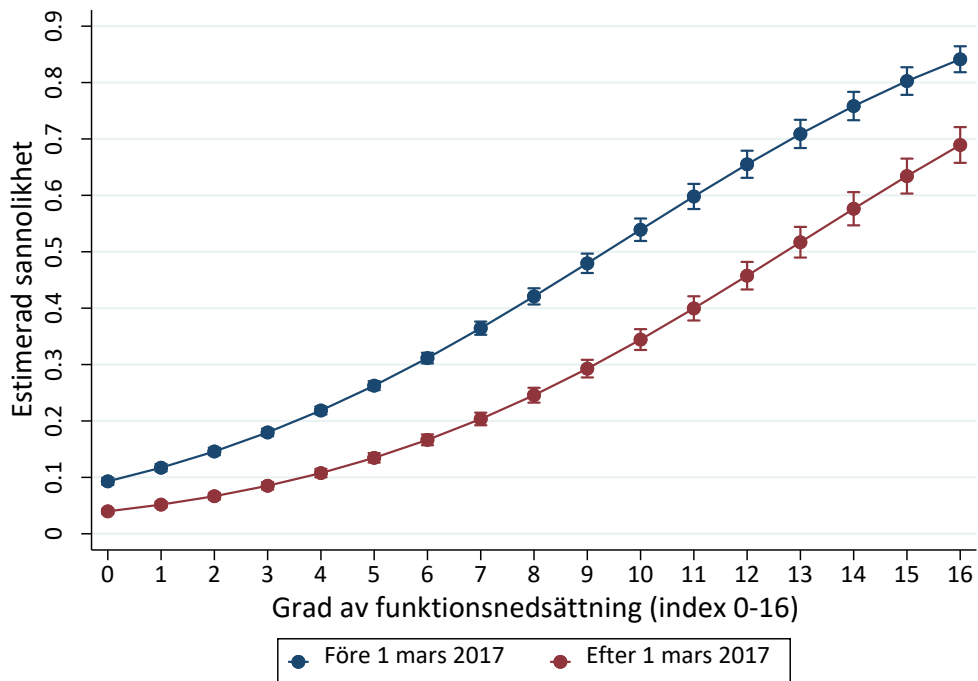
Figur 24. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) för beslut om vård- och omsorgsboende per PADL-beroende och stadsdel. Med hänsyn tagen till ålder, kognitiv nedsättning, rörelsehinder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad, 2019.



Figur 25. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) för beslut om vård- och omsorgsboende per kognitiv nedsättning och stadsdel. Med hänsyn tagen till ålder, rörelsehinder, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad, 2019.

Jämförelse före och efter 2017

Som tidigare beskrivits omfattar underlaget för rapporten *gällande* beslut om vård- och omsorgsboende den 1 mars 2017 respektive 1 mars 2019. Däremot saknar vi uppgift om när besluten var tagna. Den tillgängliga informationen speglar alltså den situation för varje individ som gällde när beslutet togs, vilket kan ha varit flera månader eller år tidigare än 1 mars 2017 respektive 2019. Det innebär att resultaten inte speglar hur biståndshandläggarna *bedömde* 2017 respektive 2019 utan istället sannolikheten att *ha* ett beslut om vård- och omsorgsboende före jämfört med efter 1 mars 2017.



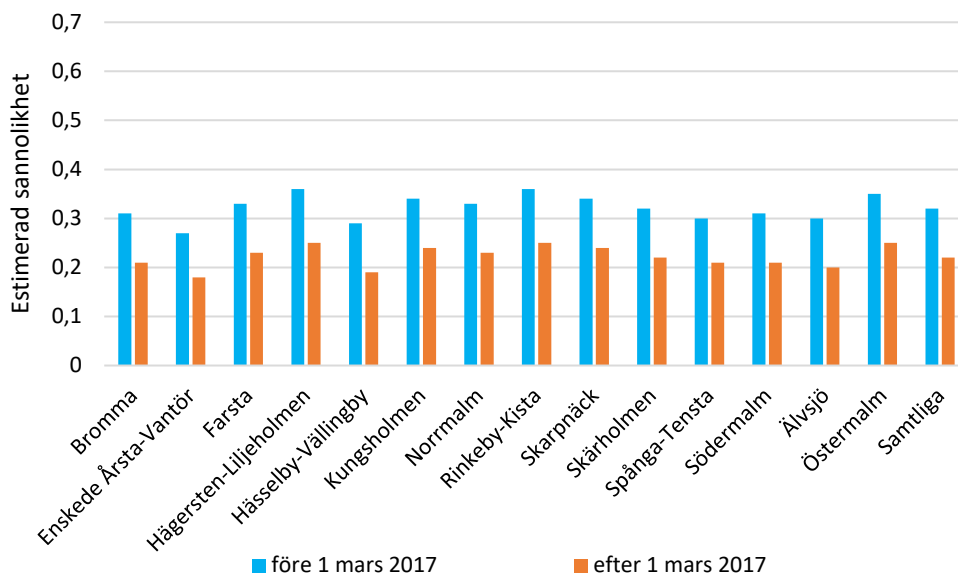
Figur 26. Estimerad sannolikhet (95% konfidensintervall) för beslut om vård- och omsorgsboende per grad av funktionsnedsättning (funkix 0-16), före respektive efter 1 mars 2017. Med hänsyn tagen till oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och informell omsorg. Stockholms stad.⁸

Analyserna visade att sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende var lägre efter 1 mars 2017, jämfört med innan 1 mars 2017, givet grad av funktionsnedsättning (figur 26). För beslut tagna efter 1 mars 2017 var den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende 34 procent för en person som hade mycket hög funktionsnedsättning (indexvärde 11 på funktionsindexet), jämfört med en sannolikhet på 54 procent före 1 mars 2017. Skillnaden mellan perioderna var minst för personer med låg grad av funktionsnedsättning.

Personer som fått ett beslut om vård- och omsorgsboende efter 1 mars 2017 hade i genomsnitt en högre grad av funktionsnedsättning jämfört med dem som fått ett beslut före 1 mars 2017 (8,3 respektive 7,5). Skillnaden mellan perioderna kan dock vara något överskattad då besluten efter 2017 var högst två år gamla medan besluten som gällde före 2017 kunde vara äldre än två år.

⁸ Vid analysen av skillnaden i sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende mellan åren 2017 och 2019 fanns det även här omsorgstagare i underlaget för 2019 som hade ett beslut redan 2017. På grund av att beslut om vård- och omsorgsboende görs vid ett tillfälle (och inte följs upp regelbundet som det görs för hemtjänst) var dessa individer dubletter dvs. de var med i båda dataunderlagen med samma beslut. I den jämförande analysen togs således dubletter bort från underlaget för 2019.

För samtliga stadsdelar har sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende minskat med 9–10 procentenheter mellan perioderna före respektive efter 2017 (figur 27 och bilaga 2, tabell 22).

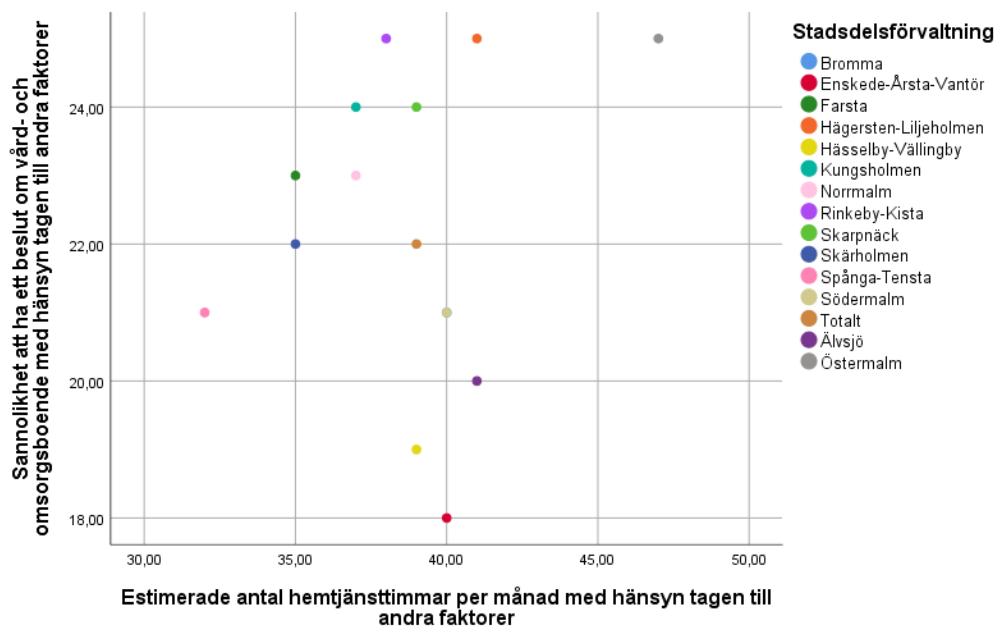


Figur 27. Estimerad sannolikhet att ha beslut om vård- och omsorgsboende per stadsdel och år. Stockholms stad. För 2019 inkluderas endast personer som inte redan hade beslut om vård- och omsorgsboende 2017.

Relation mellan beslut om vård- och omsorgsboende och hemtjänst

Skillnader mellan stadsdelarna beträffande sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende var relativt små, medan det för det estimerade genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per månad fanns en något större variation, när hänsyn togs till omsorgstagarnas sociodemografiska sammansättning, tillgång till informell omsorg och behovsrelaterade faktorer. Nedanstående figur 28 illustrerar relationen mellan sannolikheten att ha beslut om vård- och omsorgsboende och antalet beviljade hemtjänsttimmar i snitt per månad för respektive stadsdel.

Resultaten i figur 28 ger inga tydliga indikationer på att stadsdelarna använde hemtjänst för att kompensera en lägre sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende. Stadsdelen Östermalm skiljde sig från de övriga. Här var både sannolikheten för beslut om vård- och omsorgsboende och det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per månad högst bland stadsdelarna.



Figur 28. Relationen mellan estimerat antal hemtjänststimmar och sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende. Stockholms stad, 2019.

