



# ÄLDREOMSORGENS DEBUTANTER

En uppföljande rapport över perioden 2003-2015

Mårten Lagergren

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:2 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Uttrycket ”äldreomsorgens debutanter” syftar på dem som ett visst år för första gången beviljades äldreomsorg. För några år sedan gjordes vid Äldrecentrum en studie som beskrev ”debutanterna” i stadsdelen Kungsholmen, Stockholms stad, åren 2003-2006 med avseende på ålder, kön och funktionsnedsättning samt informella och beviljade formella stödinsatser. Genom att utnyttja longitudinella data kunde också den individuella förändringen i dessa avseenden under en sexårsperiod beskrivas. Denna studie har nu upprepats genom en jämförelse av samma slag av tre kohorter: De som debuterade inom äldreomsorgen åren 2003-2005, åren 2008-2010, samt åren 2013-2015.

Många av de slutsatser som presenterades i den föregående rapporten visar sig fortfarande vara giltiga, men det har också inträffat stora förändringar. Den stora ökningen av antalet yngre äldre och minskningen av antalet mycket gamla kvinnor har lett till att debutanterna i genomsnitt blivit yngre. Debutanterna lever nu längre och den betydande neddragningen av antalet platser i särskilt boende har gjort att det är en mycket lägre andel som går direkt dit utan föregående hemtjänst. Dessa förändringar är till stor del generella för riket, vilket gör att många av dessa observationer också torde ha en riksgiltighet.

Rapporten har författats av utredaren och vetenskaplige ledaren docent Mårten Lagergren, vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Stockholm april 2018

Chatrin Engbo

Direktör

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SAMMANFATTNING .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>INLEDNING – BAKGRUND .....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>MATERIAL OCH METOD.....</b>   | <b>8</b>  |
| <b>RESULTAT.....</b>   | <b>11</b> |
| INITIAL STATUS FÖR ÄLDREOMSORGENS DEBUTANTER .....   | 11        |
| DÖDLIGHET OCH FÖRÄNDRING AV BOENDEFORM .....   | 20        |
| FÖRÄNDRING I DEBUTANTERNAS STATUS ÖVER TID .....   | 23        |
| <i>Medelvärden för samtliga överlevande år för år.....</i>   | <i>23</i> |
| <i>Medelvärden år för år för dem som överlevt i fem år .....</i>   | <i>28</i> |
| FÖRÄNDRING I DE ÖVERLEVANDE DEBUTANTERNAS STATUS ÖVER TIDEN UPPDELAT PÅ KVARBOENDE OCH<br>FLYTTARE ..... | 35        |
| <b>RESULTAT – ÖVERGÅNGSBERÄKNINGAR.....</b>  | <b>41</b> |
| <b>DISKUSSION OCH SLUTSATSER .....</b>   | <b>60</b> |
| <b>TABELLBILAGA.....</b>   | <b>65</b> |

# SAMMANFATTNING

Ett sätt att beskriva äldreomsorgen i en befolkning med avseende på behov och insatser är genom tvärsnittsundersökningar som visar läget vid en viss tidpunkt. Detta innebär ett systemperspektiv – man får en ögonblicksbild av ”omsorgssystemet”. Genom att jämföra olika tidpunkter kan man se hur ”systemet” förändrats över tiden, men det är svårt att se vilka orsaker som ligger bakom dessa förändringar.

Ett annorlunda perspektiv är att studera systemet från personens synpunkt, d.v.s. att följa individer över tiden med avseende på ohälsa, funktionsnedsättning, omsorgsbehov och insatser och registrera de individuella förlopp som sammantagna ger upphov till förändringarna på systemnivå. Detta ger uppenbart en helt annan information. Genom individuell uppföljning är det möjligt att studera och analysera äldreomsorgssystemets dynamiska egenskaper: personernas utveckling av ohälsa och funktionsnedsättning över tiden, förändringen i de insatser man tilldelas samt omfattningen av inflyttning till olika boendeformer och dödligheten. Genom att koppla utvecklingen på individnivå till olika bakgrundsfaktorer kan man också se orsakssammanhang och få uppslag till olika former av förebyggande och stödjande insatser.

För omkring fem år sedan togs en rapport fram som på detta sätt beskrev äldreomsorgens ”debutanter” i Kungsholmens stadsdel i Stockholms stad under en tidsperiod. Med ”debutanter” avsågs då de personer som ett visst år för första gången beviljades offentlig äldreomsorg. Syftet var att genom att beskriva och analysera utvecklingen av behov och insatser i äldreomsorgen på individnivå få en ökad förståelse för åldrandet och äldreomsorgens funktion från individens synvinkel och för omsorgssystemets dynamiska egenskaper. Från individens synvinkel var det av intresse att veta vid vilken ålder man som genomsnitt blev vårdtagare i äldreomsorgen, hur länge man mottog hemtjänst i ordinärt boende, hur stor andel som antingen direkt utan föregående hemtjänstinsatser eller efter att ha haft hemtjänstinsatser flyttade till särskilt boende med heldygnsomsorg och hur länge man som genomsnitt bodde i detta boende.

Det har nu gått några år sedan dessa analyser presenterades och frågan har kommit upp om det skett några förändringar i debutanternas behov och de insatser som beviljas dem. Är debutanterna i dag mer funktionsnedsatta än för tio år sedan, beviljas man andra insatser givet behoven än då? I syfte att belysa dessa frågor har denna gång tre kohorter jämförts: De som ”debuterade” åren 2003-05, åren 2008-2010 samt åren 2013-2015.

Rapporten är i princip upplagd på samma sätt som den tidigare rapporten. Analyserna inleds med en beskrivning av utgångsläget för respektive kohort med avseende på funktionsnedsättning och beviljade insatser. Därefter redovisas utvecklingen år för år sedan ”debuten” av medelvärdet för ett antal variabler som beskriver funktionsnedsättning och insatser, dels för samtliga som kvarstår med insatser, dels från år 0 och framåt för dem som fortfarande levde efter fem år.

Samma resultat visas sedan också med uppdelning på dem som under de fem åren flyttat från ordinärt boende eller servicehusboende till särskilt boende med heldygnsvård respektive dem som efter fem år var kvar i dessa två boendeformer.

I det följande avsnittet visas övergångarna efter ett respektive fem år mellan nivåer i de studerade variablerna såsom förändrad boendeform och sam/ensamboende, förändring i funktionsnedsättning, psykiskt tillstånd och tillgång till informella insatser samt andel med avslutade insatser på grund av dödsfall eller annan orsak. Dessa resultat avser endast kohorten 2008-10. Betydelsefulla skillnader gentemot de båda övriga kohorterna, 2003-05 och 2013-15, kommenteras.

Rapporten avslutas med en sammanfattning av resultatet och en diskussion avseende möjligheten till generalisering av resultaten och slutsatser som kan dras av betydelse för äldreomsorgen.

Mycket av de resultat som erhöles vid den föregående undersökningen gäller även de två senare kohorterna, men vissa betydelsefulla förändringar har skett. En del av dessa förändringar har att göra med den radikalt förändrade demografin i Kungsholmens stadsdel. Antalet yngre äldre har ökat mycket starkt samtidigt som antalet mycket gamla har minskat kraftigt. Det senare gäller dock enbart kvinnorna, antalet mycket gamla män är i stort sett oförändrat. Dödligheten per åldersgrupp bland omsorgstagarna i ordinärt boende har nästan halverats på en tioårsperiod. Genom den förändrade demografin har debutanternas genomsnittsalder minskat. I 2003-05-kohorten var denna 84 år, i 2013-15-kohorten hade den sjunkit till drygt 81 år.

En annan faktor som också starkt påverkat utvecklingen är nedskärningen på Kungsholmen av antalet platser i särskilt boende - såväl servicehus som boende med heldygnsvård - och den ökade satsningen på kvarboendet. Som följd därav minskade incidensen, d.v.s. andelen per år som beviljats insatser per person i befolkningen, mellan 2003-05 och 2013-15 mycket kraftigt alla ålder/kön-grupper vad gäller det särskilda boendet. Även incidensen avseende det ordinära boendet minskade mellan 2008-10 och 2013-15.

Den tid man är i livets slutskede, som det här är definierat, är förhållandevis kort, men den har ökat genom den minskade dödligheten. I 2003-05-kohorten var drygt 60 procent av äldreomsorgens debutanter avlidna efter fem år. I 2008-10-kohorten hade denna andel sjunkit till knappt hälften (47%) och att döma av ettårsdödligheten i 2013-15-kohorten kommer denna utveckling att fortsätta om än i långsammare takt. Den minskade dödligheten gällde dock inte de boende med heldygnsvård. Där var den oförändrad.

Dödligheten var förutom av ålder och kön också i hög grad påverkad av den initiala graden av funktionsnedsättning. Särskilt hög dödlighet hade de som var beroende av hjälp för alla eller nästan alla PADL-aktiviteter och de som var svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta eller rörelsehindrade. Oro/otrygghet och

nedstämdhet var inte på samma sätt kopplad till hög dödlighet vare sig i 2003-05- och i 2008-10-kohorterna.

Det vanligaste är att insatserna i äldreomsorgen börjar med hemtjänst i ordinärt boende, men även här har det inträffat stora förändringar. I 2003-05-kohorten beviljades omkring två tredjedelar av debutanterna hemtjänst i ordinärt boende, knappt en fjärdedel beviljades direkt plats i säbo/heldygn och resten (9%) servicehusboende. I 2013-15-kohorten beviljades fem av sex debutanter hemtjänst i ordinärt boende, säbo/heldygn endast var tionde och plats på servicehus bara 4%.

Åren 2003-05 var de som för första gången fick äldreomsorg i ordinärt boende eller servicehusboende i stor utsträckning ensamboende (84 %) och andelen ensamboende ökade sedan starkt med tiden så att efter fem år nästan alla (95%) av de överlevande var ensamboende. Andelen initialt ensamboende i 2008-10-kohorten var i stort sett oförändrad, men en betydligt högre andel (12%) var fortfarande samboende efter fem år. I 2013-15-kohorten hade andelen ensamboende sjunkit till 75 procent i det ordinära boendet.

Den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning hos debutanterna ökar starkt med tiden. Som exempel hade i 2003-05-kohorten efter fem år hälften (49%) tre eller fler PADL-beroenden mot endast drygt en fjärdedel initialt. I 2008-10-kohorten hade denna andel sjunkit något till fyra av tio (39 %). Tre av tio av de överlevande var i 2003-05-kohorten svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta efter fem år, vilket var en dubbelt så hög andel som initialt. Även i 2008-10-kohorten fördubblades andelen kognitivt nedsatta på en femårsperiod

Ett mått på den individuella utvecklingen får man om man noterar förändringen i graden av funktionsnedsättning över tiden för dem som överlevt i fem år. En uppdelning av debutanterna på dem som under de fem åren flyttat från ordinärt boende eller servicehusboende till boende med heldygnsomsorg och dem som bott kvar visar på mycket stora skillnader i utvecklingen av graden av funktionsnedsättning. Det är här oklart vad som är orsak och verkan. Blir man sämre för att man flyttar eller flyttar man för att man blivit sämre? Med de data som här varit tillgängliga går det ej att besvara denna fråga, men skillnaden mellan flyttare och kvarboende är minst sagt slående.

Mätt som genomsnittlig årlig förändring i SNAC-index var den i 2003-05-kohorten 1,92 för flyttarna och 0,37 för de kvarboende. I 2008-10-kohorten var det ungefär lika mycket, 1,78 respektive 0,40. Flyttarna hade i båda fallen ett något sämre utgångsläge men utvecklingen över tiden var alltså helt annorlunda. Skillnaden mellan flyttare och kvarboende gällde genomgående för alla former av funktionsnedsättning. Skillnaderna mellan 2003-05- och 2008-10-kohorterna var däremot små.