Slutsatser: Vård- och omsorgsboende

- Svår kognitiv nedsättning och omfattande behov av hjälp med personlig omvårdnad var de viktigaste faktorerna för att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende.
- Bland dem med svår kognitiv nedsättning hade de med små rörelsehinder en högre sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende jämfört med dem med omfattande rörelsehinder.
- Personer utan större problem med kognitionen hade generellt sett en låg sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, oavsett rörelsehinder.
- Sannolikheten för ett beslut om vård- och omsorgsboende var lägre för beslut som fattades under perioden mars 2017 till mars 2019 jämfört med beslut som fattades före mars 2017.
- Skillnader mellan stadsdelarna i sannolikheten för ett beslut om vård- och omsorgsboende var relativt små och i stort sett oförändrade mellan 2017 och 2019.
- Beslut om vård- och omsorgsboende kunde endast till viss del förklaras med det tillgängliga underlaget. Det innebär att det finns andra faktorer som påverkade om en person hade ett beslut om vård- och omsorgsboende eller ej.

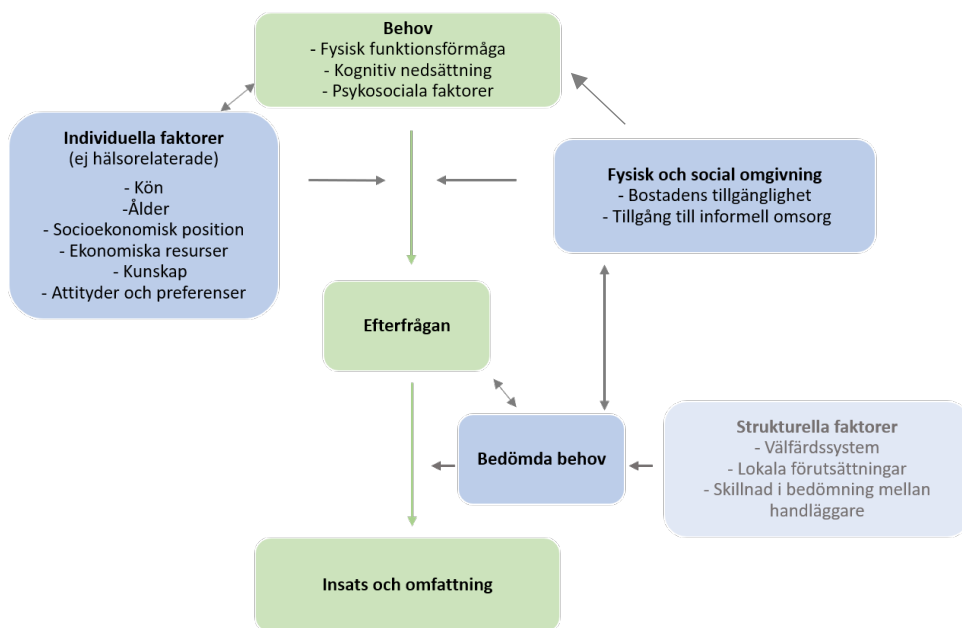
DISKUSSION

År 2019 erhöll cirka 15 procent av Stockholms stads invånare över 65 år äldreomsorgsinsatser. Majoriteten av omsorgstagarna var ensamboende kvinnor och 85 år eller äldre. Personer med beslut om vård- och omsorgsboende hade i högre utsträckning omfattande funktionsnedsättningar än personer med hemtjänst.

Det som främst påverkade insatsernas omfattning var kognitiv nedsättning och behov av personlig omsorg (PADL). Ålder, ensam-/samboende, psykosociala faktorer såsom oro/otrygghet och nedstämdhet samt tillgång till informell omsorg hade endast liten inverkan på insatsernas omfattning. Insatsernas omfattning skiljde sig inte mellan män och kvinnor när hänsyn tagits till övriga faktorer. Dessa mönster var lika över samtliga stadsdelar.

Faktorer som påverkar relationen mellan behov och insatser

Vilka insatser från äldreomsorgen en person har beror inte enbart på graden av funktionsnedsättning, utan en mängd andra faktorer spelar in. Nedanstående modell kan användas i syfte att förstå samspelet mellan behov och insatser i äldreomsorgen och för att diskutera resultaten av denna rapport.



Figur 29. Modell som beskriver faktorer som påverkar omfattningen av insatser inom äldreomsorgen. Omarbetad version som utgår från Andersens Behavioral Model 1995.

Behovsrelaterade faktorer viktigast för insatsernas omfattning

Som redovisats ovan var behovsrelaterade faktorer, som behov av hjälp med personlig omsorg och kognitiv nedsättning, tydligast kopplade till insatsernas omfattning. Resultatet indikerar att det finns en samstämmighet i biståndshandläggarnas bedömningar och en följsamhet till gällande riktlinjer, även om det tillgängliga underlaget endast kunde förklara omkring hälften av variationen i omsorgens omfattning.

Exempel på behovsrelaterade förklaringsfaktorer som saknas i underlaget är behov av hjälp med serviceinsatser, såsom hushållssysslor, matlagning och handling. Detta bidrar till att tillgängliga data endast i liten utsträckning kan förklara variationen i hemtjänstens omfattning bland omsorgstagare med relativt få hemtjänst-timmar.

Skörhet, psykisk ohälsa och missbruk är också faktorer som kan påverka insatsernas omfattning men som inte heller finns tillgängligt i underlaget. Dessa faktorer kan innebära att en omsorgstagare kan vara till synes oberoende i flera aktiviteter, till exempel handling, städning, dusch, påklädning, men inte har orken eller kapaciteten att utföra dem på egen hand.

Vad påverkar behoven och vilka behov leder till efterfrågan?

Individuella faktorer (se figur 29) som ålder, kön och socioekonomisk position kan dels ha en direkt inverkan på behov av hjälp och dels påverka om ett behov, uttryckt i funktionsnedsättning, leder till efterfrågan av insatser från äldreomsorgen. Exempelvis löper personer med låg socioekonomisk position generellt sett en högre risk att ha sämre hälsa och funktionsförmåga jämfört med personer med en hög socioekonomisk position (Agahi m.fl. 2014; Darin-Mattson m.fl. 2017). Det sambandet speglas i denna studie genom att omsorgstagare i stadsdelar med en förhållandevis hög andel invånare med låg socioekonomisk position i snitt var yngre jämfört med omsorgstagarna i staden som helhet.

Vidare visar resultaten att hemtjänstens omfattning till viss del skiljde sig mellan stadsdelarna. Särskilt tydligt var det mellan stadsdelarna Östermalm och Spånga-Tensta. En person på Östermalm hade i snitt tio timmar mer hemtjänst per månad jämfört med en person med samma behov i Spånga-Tensta. Sådana lokala variationer kan bero på flera olika faktorer som påverkar enskilda individers efterfrågan, som till exempel egna resurser (både ekonomiska, kunskapsmässiga och sociala) samt attityder och preferenser hos omsorgstagare. Det är troligt att resursstarka personer med en god ekonomi och hög utbildning har mer kunskap om hur man navigerar i omsorgssystemet och att de i större utsträckning vet hur de ska gå tillväga för att få den hjälp de anser sig behöva. Studier har också visat att individer med goda ekonomiska resurser och högre utbildning i större utsträckning använder sig av så kallade RUT-tjänster än mindre resursstarka personer (Szebehely och Trydegård, 2012; Ulmanen och Szebehely, 2015). Om en

hög andel omsorgstagare i en stadsdel finansierar hjälp med serviceinsatser på egen hand, är det möjligt att det finns ett mer generöst ekonomiskt utrymme för äldreomsorgen, jämfört med i stadsdelar där fler omsorgstagare får serviceinsatser av kommunen.

Den sociala omgivningen kan också påverka efterfrågan av insatser. Tillgången till hjälp från anhöriga kan exempelvis påverka i vilken omfattning man ansöker om insatser från kommunen. Samtidigt som anhöriga står för en stor del av omsorgen till sina närstående, kan anhöriga också fungera som en brygga i kontakten mellan kommunens biståndshandläggare och individen som ansöker om insatser (Johansson m.fl. 2018). Anhöriga kan vara en hjälp i kontakten med kommunens biståndshandläggare och argumentera för till exempel en plats på särskilt boende. Våra resultat visade att sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende inte skiljde sig mellan dem som hade informell omsorg minst en gång per vecka och de som hade hjälp mer sällan eller aldrig. Resultaten kring sambandet mellan informell omsorg och äldreomsorgens omfattning är dock osäkra på grund av det stora bortfallet och går därmed inte att tolka entydigt.

Fysiska faktorer som kan påverka efterfrågan av insatser omfattar till exempelvis bostadens utformning och tillgänglighet, omgivningen, kommunikationer och tillgång till affärer och annan service. Fysiska faktorer finns inte med i dataunderlaget till denna rapport. Genom kunskap om den fysiska omgivningen skulle variationen av insatserna inom äldreomsorgen sannolikt kunna förklaras ytterligare.

Strukturella faktorer kan påverka i vilken grad efterfrågan är kopplad till insatsens omfattning. Exempel på detta är stadsdelens lokala förutsättningar, som ekonomiskt läge, lokala riktlinjer och tillgången till servicehus och vård- och omsorgsboende. Många äldre har önskemål om att bo kvar i det område som de bott under stor del av livet och påverkas därför av tillgången på särskilt boende i sitt närområde.

Jämförelse över tid

I uppdraget ingick att jämföra fördelningen av äldreomsorg mellan åren 2017 och 2019. Resultaten visade att omsorgstagarna år 2019, givet behov, hade något fler hemtjänsttimmar jämfört med 2017. Detta kan tolkas som att de nya mer generösa riktlinjerna kring fördelning av hemtjänst har haft genomslag. Givet behov var dock sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende lägre under perioden 2017 till 2019 jämfört med tidigare år. Riktlinjerna för bedömning av behov har ändrats under åren och det finns en möjlighet att insatsernas omfattning påverkas av hur ”generösa” eller mindre ”generösa” riktlinjerna var när individen fick sitt första beslut.

Viktiga faktorer att ta hänsyn till vid tolkning av resultaten

Bedömningar

Underlaget till denna rapport består av information som biståndshandläggarna registrerat i Paraplyet. Det som registreras är biståndshandläggarens bedömning, utifrån gällande riktlinjer, av vad som framkommer vid mötet mellan biståndshandläggare och den enskilde omsorgstagaren. Vad gäller till exempel grad av oro och otrygghet är det biståndshandläggarens bedömning av omsorgstagarens oro som registreras.