Som genomsnitt beviljades man i ordinärt boende knappt sex timmar hemtjänst per vecka – ganska oförändrat mellan kohorterna. I servicehusboendet beviljades betydligt mer – 2003-05 som genomsnitt elva veckotimmar, men 2013-15 något mindre, 9 timmar. Insatserna ökade sedan med tiden i takt med ökande behov.

Eftersom så få debutanter i 2003-05-kohorten var samboende var det också få som ofta, dvs. minst en gång per vecka, fick serviceinsatser av make/maka men andelen ökade i starkt i de följande kohorterna i takt med en ökad andel samboende. Informella insatser från någon överhuvudtaget var betydligt vanligare. I 2003-05-kohorten fick fyra av tio ofta sådana insatser. Andelen var i stort sett oförändrad i 2008-10-kohorten, men ökade i 2013-15-kohorten till drygt hälften. Frekvensen av serviceinsatserna sjönk både 2003-05 och 2008-10 med tiden. Detta gällde i första hand insatser från än make/maka, som givetvis minskade i takt med att allt fler blev ensamboende men också informella insatser överhuvudtaget.

De slutsatser som sammanfattats ovan bygger på ett longitudinellt material, som insamlats på Kungsholmen i Stockholms stad inom SNAC-studiens vårdssystemdel. En viktig fråga gäller givetvis hur representativt detta är som beskrivning av äldreomsorgens debutanter i riket som helhet. Kungsholmen är en stadsdel i Stockholms innerstad. Den äldre befolkningen på Kungsholmen har en högre utbildningsnivå än för riket som genomsnitt, och en annan socio-ekonomisk sammansättning. De senaste 10-15 åren har det skett en mycket stor demografisk förändring som inte heller är typisk för riket - framförallt genom ett starkt minskat antal mycket gamla kvinnor. Den stora ökningen av antalet yngre-äldre är däremot ett generellt svenskt fenomen. StockholmSNAC-undersökningen visade att fördelningen på boendeformer på Kungsholmen väl motsvarar genomsnittet för Stockholm. Däremot låg tilldelningen av veckotimmar hemtjänst klart under genomsnittet.

Skillnaderna gör att man inte kan utgå från att en motsvarande analys i en annan stadsdel eller i en annan svensk kommun skulle ge precis samma resultat. Det som ändå talar för att resultaten är förhållandevis generella är att de beskriver livets slutskede och att denna är mer biologiskt än socialt betingad.

Slutskedet har förskjutits i tiden genom välfärdsförbättringar och medicinska framsteg. Tidpunkten för dess inträdande varierar mellan socioekonomiska grupper och har en betydande individuell variation. Men när väl slutfasen är inne verkar den som genomsnitt se ungefär likadan ut överallt. Detta illustreras av att dödligheten för de allra mest funktionsnedsatta är i stort sett oförändrad mellan kohorterna, fastän dödligheten per åldersgrupp och kön generellt gått ner kraftigt. Man avlider som förut men senare. En beskrivning av livets slutfas, uttryckt som perioden när man behöver äldreomsorg, skulle därmed kunna vara åtminstone approximativt giltig även om det område där data insamlats inte är socio-ekonomiskt representativt.

En annan begränsning är att de data som bearbetats avser läget per den 1 mars varje år, d.v.s. med ett års mellanrum. Många avgörande förändringar i livets sista år kan ske inom ett kortare tidsintervall. Sålunda är det känt att många personer avlider inom en kort tid efter flyttning till särskilt boende med heldygnsoomsorg. Detta förhållande kommer att vara mycket underskattat i det dataset som här analyserats, eftersom dessa flyttningar överhuvudtaget inte

registrerats om inte inflyttningen skett före och dödsfallet efter den 1 mars ett visst år. Som följd härav är dödligheten i särskilt boende med heldygnsvård underskattad i här presenterade resultat.

De analyser av den fjärde åldern och livets sista år som här presenterats är bara en liten del av allt som är möjligt att göra med de dataset som produceras av SNAC-studien. Genom samkörning med data avseende hälso- och sjukvårdskonsumtion kan man studera hur denna utvecklas de sista åren av livet. Data från SNAC-studiens befolkningsdel kan användas för att identifiera personer, som är i den fjärde åldern i den meningen att de är beroende av stöd och hjälp i sitt dagliga liv, men som får detta behov tillgodosett utanför den offentliga äldreomsorgen. Det är också möjligt att med nu tillgängliga data se på utvecklingen av insatser och hjälpbehov från perspektivet hur lång tid man har kvar att leva i stället för hur länge man levt. Gemensamt för dessa longitudinella analyser är att de ger en ökad förståelse för äldreomsorgens dynamik och därmed klargör förhållanden av betydelse för att ge bästa möjliga stöd och hjälp åt personer i livets sista år, det som kallas den fjärde åldern.



# INLEDNING - BAKGRUND

Ett sätt att beskriva äldreomsorgen i en befolkning med avseende på behov och insatser är genom tvärsnittsundersökningar som visar läget vid en viss tidpunkt. Detta innebär ett systemperspektiv – man får en ögonblicksbild av ”omsorgssystemet”. Genom att jämföra olika tidpunkter kan man se hur ”systemet” förändrats över tiden, men det är svårt att se vilka orsaker som ligger bakom dessa förändringar.

Ett annorlunda perspektiv är att studera systemet från personens synpunkt, d.v.s. att följa individer över tiden med avseende på ohälsa, funktionsnedsättning, omsorgsbehov och insatser och registrera de individuella förlopp som samman tagna ger upphov till förändringarna på systemnivå. Detta ger uppenbart en helt annan information. Genom individuell uppföljning är det möjligt att studera och analysera äldresystemets *dynamiska* egenskaper: personernas utveckling av ohälsa och funktionsnedsättning över tiden, förändringen i de insatser man tilldelas samt omfattningen av inflyttning till olika boendeformer och dödligheten. Detta kan relateras till ålder eller till antalet år personen har kvar att leva. Genom att koppla utvecklingen på individnivå till olika bakgrundsfaktorer kan man också se orsakssammanhang och få uppslag till olika former av förebyggande och stödjande insatser.