Bortfall

Tillgången till tillförlitlig och heltäckande data påverkar i hög grad möjligheten att dra slutsatser om vad som påverkar insatser inom äldreomsorgen. I underlaget fanns en del bortfall av data. För drygt en fjärdedel av omsorgstagarna saknades uppgifter om härkomst, varav svarsalternativet ”ej relevant” stod för 17 procent och alternativet ”ej svar” för 9 procent. En liknande bortfallsproblematik fanns för omsorg. Att omsorgstagare för vilka uppgift om informell omsorg saknades hade en avsevärt högre sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, jämfört med dem där uppgift om informell omsorg fanns, tyder på att bortfallet inte är slumpmässigt. Problematiskt var också att bortfallet skiljde sig mellan stadsdelarna. Frågeställningen huruvida härkomst och informell omsorg påverkar omfattningen av insatser inom äldreomsorgen blir därför svår att besvara med befintligt dataunderlag. För både härkomst och informell omsorg är det dessutom oklart vad som avsågs med svarsalternativet ”ej relevant”. Utifrån erfarenheterna i denna studie bör svarsalternativen för dessa två variabler ses över och innebörden förtydligas.

Slutsatser

Sammanfattningsvis pekar resultaten på att kognition och hjälp med personlig omsorg var de viktigaste förklaringsfaktorerna för omfattningen av äldreomsorgens insatser. Detta trots att hälften av variationen i insatsernas omfattning inte kunde förklaras med befintligt underlag. Det ger en fingervisning om att data gällande andra aspekter av behov behöver samlas in för att rapporter av detta slag ska kunna ge en ännu bättre bild av verkligheten.

Som illustrerats med modellen ovan, är det inte möjligt att helt förklara insatsernas omfattning enbart baserad på behovsrelaterade faktorer. En rad andra faktorer, som i dag inte fångas eller inte går att fånga i samband med biståndsbedömning, spelar in. Trots lika behov, uttryckt i grad av funktionsnedsättning, kan exempelvis det *upplevda* behovet av hjälp skilja sig åt mellan personer. Det upplevda behovet leder i sin tur inte nödvändigtvis till samma efterfrågan på insatser. Vidare kan det även skilja sig åt i vilken omfattning de efterfrågade insatserna beviljas, exempelvis mellan olika stadsdelar och över tid.

Genom att samla in data som täcker flera olika aspekter av behov skulle sannolikt förklaringsgraden av variationen i insatsernas omfattning öka. Utöver behovet av ytterligare aspekter är det också centralt att information samlas in på ett tillförlitligt och enhetligt sätt. Användningen av validerade instrument för att bedöma till exempel omsorgstagarnas grad av oro/otrygghet och nedstämdhet skulle också bidra till att biståndshandläggarens bedömning i största möjliga mån speglar individens egen upplevelse.

Sammanfattningsvis kan vi se att kognitiv nedsättning har en avgörande betydelse för att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende. Resultaten i denna studie visade också på en komplex relation mellan grad av rörelsehinder och grad av kognitiv nedsättning. En möjlig förklaring är att personer med svår kognitiv nedsättning utan rörelsehinder kräver tätare tillsyn som en konsekvens av god mobil förmåga. Det kommer till en gräns då en person med en demenssjukdom är i behov av mer omfattande omsorg och ständig tillsyn än vad hemtjänsten har möjlighet att erbjuda. Dessa resultat belyser vikten av att även fortsättningsvis diskutera hur Stockholms stad kan utveckla äldreomsorgen för att möta behoven hos personer med kognitiv svikt, som blir allt fler i och med en ökad andel äldre i befolkningen.

Referenser

- Agahi, N., Shaw, B. A. och Fors, S. (2014), Social and economic conditions in childhood and the progression of functional health problems from midlife into old age, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68 (8), 734-40.
- Berger, E. Y. (1980), A system for rating the severity of senility, *Journal of the American Geriatrics Society*, 28 (5), 234-36.
- Darin-Mattsson, A., Fors, S., och Kåreholt, I. (2017), Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age, *International journal for equity in health*, 16 (1), 173.
- Falk, H. m fl. (2014), Functional disability and ability 75-year-olds: a comparison of two Swedish cohorts born 30 years apart, *Age and ageing*, 43 (5), 636-41.
- Fors, S. och Thorslund, M. (2015), Enduring inequality: educational disparities in health among the oldest old in Sweden 1992–2011, *International journal of public health*, 60 (1), 91-98.
- Fritzell, J. (2012), Socioekonomiska skillnader i hälsa. Rostila, M. och Toivanen, S. (red.). Den orättvisa hälsan. Stockholm: Liber, 2012.
- Johansson, L., Sundström, G. och Malmberg, Bo (2018), Ett halvt århundrade svensk äldreomsorg–var står stat och familj?, *Tidsskrift för omsorgsforskning*, 4 (01), 62-68.
- Lunney, J. R. m fl. (2003), Patterns of functional decline at the end of life, *Journal of the American Medical Association*, 289 (18), 2387-92.
- Meinow, B., Wastesson, J.W., Kåreholt, I. och Kelfve, S. (In press), Long-term care use during the last two years of life in Sweden – implications for policy to address increased population aging, *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.01.003>
- Romoren, TI. och Blekeseaune, M. (2003), Trajectories of disability among the oldest old, *Journal of Aging and Health*, 15 (3), 548-66.
- Region Stockholm/TRF (2019), Stockholms läns prognos Huvudrapport. Befolkningsprognos 2019–2028/60. Stockholms län demografirapport 2019:10. <https://www.sll.se/globalassets/4-regional-utveckling/alla-projekt-inom-regional-utveckling/demografidagen2019/lansprognosrapporten-2019.pdf>. 2019-11-19.
- Smith, A. K. m fl. (2013), Disability during the last two years of life, *Journal of the American Medical Association, Internal Medicine*, 173 (16), 1506-13.
- Statistikmyndigheten SCB (2019).
- Stockholms stad (2017), Riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg (Dnr 3.1-517/2017).
- Szebehely, M. och Trydegård, G. (2012), Home care for older people in Sweden: a universal model in transition, *Health & social care in the community*, 20 (3), 300-09.

Ulmanen, P. och Szebehely, M. (2015), From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential eldercare in Sweden, *International Journal of Social Welfare*, 24 (1), 81-92.

BILAGOR

Bilaga 1. Insamlade uppgifter

Insamlade data från beslutsunderlaget i verksamhetsstödet (Paraplyet)

KÖN

Man

Kvinna

BOENDESTATUS

Samboende make/maka eller annan person

Ensamboende

BOENDEFORM

Ordinärt boende

Servicehus

Vård- och omsorgsboende

BEVILJAD INSATS

Antal hemtjänsttimmar per månad

Vård- och omsorgsboende

HÄRKOMST

Ej svar

Frågan är inte relevant

Norden

Utanför Norden

RÖRELSEHINDER

Ej svar

Frågan är inte relevant

Inga rörelsehinder

Lätta rörelsehinder: Kan gå utomhus med hjälpmedel, käpp, rollator och klarar mindre trappor

Svåra rörelsehinder: Kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning

utomhus rullstol om personen själv kan manövrera den och själv ta sig i och ur

Mycket svåra rörelsehinder: Beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i och ur eller sängbunden

URININKONTINENS

Ej svar

Frågan är inte relevant

Inga problem med urininkontinens, KAD, som man sköter själv räknas som kontinent

Lätt inkontinent, misslyckas ibland

Svårt inkontinent, misslyckas ofta

Ständigt inkontinent eller har KAD som man inte kan sköta själv

AVFÖRINGSINKONTINENS

Ej svar

Frågan är inte relevant

Inga problem med avföringskontinens, Colostomi, som man sköter själv räknas som kontinent

Lätt inkontinent, misslyckas ibland

Svårt inkontinent, misslyckas ofta

OTRYGGHET

Ej svar

Frågan är inte relevant
Inga besvär med oro och otrygghet
Lätta eller tillfälliga besvär med oro och otrygghet
Periodvis svåra besvär med oro och otrygghet
Ständigt svåra invalidiserande besvär med oro och otrygghet

NEDSTÄMDHET

Ej svar
Frågan är inte relevant
Inga besvär med nedstämdhet
Lätta eller tillfälliga besvär med nedstämdhet
Periodvis svåra besvär med nedstämdhet
Ständigt svåra invalidiserande besvär med nedstämdhet

KOGNITIV NEDSÄTTNING

Ej svar
Frågan är inte relevant
Ingen kognitiv nedsättning
Lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad
Svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad
Mycket svår kognitiv nedsättning, ständigt mycket oklar och förvirrad

BAD/DUSCH

Ej svar
Frågan är inte relevant
Oberoende: att ta sig själv till handfatet eller i och ur dusch/badkar ev. med hjälp av stödhandtag etc., tvättar sig själv utan hjälp, även ryggen, och behöver inte någon tillsyn av trygghetsskäl
Delvis beroende: får tvätthjälp med ryggen
Beroende: får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet, tillsyn i dusch, hjälp med fötter och/eller underlivet, alternativt total hjälp

KLÄDSEL

Ej svar
Frågan är inte relevant
Oberoende: hämtar kläder själv, klär på och av sig även ytterkläder, skor och strumpor, knytande av skor får undvikas
Delvis beroende: får hjälp att ta på sig strumpor och ev. att knyta skor
Beroende: får hjälp att hämta kläder, eller med på-/avklädning, eller förblir ofullständigt klädd eller total hjälp

TOALETTBESÖK

Ej svar
Frågan är inte relevant
Oberoende: kan själv utan hjälp, kan själv med stöd av hjälpmedel, t.ex. käpp, gästol, rollator etc.
Delvis beroende: får hjälp att ta sig till toaletten/toalettstol eller med nattkärl
Beroende: får hjälp/övervakning, kan inte ta sig till toaletten eller använder bäcken, inkontinensskydd eller mobil toalettstol

FÖRFLYTTNING

Ej svar
Frågan är inte relevant
Oberoende: kan själv utan hjälp eller med stöd av hjälpmedel t.ex. käpp, gästol, sängstol etc.
Delvis beroende: får hjälp av en annan person, obs inte två personer
Beroende: sängbunden, kan eller får inte lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer

FÖDOINTAG

Ej svar

Frågan är inte relevant

Oberoende: kan själv föra maten in i munnen och sväljer

Delvis beroende: hjälp med att skära maten, öppna förpackningar

Beroende: hjälp med att få in maten i munnen, sondmatas eller har näringsdropp

OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON

Ej svar

Frågan är inte relevant

Aldrig

Hjälp mindre än en gång i veckan

Hjälp en eller flera gånger i veckan

Hjälp dagligen

OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON – MAKE/MAKA

Ja

Nej

OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON – BARN

Ja

Nej

OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON – ANNAN

Ja

Nej

Sammanfattande grad av funktionsnedsättning (funktionsindex):

Utifrån PADL-variablerna bad och dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag och rörelsehinder samt kognitiv nedsättning har det skapats ett summerat index med värden från 0–16. Noll motsvarar ingen funktionsnedsättning och 16 mycket hög funktionsnedsättning.

De fem PADL-variablerna mäts på en tregradig skala från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende). Rörelsehinder och kognitiv nedsättning mäts på en tregradig skala vardera, där 0 indikerar ”inga problem” och 3 ”mycket svåra problem”. För att initialt ge ingående variabler samma vikt har dessa normerats så att samtliga sträcker sig från 0 till 1. Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras sedan med två⁹. Summan av de sju ingående variabler (där kognitiv nedsättning viktas dubbelt), ger då 0 poäng när ingen funktionsnedsättning föreligger och 8 poäng vid maximal funktionsnedsättning. För att underlätta tolkningen av den lägsta graden av funktionsnedsättning multipliceras poängen slutligen med två. Indexet sträcker sig därmed från 0 till 16. Genom indexet kan man gruppera omsorgstagarna med hänsyn till graden av funktionsnedsättning.

⁹ Detta görs för att få överensstämmelse med den s.k. Berger-skalan.

Omsorgstagarna har delats in fyra olika grupper baserat på nivå av funktionsnedsättning:

Grad av funktionsnedsättning	Indexpoäng	Andel av omsorgstagarna (%)
Lätt	0 – 1	20
Måttlig	>1 – 6	43
Hög	>6–11	21
Mycket hög	>11–16	9
	Uppgift saknas	7

Bilaga 2. Tabeller och figurer

Tabell 1. Omsorgstagarnas sammansättning per boendeform. Stockholms stad, 2019.

	Antal personer	Andel %
Ordinärt boende	14 363	68
Servicehus	956	5
Vård- och omsorgsboende	5 674	27
	20 993	100

Tabell 2. Beslut om dagverksamhet och ledsagning, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

	Antal och andel (%) med beslut om		
Stadsdel	Dagverksamhet somatisk	Dagverksamhet demens	Ledsagning
Bromma	5 (0,4)	78 (6)	57 (4)
Enskede Årsta-Vantör	2 (0,1)	64 (4)	108 (7)
Farsta	-	75 (7)	57 (5)
Hägersten-Liljeholmen	-	71 (6)	55 (5)
Hässelby-Vällingby	-	94 (7)	166 (12)
Kungsholmen	27 (3)	36 (3)	93 (9)
Norrmalm	-	36 (4)	85 (9)
Rinkeby-Kista	-	8 (1)	100 (16)
Skarpnäck	7 (1)	36 (5)	25 (3)
Skärholmen	9 (1)	23 (3)	85 (12)
Spånga-Tensta	-	30 (6)	14 (3)
Södermalm	37 (2)	142 (6)	203 (9)
Älvsjö	3 (1)	25 (6)	18 (4)
Östermalm	8 (0,6)	62 (5)	51 (4)
Samtliga	98 (0,6)	780 (5)	1 117 (7)

Tabell 3. Omsorgstagarnas sammansättning avseende ålder, kön, ensam-/samboende, härkomst, och funktionsförmåga, andel per boendeform. Stockholms stad, 2019.

	Ordinärt boende (n=14 363)	Servicehus (n=956)	Vård- och omsorgsboende (n= 5 674)	Samtliga (n=20 993)
	%	%	%	%
Åldersgrupper				
65–74	16	13	12	15
75–84	33	26	25	31
85–94	44	46	48	46
95+	6	15	14	9
Kön				
Kvinnor	69	66	69	31
Män	31	34	31	69
Hushållstyp				
Ensamboende	79	92	80 ¹	80
Samboende	21	8	20	20
Utomnordisk härkomst	11	9	8	10
ADL-beroende				
Genomsnittligt ADL-beroende,	2,0 (2,6)	3,5 (3,1)	5,0 (3,2)	2,9
Beroende av hjälp med minst 1 ADL	56	79	88	66
Beroende av hjälp med samtliga	8	18	33	15
Urininkontinens				
Inga besvär	67	46	36	58
Lätta besvär	22	30	30	24
Svåra besvär	7	14	18	10
Mycket svåra besvär	4	10	16	8
Avföringsinkontinens				
Inga besvär	88	80	66	82
Lätta besvär	8	14	19	11
Svåra besvär	2	4	8	4
Mycket svåra besvär	2	3	7	3
Rörelsehinder				
Inga rörelsehinder	16	6	19	16
Lätta rörelsehinder	48	34	25	41
Måttliga rörelsehinder	26	38	25	26
Svåra rörelsehinder	10	22	32	16
Kognitiv nedsättning				
Inga minnessvårigheter	64	56	19	52
Vissa minnessvårigheter, ibland något oklar och förvirrad	27	37	31	29

Påtagliga minnessvårigheter, ofta oklar och förvirrad	8	7	38	16
Genomsnittlig funktionsnedsättning (0–16)²	3,5	5,3	8,0	4,8

¹ Ensam/samboende vid beslut om vård- och omsorgsboende.

² Summerat index (index 0–16) där funktionsnedsättningar för samtliga ADL-aktiviteter (bad/dusch, på-/avklädning, förflyttning, toalettbesök, födo-intag), rörelsehinder och kognitiv nedsättning sammanfattas. För samtliga sju variabler motsvarar 0 oberoende/inga problem och 2 helt beroende. Kognitiv nedsättning viktas med faktor 2. Ett indexvärde på 0 innebär inga funktionsnedsättningar och 16 innebär maximal funktionsnedsättning.

Tabell 4: Genomsnittlig funktionsnedsättning (index 0–16) per kön, ålder, ensam-/samboende och härkomst. Stockholms stad, 2019.

	Genomsnittlig funktionsnedsättning, index 0-16 (standardavvikelse) ¹	P-värde för skillnaden mellan kategorierna
Kön		
Kvinnor	4,7 (4,0)	
Män	5,0 (4,1)	p<0,001
Hushållstyp		
Ensamboende	4,8 (4,0)	
Samboende	6,0 (4,2)	p<0,001
Härkomst		
Utomnordisk	5,3 (4,0)	
Nordisk	4,9 (4,1)	p<0,001
Åldersgrupp		
65–74	4,1 (3,9)	
75–84	4,4 (3,9)	p<0,001 ²
85–94	5,0 (4,1)	p<0,001 ²
95+	5,9 (4,2)	p<0,001 ²
Samtliga	4,8 (4,1)	

¹ Summerat index (index 0–16) där funktionsnedsättningar för samtliga ADL-aktiviteter (bad/dusch, på-/avklädning, förflyttning, toalettbesök, födo-intag), rörelsehinder och kognitiv nedsättning sammanfattas. För samtliga sju variabler motsvarar 0 oberoende/inga problem och 2 helt beroende. Kognitiv nedsättning viktas med faktor 2. Ett indexvärde på 0 innebär inga funktionsnedsättningar och 16 innebär maximal funktionsnedsättning.

² Jämfört med åldersgruppen 65–74 år.

Tabell 5. Andel omsorgstagare i olika boendeformer och hemtjänstens omfattning, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

	Ordinärt boende		Servicehus		Vård- och omsorgs-boende
Stadsdel	Andel (%)	genomsnittligt antal timmar hemtjänst per månad ¹	Andel (%)	genomsnittligt antal timmar hemtjänst per månad ¹	Andel (%)
Bromma	71	39	3	52	26
Enskede Årsta-Vantör	65	36	10	64	25
Farsta	65	31	2	65	33
Hägersten-Liljeholmen	70	36	2	64	28
Hässelby-Vällingby	70	38	4	57	26
Kungsholmen	65	33	6	56	29
Norrmalm	66	32	2	56	32
Rinkeby-Kista	68	46	8	39	24
Skarpnäck	73	36	2	36	25
Skärholmen	72	36	4	55	25
Spånga-Tensta	62	34	14	33	24
Södermalm	71	33	5	62	24
Älvsjö	70	38	6	72	24
Östermalm	68	42	2	56	30
Samtliga	68	36	5	56	27

¹ Medelvärden beräknade utan hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning.