För omkring fem år sedan togs en rapport fram som på detta sätt beskrev äldreomsorgens ”debutanter”, d.v.s. de personer som under ett år för första gången fick äldreomsorg. Syftet var att genom att beskriva och analysera utvecklingen av behov och insatser i äldreomsorgen *på individnivå* få en ökad förståelse för åldrandet och äldreomsorgens funktion från individens synvinkel och för omsorgssystemets dynamiska egenskaper. Från individens synvinkel var det av intresse att veta vid vilken ålder man som genomsnitt blir vårdtagare i äldreomsorgen, hur länge man mottar hemtjänst i ordinärt boende, hur stor andel som antingen direkt utan föregående hemtjänstinsatser eller efter att ha haft hemtjänstinsatser flyttar till särskilt boende med heldygnsoomsorg och hur länge man som genomsnitt bor i detta boende.

Utvecklingen över tiden av olika former av funktionsnedsättning hos dem som mottar äldreomsorg (ADL-beroende, demenssjukdom, rörelsehinder m.m.) var en annan intressant fråga från individens synpunkt. Hur ser denna process ut, hur är den kopplad till insatserna, hur påverkas den av olika faktorer, såsom ålder och kön, närståendestöd, boendeform etc.

Grundidén var att sammanställa en kohort av personer som ett visst år debuterar i äldreomsorgen, Denna debut kan sägas markera inträdet i den s.k. 4:e åldern, här definierat som den ålder vid vilken man blir beroende av samhällets stödinsatser. Dessa personers initiala status bestämdes – ålder och kön, sam/ensamboende, funktionsnedsättning i olika avseenden, omgivningsfaktorer (bostad, närståendestöd), beviljade insatser (veckotimmar hemtjänst, hemsjukvård) samt boendeform (ordinärt boende, särskilt boende). För varje person i

kohorten noteras sedan tillståndet år efter år med avseende på ovan angivna faktorer. Härigenom skapas för varje individ en "levnadsbana" som sedan kan sammanställas på gruppnivå för olika grupper och analyseras utgående från olika frågeställningar.

SNAC-studien ger genom att man följer personerna över tiden unika möjligheter till en sådan individbaserad, longitudinell uppföljning. Observationerna sträcker sig över en lång tid och antalet personer som följs är så stort att det möjliggör statistiska analyser. I rapporten redovisades olika analyser, som visade utvecklingen över tiden för de personer på Kungsholmen som under åren 2003 - 2006 för första gången beviljades äldreomsorg i form av hemtjänst eller långvarig hemsjukvård i ordinärt eller särskilt boende (servicehusboende och boende med heldygnsomsorg). Totalt rörde det sig om cirka 1350 personer som följdes över sex år.

Det har nu gått några år sedan dessa analyser presenterades och frågan har kommit upp om det skett några förändringar i debutanternas behov och de insatser som beviljas dem. Är debutanterna i dag mer funktionsnedsatta än för tio år sedan, beviljas man andra insatser givet behoven än då? I syfte att belysa dessa frågor har denna gång tre kohorter jämförts: De som "debuterade" åren 2003-05, åren 2008-2010 samt åren 2013-2015.

Rapporten är i princip upplagd på samma sätt som den tidigare rapporten. Analyserna inleds med en beskrivning av utgångsläget för respektive kohort med avseende på funktionsnedsättning och beviljade insatser. Därefter redovisas utvecklingen år för år sedan "debuten" av medelvärdet för ett antal variabler som beskriver funktionsnedsättning och insatser, dels för samtliga som kvarstår med insatser, dels från år 0 och framåt för dem som fortfarande levde efter fem år. Samma resultat visas sedan också med uppdelning på dem som under de fem åren flyttat från ordinärt boende eller servicehusboende till särskilt boende med heldygnsomsorg respektive dem som efter fem år var kvar i dessa två boendeformer.

I det följande avsnittet visas övergångarna efter ett respektive fem år mellan nivåer i de studerade variablerna såsom förändrad boendeform och sam/ensamboende, förändring i funktionsnedsättning, psykiskt tillstånd och tillgång till informella insatser samt andel med avslutade insatser på grund av dödsfall eller annan orsak. Dessa resultat avser endast kohorten 2008-10. Betydelsefulla skillnader gentemot de båda övriga kohorter, 2003-05 och 2013-15, kommenteras.

Rapporten avslutas med en sammanfattning av resultatet och en diskussion avseende möjligheten till generalisering av resultaten och slutsatser som kan dras av betydelse för äldreomsorgen.

# MATERIAL OCH METOD

En longitudinell uppföljning enligt ovan kräver årliga uppgifter på individnivå, som kan kopplas samman över tiden. I SNAC-K-vårdsystemdelen har en sådan insamling av personnummerbaserade data pågått sedan 1 februari 2001 omfattande de uppgifter som angetts ovan.