Tabell 6. Omsorgstagarnas sammansättning med avseende på kön, ålder, ensam-/samboende och härkomst, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Andel kvinnor	Medel/ medianålder	Andel ensamboende i ordinärt boende (s-hus)	Andel med utomnordisk härkomst
	%	%	%	%
Bromma	71	86/87	79 (91)	6
Enskede Årsta-Vantör	68	85/86	83 (91)	11
Farsta	69	85/87	79 (90)	8
Hägersten-Liljeholmen	70	85/86	83 (88)	7
Hässelby-Vällingby	67	85/87	73 (89)	9
Kungsholmen	69	85/86	81 (90)	6
Norrmalm	70	84/85	81 (88)	7
Rinkeby-Kista	69	81/81	72 (96)	50
Skarpnäck	69	84/86	82 (88)	11
Skärholmen	68	83/84	74 (97)	27
Spånga-Tensta	67	84/84	71 (95)	22
Södermalm	69	84/85	82 (92)	5
Älvsjö	67	85/86	79 (91)	7
Östermalm	72	86/87	80 (94)	6
Samtliga	69	86/86	79 (92)	10

Tabell 7. Omfattningen av informell omsorg, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Andel (%) med informell omsorg				
	Uppgift saknas	Aldrig	<1 gång per vecka	> 1 gång per vecka	Dagligen
Bromma	18	13	26	28	15
Enskede Årsta-Vantör	16	14	29	28	14
Farsta	8	14	30	33	15
Hägersten-Liljeholmen	20	15	26	25	13
Hässelby-Vällingby	15	13	26	27	20
Kungsholmen	8	18	36	22	16
Norrmalm	18	11	30	24	18
Rinkeby-Kista	4	17	24	30	26
Skarpnäck	9	15	34	29	14
Skärholmen	8	22	24	27	20
Spånga-Tensta	12	9	22	37	20
Södermalm	12	17	29	27	16
Älvsjö	14	10	25	33	17
Östermalm	10	11	30	31	18
Samtliga	13	14	28	28	17

Tabell 8. Informell omsorg, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Andel (%) med hjälp av*		
	Make/ maka	Barn	Annan
Bromma	29	60	20
Enskede Årsta-Vantör	21	65	22
Farsta	24	70	19
Hägersten-Liljeholmen	29	60	20
Hässelby-Vällingby	31	60	19
Kungsholmen	34	52	22
Norrmalm	30	52	30
Rinkeby-Kista	19	70	29
Skarpnäck	22	67	20
Skärholmen	28	63	26
Spånga-Tensta	23	75	15
Södermalm	29	57	23
Älvsjö	22	70	22
Östermalm	26	60	26
Samtliga	27	62	22

*Endast de som har hjälp minst en gång per vecka

Tabell 9. Andel (%) av omsorgstagna som var beroende av hjälp med PADL, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Andel (%) beroende av hjälp med				
	Bad/dusch	På/avklädning	Toalettbesök	Förflyttning	Födointag
Bromma	59	53	35	33	25
Enskede Årsta-Vantör	59	50	34	30	26
Farsta	59	51	33	29	24
Hägersten-Liljeholmen	56	48	29	26	21
Hässelby-Vällingby	58	52	35	33	25
Kungsholmen	60	53	31	31	31
Norrmalm	59	51	30	27	21
Rinkeby-Kista	69	55	37	33	30
Skarpnäck	57	47	29	24	25
Skärholmen	62	53	35	30	23
Spånga-Tensta	64	54	39	33	24
Södermalm	54	46	29	26	24
Älvsjö	60	53	33	33	23
Östermalm	61	52	34	29	24
Samtliga	59	49	32	28	24

Tabell 10. Andel (%) av omsorgstagna med olika grad av beroende i PADL samt med omfattande rörelsehinder, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Genomsnittligt PADL -beroende ¹ Index 0-10	Beroende av hjälp i minst en	Beroende av hjälp i samtliga	Andel med omfattande rörelsehinder ²
Bromma	3,1	68	16	43
Enskede Årsta-Vantör	2,9	66	16	42
Farsta	3,0	65	16	40
Hägersten-Liljeholmen	2,7	63	13	39
Hässelby-Vällingby	2,9	65	17	41
Kungsholmen	3,0	67	18	48
Norrmalm	2,7	66	14	42
Rinkeby-Kista	3,2	72	20	45
Skarpnäck	2,6	63	12	37
Skärholmen	3,1	69	15	41
Spånga-Tensta	3,1	69	15	44
Södermalm	2,6	61	14	43
Älvsjö	2,9	68	16	41
Östermalm	2,9	66	16	44
Samtliga	2,9	66	15	42

¹ Summerat index (0–10) som sammanfattar funktionsförmågan i samtliga fem PADL. Oberoende (0), delvis beroende (1), eller beroende (2) noteras för respektive aktivitet. Poängen för samtliga PADL summeras, dvs. 0 innebär oberoende i samtliga och 10 innebär maximalt beroende.

² Kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus/beroende av levande stöd inomhus/sängbunden.

Tabell 11. Andel av omsorgstagna med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, oro/otrygghet och nedstämdhet, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

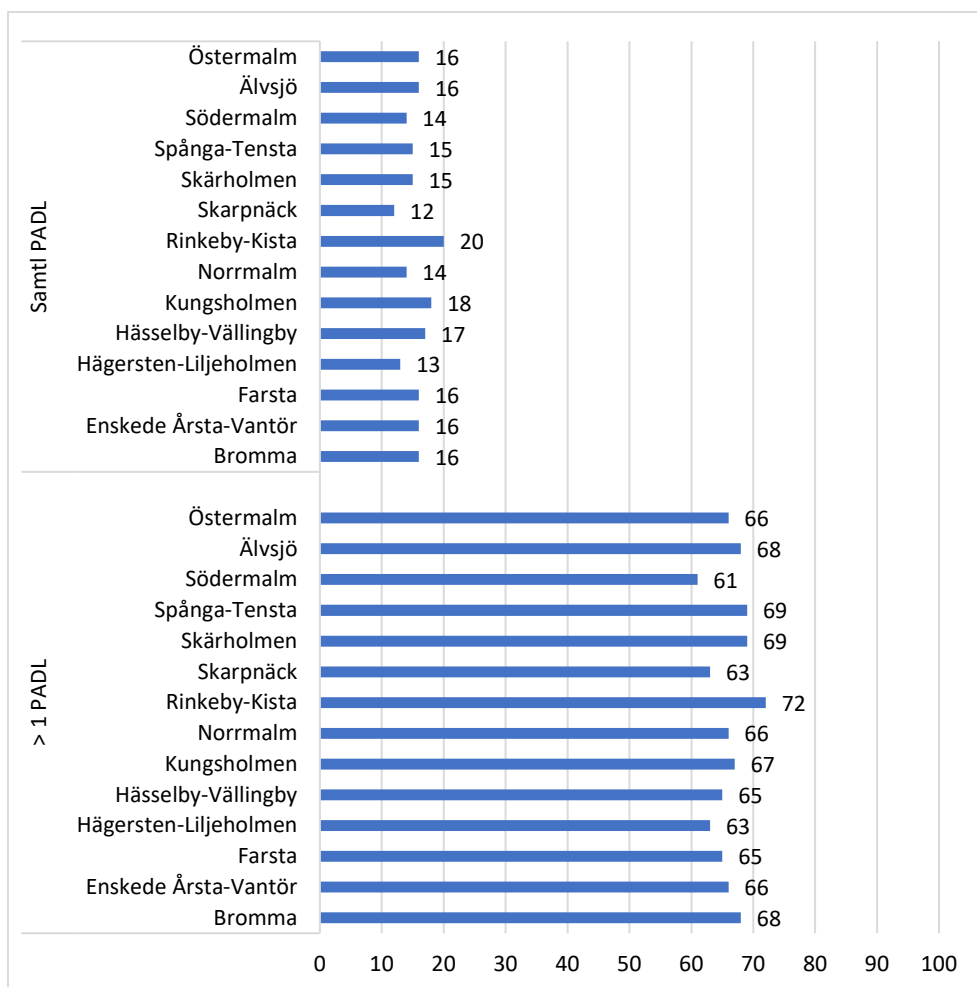
Stadsdel	Andel (%) med svår eller mycket svår		
	Kognitiv nedsättning	Oro/otrygghet	Nedstämdhet
Bromma	18	19	16
Enskede Årsta-Vantör	18	22	18
Farsta	25	21	17
Hägersten-Liljeholmen	19	18	16
Hässelby-Vällingby	23	23	20
Kungsholmen	16	20	16
Norrmalm	22	22	23
Rinkeby-Kista	16	18	17
Skarpnäck	16	19	18
Skärholmen	20	22	19
Spånga-Tensta	23	13	12
Södermalm	20	21	17
Älvsjö	21	18	16
Östermalm	19	17	12
Samtliga	20	20	17

Tabell 12. Genomsnittlig grad av funktionsnedsättning (index 0–16), uppdelat på boendeform och stadsdel. Stockholms stad, 2019.

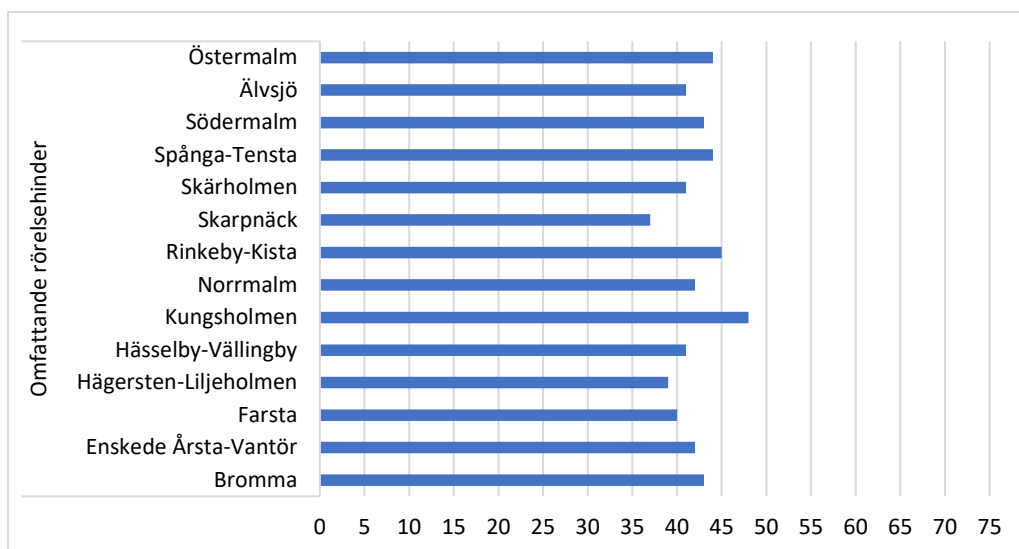
Stadsdel	Genomsnittlig grad av funktionsnedsättning (index 0–16)			
	Ordinärt boende	Servicehus	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Bromma	3,8	4,8	8,2	5,0
Enskede Årsta-Vantör	3,3	6,0	8,0	4,8
Farsta	3,4	5,7	8,2	5,0
Hägersten-Liljeholmen	3,3	6,5	7,6	4,6
Hässelby-Vällingby	3,8	5,0	8,2	5,0
Kungsholmen	3,4	5,7	8,0	4,8
Norrmalm	3,5	4,4	7,4	4,7
Rinkeby-Kista	4,5	4,0	7,4	5,1
Skarpnäck	3,3	3,0	7,6	4,4
Skärholmen	3,9	5,2	8,1	5,0
Spånga-Tensta	4,2	3,6	8,2	5,1
Södermalm	3,1	6,0	8,3	4,4
Älvsjö	3,7	6,2	8,0	4,9
Östermalm	3,3	4,0	7,9	4,7
Samtliga	3,5	5,3	8,0	4,8

Tabell 13. Andel personer med inkontinensproblematik, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

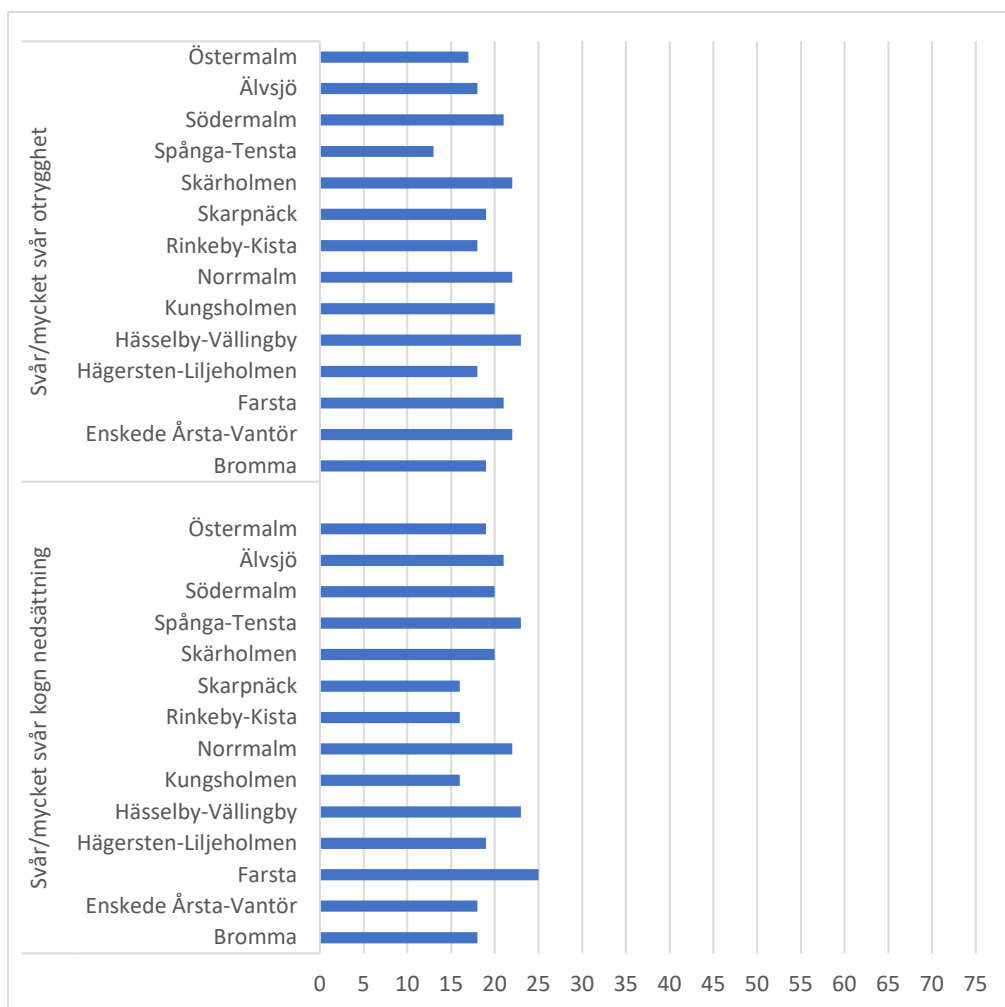
Stadsdel	Andel (%) med inkontinens	
	Urin	Avföring
Bromma	43	18
Enskede Årsta-Vantör	44	17
Farsta	45	20
Hägersten-Liljeholmen	39	16
Hässelby-Vällingby	44	21
Kungsholmen	43	17
Norrmalm	44	19
Rinkeby-Kista	48	19
Skarpnäck	40	15
Skärholmen	45	19
Spånga-Tensta	43	15
Södermalm	38	18
Älvsjö	49	22
Östermalm	42	18
Samtliga	43	18



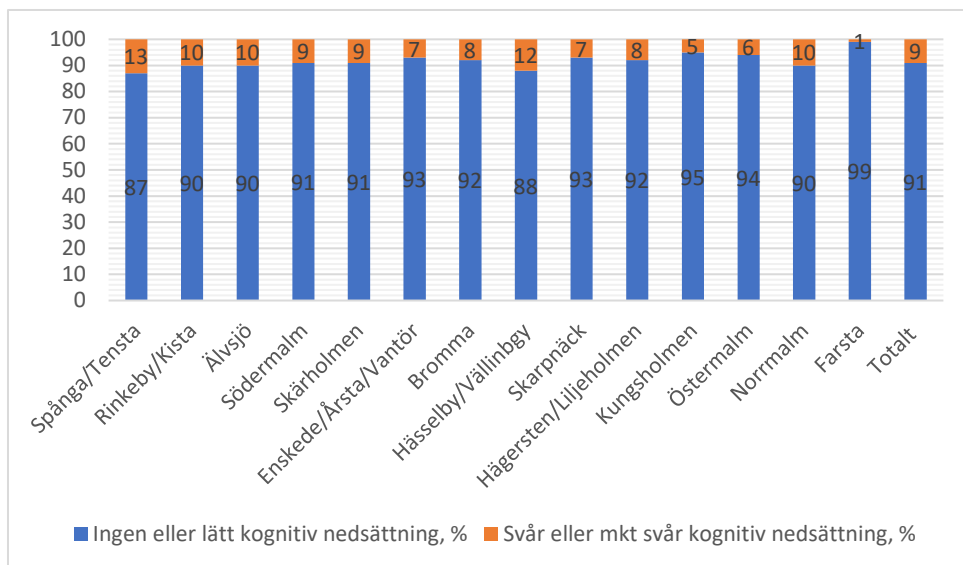
Figur 1. Andelen (%) som var beroende i minst en respektive samtliga PADL uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.



Figur 2. Andelen (%) personer med omfattande rörelsehinder uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.



Figur 3. Andelen (%) med svår/mycket svår otrygghet eller kognitiv nedsättning. Stockholms stad, 2019.



Figur 4. Andel (%) personer med hemtjänst som har ingen eller lätt kognitiv nedsättning respektive svår eller mycket svår nedsättning per stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Hemtjänstens omfattning

Tabell 14. Estimerat medelvärde för antal hemtjänsttimmar per månad för olika grad av funktionsnedsättningar baserat på Poisson regression. (n=14 164). Stockholms stad, 2019.

	Estimerat antal timmar/månad ¹	95 % CI	P-värde ²
Kognitiv nedsättning och Rörelsehinder			
Ingen kognitiv nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	27	26;28	Ref.
Ingen kognitiv nedsättning och svåra rörelsehinder	40	39;42	<0,001
Ingen kognitiv nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	43	41;45	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	44	43;46	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning och svåra rörelsehinder	49	47;51	<0,001
Lätt kognitiv nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	41	39;43	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	57	54;60	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning och svåra rörelsehinder	50	46;53	<0,001
Svår/mycket svår kognitiv nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	40	37;43	<0,001
Antal PADL en person behöver hjälp med			
0	17	16;18	Ref.
1	32	31;33	<0,001
2	46	44;47	<0,001
3	54	52;56	<0,001
4	62	60;64	<0,001
5	73	70;75	<0,001
Otrygghet			
Inga/lätta el, tillfälliga besvär	39	38;40	Ref.
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	41	39;42	<0,089
Nedstämdhet			
Inga/lätta el. tillfälliga besvär	39	38;39	Ref.
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	42	41;44	0,001
Ålder			
65–74 år	36	34;37	Ref.
75–84 år	37	36;38	0,13

85–94 år	41	40;41	<0,001
95+ år	46	44;47	<0,001
Kön			
Män	40	39;41	Ref.
Kvinnor	39	38;40	0,16
Ensam-/samboende			
Samboende	30	29;32	Ref.
Ensamboende	42	41;42	<0,001
Härkomst			
Utomnordisk	44	43;46	Ref.
Nordisk	39	38;39	<0,001
Ej svar	36	34;38	<0,001
Ej relevant	39	37;40	<0,001
Informell omsorg			
<1 gång/vecka eller aldrig	39	39;40	Ref.
≥ 1 gång/vecka	39	38;40	0,63
Ej svar	39	36;41	0,66
Ej relevant	41	38;43	0,37
Boendeform			
Ordinärt boende	39	39;40	Ref.
Boende på servicehus	38	37;39	0,13

¹ Predictive Margins: Medelvärden i denna kolumn tolkas på följande sätt: Det estimerade medelvärdet för antal hemtjänsttimmar per månad för tex. en person utan kognitiv nedsättning och inga/lätta rörelsehinder är 27, med hänsyn tagen till övriga faktorer.

² P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategori (baserad på average marginal effects (AME)). Tex. har en person utan kognitiv nedsättning men med svåra rörelsehinder signifikant fler hemtjänsttimmar per månad än en person utan både kognitiv nedsättning och inga/lätta rörelsehinder (referenskategori), med hänsyn tagen till övriga faktorer.