Insamlade data i SNAC-K, vårdsystemdelen, finns i ett kumulativt register, där man per den 1 mars varje år kan avläsa funktionsnedsättning, olika bakgrundsvariabler samt beviljad omsorg för samtliga på Kungsholmen och Essingeöarna boende äldre personer med äldreomsorg alternativt långvarig hemsjukvård. Med hjälp av detta register har skapats ett antal kohorter bestående av personer, som den 1 mars ett av åren 2003 - 2015 var registrerade för första gången som mottagare av hemtjänst eller som under det föregående året fått beslut om inflyttning till särskilt boende (servicehus eller heldygnsomsorg) utan att tidigare haft hemtjänst eller hemsjukvård. Totalt handlar det i varje sådan årgång om ca 400 personer, som alltså är nya inom äldreomsorgen respektive år. Genom att föra samman registreringarna i grupper om tre år - 2003 - 2005, 2008 - 2010 samt 2013 - 2015 erhålls en bättre grund för statistiska analyser och en möjlighet att se om det skett några förändringar i sammansättningen av dessa äldreomsorgens ”debutanter” under tidsperioden. Dessa personer har sedan kunnat följas över tiden genom samkörning med registren för de följande åren. För gruppen debutanter 2003 - 2005 har uppföljningen gjorts i tio år (här redovisas endast de fem första åren), för gruppen 2008 - 2010 i fem år och för gruppen 2013 - 2015 i ett år.

De resultat som redovisas i denna rapport är baserade på data som insamlats genom

- den löpande registreringen av biståndsbeslut i Kungsholmens stadsdelsförvaltning under perioden 1 mars 2003 till 28 februari 2016,
- årliga tvärsnittsundersökningar per den 1 mars åren 2003 - 2016 av samtliga personer med beslut om särskilt boende av Kungsholmens stadsdelsförvaltning.

Som mottagare av långvarig vård- och omsorg räknas inom äldreomsorgen alla de personer 65 år och äldre, som beviljats insatser enligt ett biståndsbeslut med undantag för dem som enbart beviljats trygghetslarm eller matdistribution.

Datainsamlingen har för kommunens verksamhet utförts av kommunens biståndshandläggare samt ansvarig personal vid utförarenheterna. Sammanförandet av registrerade uppgifter från olika källor förutsätter de registrerade personernas informerade samtycke. Omkring 5 procent av de aktuella vårdtagarna har uppgivit till personalen att de inte önskade att uppgifter om dem ingick i undersökningen. Dessa personer finns därmed inte i det redovisade materialet. Genom att andelen är så pass låg har den ingen större betydelse för uppgifternas tillförlitlighet.

Vid registreringen har ett undersökningsformulär använts, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Undersökningsprotokollet omfattar förutom uppgifter, som avser uppgiftslämnare och form för inhämtande,

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

Omgivningsfaktorer avser bland annat tillgången till informell omsorg, d.v.s. obetald hjälp med service och/eller omvårdnad från anhöriga, vänner, grannar eller betald hjälp från organisation eller privat person. Personligt vårdberoende avser dels funktionsnedsättningar, dels andra personrelaterade förhållanden som påverkar behovet av vård och omsorg. Registreringen av funktionsnedsättningar ansluter till den s.k. ADL-trappan. Detta innebär registrering av graden av beroende avseende dels s.k. instrumentella faktorer (IADL) såsom städning, matinköp e.t.c., dels personliga faktorer (PADL) som bad och dusch, av- och påklädning, toalettbesök osv.

Registreringen av övriga behovspåverkande förhållanden omfattar bl. a. rörelsehinder, inkontinens, syn- och hörselnedsättning samt emotionella och kognitiva faktorer. Samtliga dessa faktorer har noterats enligt en skala från "0" till "3", där "0" betyder inga problem och "3" mycket stora problem.

Registreringen av de olika faktorer som beskriver personligt vårdberoende, sammanfattas genom ett index - SNAC-index. Detta beräknas genom summering av fyra ADL-variabler (av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag), som beskriver graden av oberoende i dagligt liv, inkontinens (urin- respektive avföring) samt rörelsehinder och kognitiv nedsättning. De fyra ADL-variablerna mäts från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende), de övriga från 0 (inga problem) till 3 (mycket svåra problem). Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras med två. Indexet kommer därigenom att falla mellan 0 och 23. Utgående från PADL-index görs en indelning i fem funktionsnedsättningsgrupper (PADL-grupper) enligt nedanstående definition:

| PADL-grupp                   | Indexvärde |
|------------------------------|------------|
| Ingen eller lätt nedsättning | 0 – 1      |
| Måttligt nedsatt             | 2 – 7      |
| Nedsatt                      | 8 – 13     |
| Mycket nedsatt               | 14 – 19    |
| Helt nedsatt                 | 20 – 23    |

I syfte att sammanföra de insamlade data på individnivå har ett kumulativt register skapats där insamlade uppgifter i den löpande registreringen successivt förts på månadsvis genom uppdatering av registrerade variabelvärden. Insamlade registreringar från de årliga tvärsnittsundersökningarna förs på efter den löpande registreringen för februari månad varje år. Tvärsnittsundersökningarna omfattar som nämnts ovan endast det särskilda boendet. För personerna i ordinärt boende bestäms läget per den 1 mars varje år genom att utnyttja den löpande registreringen i det kumulativa registret. Detta innebär att dessa uppgifter kommer vara mer eller mindre aktuella. Normalt avser omkring hälften av uppgifterna det senaste året. Detta innebär en viss underskattning av försämringen över tiden för personer i ordinärt boende.

Prevalens- och övergångsberäkningar har utförts med statistik- och datahanteringsystemet SAS.

# RESULTAT

## Initial status för äldreomsorgens debutanter

Inom forskningen kring äldre personers liv och förhållanden är det brukligt att tala om den s.k. fjärde åldern, som karaktäriseras av att personen inte längre är förmögen att på egen hand klara normala aktiviteter för ett dagligt liv<sup>1</sup>. För ensamboende personer är detta i många fall liktydigt med behov att söka bistånd för insatser hos äldreomsorgen. För de som sammanbor med en person som har möjlighet att ge stöd och hjälp eller har andra alternativa stödmöjligheter kan det dock vara möjligt att klara sig utan bistånd ännu en tid.

Biståndsbeslutets koppling till inträdet i den fjärde åldern gör det intressant att se närmare på äldreomsorgens ”debutanter”. Hur gammal är man när man först får insatser från äldreomsorg, hur ser könsfördelningen ut, hur många är ensamboende, hur nedsatt är man i olika funktioner och vilka insatser och vilken boendeform blir man beviljad? Det bör betonas att detta avser personer på Kungsholmen, en stadsdel i Stockholms stads innerstad. I andra stadsdelar och kommuner kan det se lite annorlunda ut. I stora drag torde dock bilden vara ganska generell. Detta är den fjärde åldern.

Tabell 1 visar fördelningen på åldersgrupper och kön samt medelålder för äldreomsorgens ”debutanter” – de som under ett visst år för första gången beviljas äldreomsorg - åren 2003-05, 2008-2010, samt 2013-2015.

**Tabell 1. Debutanterna i äldreomsorgen – fördelning på åldersgrupp o kön per boendeform (%)**

| 2003 - 2005      | Antal       | Män        |             |            | Kvinnor    |             |             | Summa      | Medel-ålder |
|------------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|
|                  |             | 65-74      | 75-84       | 85+        | 65-74      | 75-84       | 85+         |            |             |
| Ord. boende      | 828         | 4,6        | 10,5        | 9,7        | 7,6        | 30,7        | 37,0        | 100        | 83,7        |
| Servicehusboende | 108         | 7,4        | 13,9        | 9,3        | 3,7        | 29,6        | 36,1        | 100        | 83,8        |
| Säbo heldygn     | 284         | 4,6        | 14,1        | 8,5        | 7,0        | 20,8        | 45,1        | 100        | 85,2        |
| <b>Totalt</b>    | <b>1220</b> | <b>4,8</b> | <b>11,6</b> | <b>9,3</b> | <b>7,1</b> | <b>28,3</b> | <b>38,8</b> | <b>100</b> | <b>84,0</b> |

| 2008 - 2010      | Antal       | Män        |             |             | Kvinnor     |             |             | Summa      | Medel-ålder |
|------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
|                  |             | 65-74      | 75-84       | 85+         | 65-74       | 75-84       | 85+         |            |             |
| Ord. boende      | 1002        | 6,1        | 12,4        | 10,9        | 11,3        | 26,1        | 33,2        | 100        | 82,8        |
| Servicehusboende | 62          | 11,3       | 9,7         | 11,3        | 9,7         | 25,8        | 32,3        | 100        | 82,3        |
| Säbo heldygn     | 132         | 8,3        | 9,1         | 17,4        | 6,8         | 18,2        | 40,2        | 100        | 84,7        |
| <b>Totalt</b>    | <b>1196</b> | <b>6,6</b> | <b>11,9</b> | <b>11,6</b> | <b>10,7</b> | <b>25,3</b> | <b>33,9</b> | <b>100</b> | <b>83,0</b> |

<sup>1</sup> Den första åldern är uppväxten, den andra den aktiva åldern i förvärvsarbete och den tredje åldern tiden efter pensionering då man ännu är oberoende och den fjärde åldern när man är beroende av andra för sitt dagliga liv.

| 2013 - 2015      | Antal      | Män         |             |             | Kvinnor     |             |             | Summa      | Medel-<br>ålder |
|------------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|
|                  |            | 65-74       | 75-84       | 85+         | 65-74       | 75-84       | 85+         |            |                 |
| Ord. boende      | 757        | 9,9         | 13,6        | 11,9        | 14,5        | 24,6        | 25,5        | 100        | 81,4            |
| Servicehusboende | 27         | 14,8        | 7,4         | 22,2        | 11,1        | 18,5        | 25,9        | 100        | 81,7            |
| Säbo heldygn     | 94         | 17,0        | 7,4         | 11,7        | 11,7        | 21,3        | 30,9        | 100        | 81,3            |
| <b>Totalt</b>    | <b>878</b> | <b>10,8</b> | <b>12,8</b> | <b>12,2</b> | <b>14,1</b> | <b>24,0</b> | <b>26,1</b> | <b>100</b> | <b>81,4</b>     |

Som framgår av tabell 1 har det skett mycket stora förändringar i i fördelningen på boendeform av debutanterna liksom ålders- och könssammansättningen. Andelen som direkt beviljas särskilt boende (servicehus eller heldygnomsorg) har mer än halverats från 32 procent till 14 procent och andelen som direkt beviljas heldygnomsorg har fallit från 23 procent till 11 procent. Förändringen avspeglar nedskärningen i antalet plats i särskilt boende och den ökade tillämpningen av kvarboendepincipen med ökad satsning på hemtjänst i ordinärt boende.

Fortfarande är majoriteten av debutanterna kvinnor, men andelen män har ökat från 26 procent till 36 procent. Medelåldern bland debutanterna har sjunkit påtagligt med inte mindre än 2,6 år från 84,0 år till 81,4 år. Andelen 85 år och äldre har i enlighet med detta sjunkit från 48 procent till 38 procent. De som kommer direkt till heldygnomsorgen var tidigare i genomsnitt något äldre, men denna skillnad är nu utplånad. Förändringarna i debutanternas ålders- och könssammansättning motsvaras av förändringarna i den äldre befolkningen med ökad andel män och mycket stark tillväxt i åldersgruppen 65 -74 år - ”fyrtiootalisterna”. Förändringen över tiden framgår tydligt om man beräknar incidensen, d.v.s. andelen av befolkningen per åldersgrupp och kön som per år beviljats insatser i respektive boendeform samt totalt. Detta visas i tabell 2.