CI= Konfidensintervall

Tabell 15. Antal och andel personer uppdelat på hemtjänstnivå samt åldersgrupp per stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel och nivå av hemtjänst (timmar)	Åldersgrupp		
	65–84 Antal (%)	85+ Antal (%)	Samtliga Antal (%)
Spånga-Tensta			
Max 25,5	151 (54)	122(53)	273 (53)
26 – 129,5	124 (44)	105 (46)	229 (45)
130 eller mer	7 (3)	3 (1)	10 (2)
Samtliga	282 (100)	230 (100)	512 (100)
Rinkeby-Kista			
Max 25,5	200 (48)	83 (42)	283 (46)
26 – 129,5	193 (46)	103 (52)	296 (48)
130 eller mer	26 (6)	14 (7)	40 (7)
Samtliga	419 (100)	200 (100)	619 (100)
Älvsjö			
Max 25,5	102 (53)	116 (47)	218 (49)
26 – 129,5	83 (43)	124 (50)	207 (47)
130 eller mer	9 (5)	8 (3)	17 (4)
Samtliga	194 (100)	248 (100)	442 (100)
Södermalm			
Max 25,5	736 (62)	548 (49)	1 284 (56)
26 – 129,5	423 (36)	528 (47)	951 (41)
130 eller mer	21 (2)	41 (4)	62 (3)
Samtliga	1 180 (100)	1 117 (100)	2 297 (100)
Skärholmen			
Max 25,5	194 (51)	153 (49)	347 (50)
26 – 129,5	175 (46)	147 (47)	322 (47)
130 eller mer	10 (3)	11 (4)	21 (3)
Samtliga	379 (100)	311 (100)	690 (100)
Enskede-Årsta-Vantör			
Max 25,5	375 (52)	417 (46)	792 (49)
26 – 129,5	329 (45)	458 (51)	787 (48)
130 eller mer	21 (3)	30 (3)	51 (3)
Samtliga	725 (100)	905 (100)	1 630 (100)

Bromma			
Max 25,5	353 (60)	326 (46)	679(53)
26 – 129,5	205 (35)	340 (48)	545 (42)
130 eller mer	26 (4)	38 (5)	64 (5)
Samtliga	584 (100)	704 (100)	1 288 (100)
Hässelby-Vällingby			
Max 25,5	317 (54)	349 (47)	666 (50)
26 – 129,5	256 (43)	357 (48)	610 (46)
130 eller mer	19 (3)	38 (5)	57 (4)
Samtliga	592 (100)	741 (100)	1 333 (100)
Skarpnäck			
Max 25,5	186 (55)	200 (52)	386 (53)
26 – 129,5	141 (42)	176 (45)	317 (44)
130 eller mer	11 (3)	11 (3)	22 (3)
Samtliga	338 (100)	387 (100)	725 (100)
Hägersten-Liljeholmen			
Max 25,5	337 (59)	305 (48)	642 (53)
26 – 129,5	218 (38)	315 (49)	533 (44)
130 eller mer	15 (3)	16 (3)	31 (3)
Samtliga	570 (100)	636 (100)	1 206 (100)
Kungsholmen			
Max 25,5	286 (59)	287 (50)	573 (54)
26 – 129,5	185 (38)	269 (47)	454 (43)
130 eller mer	14 (3)	18 (3)	32 (3)
Samtliga	485(100)	574 (100)	1 059 (100)
Östermalm			
Max 25,5	331 (57)	341 (44)	672 (50)
26 – 129,5	226 (39)	377 (49)	603 (45)
130 eller mer	26 (5)	49 (6)	75 (6)
Samtliga	583 (100)	767 (100)	1 350 (100)
Norrmalm			
Max 25,5	287 (62)	226 (49)	513 (56)
26 – 129,5	169 (36)	227 (49)	396 (43)
130 eller mer	8 (2)	6 (2)	14 (2)
Samtliga	464 (100)	459 (100)	923 (100)

Farsta			
Max 25,5	310 (61)	338 (55)	648 (57)
26 – 129,5	183 (36)	267 (43)	450 (40)
130 eller mer	15 (3)	14 (2)	29 (3)
Samtliga	508 (100)	619 (100)	1 127 (100)
Stockholms stad			
Max 25,5	4 165 (57)	3 811 (48)	7 976 (53)
26 – 129,5	2 910 (40)	3 790 (48)	6 700 (44)
130 eller mer	228 (3)	297 (4)	525 (3)
Samtliga	7 303 (100)	7 898 (100)	15 201 (100)

Tabell 16. Estimerade medelvärden för antal hemtjänsttimmar per månad och stadsdel, baserat på Poisson regression (n=14 164). Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Estimerat antal timmar/månad ¹	95 % CI	P-värde ²
Skärholmen	35	34;37	Ref.
Spånga-Tensta	32	30;34	0,011
Rinkeby-Kista	38	36;40	0,100
Älvsjö	41	38;44	0,005
Södermalm	40	38;41	<0,001
Enskede-Årsta-Vantör	40	39;42	<0,001
Bromma	40	39;42	<0,001
Hässelby-Vällingby	39	37;41	0,005
Skarpnäck	39	38;41	0,003
Hägersten-Liljeholmen	41	39;43	<0,001
Kungsholmen	37	35;39	0,26
Östermalm	47	45;49	<0,001
Norrmalm	37	35;38	0,45
Farsta	35	34;37	0,79

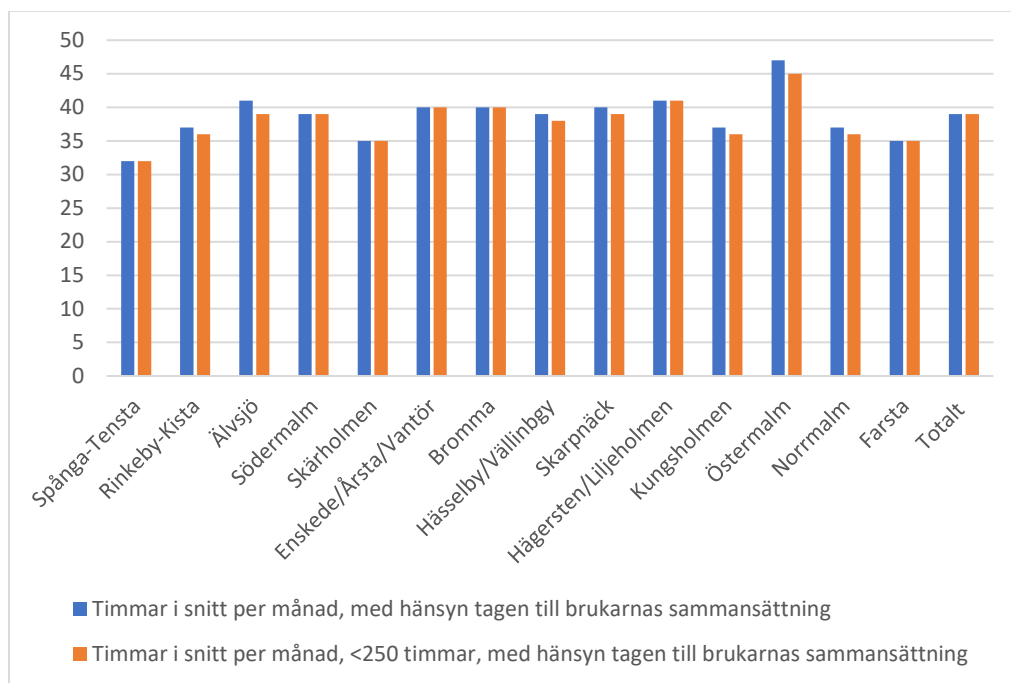
¹ Predictive Margins.

² P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategorin (baserad på average marginal effects (AME)).

CI= Konfidensintervall

Tabell 17. Maximalt antal hemtjänsttimmar samt antal omsorgstagare med fler än 250 timmar per månad, uppdelat på stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Stadsdel	Max antal hemtjänsttimmar/månad	Antal omsorgstagare med >250 hemtjänsttimmar/månad
Spånga-Tensta	237	0
Rinkeby-Kista	364	5
Älvsjö	371,5	3
Södermalm	335	2
Skärholmen	221	0
Enskede-Årsta-Vantör	332	3
Bromma	249	0
Hässelby-Vällingby	288	4
Skarpnäck	186	0
Hägersten-Liljeholmen	302	2
Kungsholmen	374,5	3
Östermalm	461,5	8
Norrmalm	240,5	0
Farsta	253,5	1



Figur 5. Estimerade medelvärden för antal hemtjänsttimmar per månad med hänsyn tagen till omsorgstagarnas sammansättning för samtliga, respektive när personer med fler än 250 timmar/månad exkluderas, per stadsdel. Stockholms stad, 2019.

Tabell 18. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar per månad, stadsdel och år baserat på Poisson regression. Beslut som gällde 1 mars 2017 respektive 1 mars 2019, Stockholms stad.

Stadsdel	Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar per månad			
	2017 ¹	95% CI	2019 ¹	95% CI
Skärholmen	33	31;36	37	34;40
Spånga-Tensta	33	30;36	37	30;40
Rinkeby-Kista	36	33;38	41	36;44
Älvsjö	33	29;36	43	38;47
Södermalm	32	31;33	39	35;40
Enskede-Årsta-Vantör	39	37;41	45	42;47
Bromma	35	33;37	42	40;44
Hässelby-Vällingby	35	33;37	40	38;43
Skarpnäck	36	33;39	40	37;43
Hägersten-Liljeholmen	37	35;40	41	39;44
Kungsholmen	30	29;32	38	35;40
Östermalm	40	38;42	47	45;50
Norrmalm	31	29;33	35	33;37
Farsta	28	27;30	34	32;36
Samtliga	34	34;35	40	40;41

¹Justerat för omsorgstagarnas sammansättning. Estimerade hemtjänsttimmar per månad skiljer sig något jämfört med tabell 3 då analysen tar hänsyn till att 57% av omsorgstagarna i dataunderlaget 2019 även fanns med i dataunderlaget 2017. Vid jämförelsen mellan 2017 och 2019 behöver det i den statistiska modellen tas hänsyn till att samma individer förekommer båda åren.

CI= Konfidensintervall

Beslut om vård- och omsorgsboende

Tabell 19. Samband mellan olika faktorer och beslut om vård- och omsorgsboende (logistisk regression; bivariata samband). Stockholms stad, 2019.