**Tabell 2. Andelen (%) av befolkningen per åldersgrupp och kön som per år beviljats insatser i resp. boendeform samt totalt.**

| Incidens, ord.boende |            | 2003-05     | 2008-10     | 2013-15    |
|----------------------|------------|-------------|-------------|------------|
| Män                  | 65 - 74 år | 2,8         | 3,0         | 2,6        |
|                      | 75 - 84 år | 8,5         | 14,2        | 9,8        |
|                      | 85- år     | 19,2        | 25,1        | 21,9       |
| Kvinnor              | 65 - 74 år | 3,4         | 4,7         | 3,3        |
|                      | 75 - 84 år | 12,4        | 16,9        | 11,6       |
|                      | 85- år     | 20,4        | 25,1        | 17,1       |
| <b>Summa</b>         |            | <b>10,1</b> | <b>11,6</b> | <b>7,3</b> |

| Incidens , serv.boende |            | 2003-05    | 2008-10    | 2013-15    |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|
| Män                    | 65 - 74 år | 0,6        | 0,3        | 0,1        |
|                        | 75 - 84 år | 1,5        | 0,7        | 0,2        |
|                        | 85- år     | 2,4        | 1,6        | 1,5        |
| Kvinnor                | 65 - 74 år | 0,2        | 0,2        | 0,1        |
|                        | 75 - 84 år | 1,6        | 1,0        | 0,3        |
|                        | 85- år     | 2,6        | 1,5        | 0,6        |
| Summa                  |            | <b>1,3</b> | <b>0,7</b> | <b>0,3</b> |

| Incidens , säbo |            | 2003-05    | 2008-10    | 2013-15    |
|-----------------|------------|------------|------------|------------|
| Män             | 65 - 74 år | 1,0        | 0,5        | 0,6        |
|                 | 75 - 84 år | 3,9        | 1,4        | 0,7        |
|                 | 85- år     | 5,8        | 5,3        | 2,7        |
| Kvinnor         | 65 - 74 år | 1,1        | 0,4        | 0,3        |
|                 | 75 - 84 år | 2,9        | 1,6        | 1,2        |
|                 | 85- år     | 8,5        | 4,0        | 2,6        |
| Summa           |            | <b>3,5</b> | <b>1,5</b> | <b>0,9</b> |

| Incidens , tot |            | 2003-05     | 2008-10     | 2013-15    |
|----------------|------------|-------------|-------------|------------|
| Män            | 65 - 74 år | 4,3         | 3,9         | 3,3        |
|                | 75 - 84 år | 13,9        | 16,3        | 10,6       |
|                | 85- år     | 27,4        | 32,1        | 26,1       |
| Kvinnor        | 65 - 74 år | 4,7         | 5,3         | 3,7        |
|                | 75 - 84 år | 16,8        | 19,5        | 13,1       |
|                | 85- år     | 31,5        | 30,6        | 20,3       |
| Summa          |            | <b>14,9</b> | <b>13,9</b> | <b>8,5</b> |

Under 2000-talet ökade incidensen av hemtjänst i ordinärt boende i samtliga ålder/kön-grupper, men efter detta har det skett en kraftig minskning. Totalt för perioden ser man en ökning för männen och en minskning för kvinnorna. Incidensen av beviljad plats i servicehusboende har hela tiden sjunkit och var 2013-15 en bråkdel av den som gällde 2003/05. För säbo/heldygn var det likaledes fråga om en stadig minskning i alla ålder/kön-grupper till en fjärdedel av 2003-05-nivån. Totalt har incidensen sjunkit helat tiden, men mycket mer den senare delen av perioden än den tidigare och mer för kvinnorna än för männen.

Fördelningen av debutanterna mellan ensam- och samboende samt deras tillgång till informell omsorg initialt visas i tabell 3.



**Tabell 3. Debutanterna per kohort - andel ensamboende och informell omsorg per åldersgrupp och kön, (%)**

| 2003-2005           | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|---------------------|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
|                     | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende         | 80,0  | 73,4  | 68,4 | <b>73,0</b> | 73,4    | 88,0  | 93,4 | <b>90,8</b> | 86,2     |
| Serviceinsatser av: |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
| - make/maka         | 14,0  | 21,2  | 20,3 | <b>19,4</b> | 8,6     | 8,8   | 3,9  | <b>6,3</b>  | 9,6      |
| - någon             | 35,7  | 40,0  | 53,5 | <b>43,8</b> | 33,9    | 41,2  | 41,2 | <b>40,5</b> | 41,3     |

| 2008-2010           | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|---------------------|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
|                     | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende         | 89,9  | 64,5  | 67,2 | <b>71,1</b> | 88,9    | 86,9  | 91,9 | <b>89,6</b> | 84,1     |
| Serviceinsatser av: |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
| - make/maka         | 20,8  | 34,8  | 36,6 | <b>32,4</b> | 11,4    | 11,0  | 6,7  | <b>9,0</b>  | 16,1     |
| - någon             | 41,7  | 51,1  | 55,6 | <b>50,9</b> | 29,4    | 34,7  | 37,3 | <b>35,1</b> | 39,9     |

| 2013-2015           | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|---------------------|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
|                     | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende         | 76,8  | 66,1  | 51,4 | <b>64,7</b> | 83,1    | 81,5  | 89,5 | <b>85,1</b> | 77,8     |
| Serviceinsatser av: |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
| - make/maka         | 34,4  | 29,8  | 35,9 | <b>33,0</b> | 15,7    | 13,1  | 5,4  | <b>10,4</b> | 18,6     |
| - någon             | 48,3  | 45,5  | 45,5 | <b>45,9</b> | 32,1    | 26,4  | 30,6 | <b>29,3</b> | 35,6     |

Samboende var betydligt vanligare bland de manliga debutanterna. Andelen samboende män ökade från 27 procent till 35 procent och från 9 procent till 15 procent bland kvinnorna. I samtliga kohorter hade de debuterande männen i betydligt större omfattning än kvinnorna tillgång till informella serviceinsatser. Skillnaden var av naturliga skäl (en högre andel har maka/maka i livet) speciellt stor när det gäller make/maka-insatser, men gällde även serviceinsatserna totalt från någon. Serviceinsatser från andra handlar framförallt om hjälp från barn (eller motsvarande). I den följande tabell 4 anges de informella make/makainsatserna uppdelat på ensam- och samboende.