Variabel	Kategori	Estimerad sannolikhet	Mc Faddens Pseudo adj. R ²
Kön	Män	0,26	0,000
	Kvinnor	0,27	
Ålder	65–74	0,19	0,017
	75–84	0,22	
	85–94	0,29	
	95+	0,43	
Ensam/samboende	Sammanboende	0,28	0,000
	Ensamboende	0,26	
Härkomst	Utomnordisk	0,21	0,003
	Nordisk	0,28	
	Ej relevant	0,23	
	Ej svar	0,27	
Beroende i antal PADL-aktiviteter	5	0,57	0,142
	4	0,40	
	3	0,36	
	2	0,27	
	1	0,15	
	0	0,09	
Rörelsehinder	Inga	0,29	0,068
	Lätta	0,16	
	svåra	0,25	
	Mycket svåra	0,52	
	Ej svar	0,43	
Kognitiv nedsättning	Ingen	0,09	0,202
	Lätt	0,29	
	Svår/ Mycket svår	0,69	
	Ej svar	0,28	
Oro/Otrygghet	Inga besvär	0,13	0,096
	Lätta/tillfälliga besvär	0,31	
	Periodvis svåra besvär	0,51	
	Ständigt svåra invalidiserande besvär	0,63	
	Ej svar	0,29	
Nedstämdhet	Inga besvär	0,18	0,038
	Lätta/tillfälliga besvär	0,31	
	Periodvis svåra besvär	0,42	
	Ständigt svåra invalidiserande besvär	0,45	
	Ej svar	0,33	

Informell omsorg	Omvårdnad av anhörig <1 gång/vecka	0,21	0,012
	Omvårdnad av anhörig ≥ 1 gång/vecka	0,31	
	Ej relevant	0,30	
	Ej svar	0,31	
Stadsdel	Bromma	0,25	0,002
	Spånga-Tensta	0,23	
	Rinkeby-Kista	0,24	
	Älvsjö	0,24	
	Södermalm	0,24	
	Skärholmen	0,24	
	Enskede	0,25	
	Hässelby-Vällingby	0,25	
	Skarpnäck	0,25	
	Hägersten-Liljeholmen	0,28	
	Kungsholmen	0,28	
	Östermalm	0,30	
	Norrmalm	0,31	
	Farsta	0,32	

Tabell 20. Beslut om vård- och omsorgsboende givet olika faktorer, estimerade sannolikheter baserat på logistisk regression (n= 17 620 personer). Stockholms stad, 2019.

	Estimerad sannolikhet ¹	95 % CI	P-värde ²
Kognitiv nedsättning och Rörelsehinder			
Ingen kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,08	0,07;0,10	Ref.
Ingen kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,11	0,10;0,12	0,003
Ingen kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,21	0,19;0,23	<0,001
Lätt kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,26	0,24;0,28	0,003
Lätt kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,22	0,20;0,23	<0,001
Lätt kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,31	0,29;0,34	<0,001
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och inga/lätta rörelsehinder	0,62	0,60;0,65	<0,001
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och svåra rörelsehinder	0,45	0,41;0,48	<0,001
Svår/mycket svår kogn. nedsättning och mycket svåra rörelsehinder	0,46	0,42;0,50	<0,001
Antal PADL en person behöver hjälp med			
0	0,14	0,13;0,15	
1	0,18	0,16;0,19	<0,001
2	0,24	0,23;0,26	<0,001
3	0,27	0,26;0,29	<0,001
4	0,32	0,30;0,34	<0,001
5	0,40	0,38;0,42	<0,001
Otrygghet			

Inga/lätta el. tillfälliga besvär	0,23	0,22;0,24	
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	0,34	0,33;0,36	<0,001
Nedstämdhet			
Inga/lätta el. tillfälliga besvär	0,25	0,22; 0,24	
Periodvis/ständigt svåra invalidiserande besvär	0,27	0,33;0,36	0,042
Ålder			
65–74 år	0,21	0,20;0,22	
75–84 år	0,22	0,21;0,23	0,132
85–94 år	0,27	0,26;0,27	<0,001
95+ år	0,37	0,35;0,38	<0,001
Kön			
Män	0,25	0,25;0,27	
Kvinnor	0,26	0,25;0,26	0,73
Ensam-/samboende			
Samboende	0,23	0,22;0,25	
Ensamboende	0,26	0,26;0,27	<0,001
Härkomst			
Härkomst			
Utomnordisk	0,20	0,18;0,22	
Nordisk	0,27	0,26;0,28	<0,001
ej svar	0,23	0,22;0,25	<0,001
ej relevant	0,26	0,24;0,28	<0,001
Informell omsorg			
<1 gång/vecka eller aldrig	0,24	0,23;0,25	
≥ 1 gång/vecka	0,25	0,25;0,26	0,047
Ej relevant	0,39	0,36;0,41	<0,001
Ej svar	0,30	0,27;0,32	0,001

Mc Fadden's Adj R²: 0,333

¹ Predictive Margins: Koefficienterna i denna kolumn tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende är 8% för personer som inte har några minnessvårigheter och har inga/lätta rörelsehinder, med hänsyn tagen till övriga faktorer. Den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende är 40% för personer som är beroende i samtliga PADL-aktiviteter, med hänsyn tagen till övriga faktorer, osv.

² P-värde för skillnaden mellan en kategori och referenskategori (baserad på average marginal effects (AME)).

Tabell 21. Beslut om vård- och omsorgsboende, estimerade sannolikheter baserat på logistisk regression (n= 17 620 personer). Stockholms stad, 2019.

	Estimerad sannolikhet ²	95 % CI ³	Skillnad i estimerad sannolikhet ³	95 % CI ⁴	P-värde
Bromma ¹	0,24	0,23;0,26	Ref. ²		
Spånga-Tensta	0,24	0,21; 0,27	0,00	-0,04; 0,03	0,830
Rinkeby-Kista	0,27	0,25; 0,30	0,03	0,00; 0,07	0,080
Älvsjö	0,23	0,20;0,26	-0,01	-0,05;0,02	0,358
Södermalm	0,23	0,22;0,25	0,01	-0,03;0,01	0,460
Skärholmen	0,25	0,22;0,27	0,01	-0,03;0,04	0,795
Enskede-Årsta-Vantör	0,23	0,21;0,24	-0,01	-0,04;0,01	0,192
Hässelby-Vällingby	0,21	0,20;0,23	-0,03	-0,06;-0,01	0,012
Skarpnäck	0,26	0,24;0,29	0,02	-0,01;0,05	0,147
Hägersten-Liljeholmen	0,28	0,26;0,30	0,04	0,01;0,07	0,008
Kungsholmen	0,28	0,26;0,30	0,04	0,01;0,07	0,005
Östermalm	0,29	0,27;0,31	0,05	0,02;0,07	<0,001
Norrmalm	0,30	0,27;0,32	0,06	0,02;0,08	<0,001
Farsta	0,27	0,26;0,29	0,03	0,00;0,06	0,025

¹ I en jämförelse av stadsdelarna vad gäller andelen brukare som har beslut om vård- och omsorgsboende ligger Bromma med 25,6% i mitten (utan hänsyn till brukarnas sammansättning). Därför jämförs alla stadsdelar med Bromma.

² Predictive margins: Koefficienterna i denna kolumn tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende är 24% för brukare i Bromma, 30% för brukare på Norrmalm osv, med hänsyn tagen till ålder, ADL-beroende, kognitiv nedsättning, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och tillgång till informell hjälp. Koefficienterna i fet stil skiljer sig signifikant från stadsdelen Bromma som är referenskategorin.

³ Average marginal effect AME: Koefficienterna i denna kolumn tolkas på följande sätt: Den estimerade sannolikheten att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende är 3% lägre i stadsdelarna Hässelby-Vällingby, 4% högre i stadsdelarna Hägersten-Liljeholmen och Kungsholmen, 5% högre i stadsdelen Östermalm, 6% högre i stadsdelen Norrmalm och 3% högre i stadsdelen Farsta jämfört med referenskategorin stadsdelen Bromma (med hänsyn tagen till ålder, ADL-beroende, kognitiv nedsättning, oro/otrygghet, nedstämdhet, ensam-/samboende, härkomst och tillgång till informell hjälp). Resterande stadsdelar skiljer sig inte signifikant från Bromma.

⁴95% Konfidensintervall

Tabell 22. Estimerad sannolikhet att ha ett beslut om vård- och omsorgsboende, 2017 och 2019, Stockholms stad.

Stadsdel	2017	95%CI	2019 ¹	95%CI
Bromma	0,31	0,29; 0,32	0,21	0,20; 0,22
Enskede Årsta-Vantör	0,27	0,26; 0,28	0,18	0,17; 0,19
Farsta	0,33	0,32; 0,35	0,23	0,22; 0,24
Hägersten-Liljeholmen	0,36	0,34; 0,38	0,25	0,24; 0,27
Hässelby-Vällingby	0,29	0,27; 0,30	0,19	0,18; 0,21
Kungsholmen	0,34	0,33; 0,37	0,24	0,23; 0,26
Normalm	0,33	0,32; 0,35	0,23	0,22; 0,25
Rinkeby-Kista	0,36	0,34; 0,38	0,25	0,23; 0,27
Skarpnäck	0,34	0,32; 0,36	0,24	0,22; 0,25
Skärholmen	0,32	0,30; 0,34	0,22	0,20; 0,24
Spånga-Tensta	0,30	0,28; 0,33	0,21	0,19; 0,22
Södermalm	0,31	0,30; 0,32	0,21	0,20; 0,22
Älvsjö	0,30	0,27; 0,32	0,20	0,18; 0,22
Östermalm	0,35	0,34; 0,37	0,25	0,24; 0,26
Samtliga	0,32	0,31; 0,33	0,22	0,21; 0,23

¹ För 2019 inkluderas endast personer som inte redan hade beslut om vård- och omsorgsboende 2017.

För att kunna planera, följa upp och utveckla äldreomsorgen utifrån behoven i befolkningen är det viktigt att kunna besvara frågor om vilka som får äldreomsorg och på vilka grunder omsorgens omfattning baseras. I denna rapport har Äldrecentrum på uppdrag av äldreförvaltningen genomfört en nulägesbeskrivning över vilka som fick äldreomsorg i Stockholms stad den 1 mars 2019 samt omsorgens omfattning. Syftet var även att studera vilken äldreomsorg personer 65 år och äldre hade i relation till bedömda behov, om fördelningen av äldreomsorg var likvärdig mellan stadsdelarna och olika grupper av äldre personer, samt om det skett någon förändring vad gäller omsorgstagarnas grad av funktionsnedsättning sedan 2017. Här presenteras resultaten av dessa analyser, tillsammans med en diskussion av de faktorer som påverkar omsorgstagarnas behov och stadens insatser.