**Tabell 4. Debutanterna - andelar med informell omsorg av make/maka per ensam/samboende, åldersgrupp och kön, (%)**

| 2003-2005                                 |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
|---|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
| Andelar med serviceinsatser av make/maka: | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|   | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende                               | 2,9   | 6,8   | 4,0  | <b>5,4</b>  | 0       | 1,3   | 0,7  | <b>0,9</b>  | 1,8      |
| Samboende                                 | 37,5  | 69,6  | 61,9 | <b>65,4</b> | 33,3    | 71,4  | 55,0 | <b>64,8</b> | 65,1     |

| 2008-2010                                 |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
|---|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
| Andelar med serviceinsatser av make/maka: | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|   | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende                               | 13,0  | 13,8  | 10,2 | <b>12,3</b> | 9,4     | 4,0   | 2,3  | <b>4,0</b>  | 6,1      |
| Samboende                                 | 87,5  | 71,4  | 88,6 | <b>80,2</b> | 28,6    | 57,9  | 56,3 | <b>52,4</b> | 67,6     |

| 2013-2015                                 |       |       |      |             |         |       |      |             |          |
|---|-------|-------|------|-------------|---------|-------|------|-------------|----------|
| Andelar med serviceinsatser av make/maka: | Män   |       |      |             | Kvinnor |       |      |             | Samtliga |
|   | 65-74 | 75-84 | 85+  | Totalt      | 65-74   | 75-84 | 85+  | Totalt      |          |
| Ensamboende                               | 16,7  | 11,1  | 15,1 | <b>14,0</b> | 8,2     | 1,8   | 1,0  | <b>2,8</b>  | 6,2      |
| Samboende                                 | 95,2  | 71,9  | 58,0 | <b>69,9</b> | 58,8    | 69,7  | 43,5 | <b>65,7</b> | 65,3     |

Detta visar att omkring två tredjedelar av de samboende debutanterna initialt fick serviceinsatser från make/maka, en högre andel bland männen än kvinnorna i 08-10-kohorten men i övriga kohorter ganska lika. Andelarna växlar ganska starkt mellan kohorter och åldrar. Make/make-insatser förekom även bland ensamboende, fast i mycket lägre omfattning. Påtagligt är att dessa andelar ökat mycket starkt med tiden - speciellt för männen. Detta avspeglar kanske nya samlevnadsmönster som att man lever isär fastän man är gifta och att man då inte sällan hjälper varandra vid behov. Det kan också vara fråga om att den ena parten flyttat till särskilt boende och den andra bor kvar men fortsätter med hjälpinsatser.

Tabell 5 visar andelen av debutanterna som var beroende i samtliga aktiviteter för dagligt liv (IADL resp. PADL) respektive med stor funktionsnedsättning mätt som PADL-grupp 4 och 5 per beviljad boendeform i resp. debutantkohort. Det bör noteras att mätningen avser den 1 mars ett visst år. Personerna kan då ha haft insatser i boendeformen upp till högst nästan ett år.

**Tabell 5. Debutanterna - ADL-beroenden per boendeform och kön (%) i resp. kohort**

| Kohort 03-05           | Ordinärt boende |      |             | Servicehusboende |      |             | Heldygnsomsorg |      |             |
|------------------------|-----------------|------|-------------|------------------|------|-------------|----------------|------|-------------|
|                        | Beroende        | Män  | Kvinnor     | Tot.             | Män  | Kvinnor     | Tot.           | Män  | Kvinnor     |
| Samtliga IADL          | 51,0            | 39,3 | <b>42,0</b> | 60,0             | 42,9 | <b>47,7</b> | 96,0           | 97,5 | <b>97,1</b> |
| Samtliga PADL          | 2,6             | 1,9  | <b>2,1</b>  | 3,7              | 1,5  | <b>2,1</b>  | 43,1           | 50,0 | <b>48,2</b> |
| Andel i PADL-grupp 4-5 | 0,7             | 0,6  | <b>0,6</b>  | 4,8              | 2,0  | <b>2,8</b>  | 36,4           | 49,7 | <b>46,3</b> |

| Kohort 08-10           | Ordinärt boende |      |             | Servicehusboende |      |             | Heldygnsomsorg |      |             |
|------------------------|-----------------|------|-------------|------------------|------|-------------|----------------|------|-------------|
|                        | Beroende        | Män  | Kvinnor     | Tot.             | Män  | Kvinnor     | Tot.           | Män  | Kvinnor     |
| Samtliga IADL          | 43,3            | 28,2 | <b>32,6</b> | 55,6             | 25,0 | <b>41,7</b> | 81,4           | 87,1 | <b>85,2</b> |
| Samtliga PADL          | 4,5             | 1,0  | <b>2,1</b>  | 5,0              | 7,1  | <b>6,5</b>  | 27,3           | 34,5 | <b>32,0</b> |
| Andel i PADL-grupp 4-5 | 2,5             | 0,5  | <b>1,1</b>  | 0                | 2,4  | <b>1,6</b>  | 23,3           | 32,1 | <b>29,1</b> |

| Kohort 13-15           | Ordinärt boende |      |             | Servicehusboende |      |             | Heldygnsomsorg |      |             |
|------------------------|-----------------|------|-------------|------------------|------|-------------|----------------|------|-------------|
|                        | Beroende        | Män  | Kvinnor     | Tot.             | Män  | Kvinnor     | Tot.           | Män  | Kvinnor     |
| Samtliga IADL          | 51,2            | 35,2 | <b>40,9</b> | 53,9             | 57,1 | <b>55,6</b> | 94,3           | 95,0 | <b>94,7</b> |
| Samtliga PADL          | 9,4             | 5,3  | <b>6,7</b>  | 0                | 14,3 | <b>7,4</b>  | 32,3           | 41,7 | <b>38,3</b> |
| Andel i PADL-grupp 4-5 | 2,3             | 0,8  | <b>1,4</b>  | 0                | 7,1  | <b>3,9</b>  | 29,4           | 33,3 | <b>31,9</b> |

Tabell 4 visar att det för samtliga debutantkohorter var mycket stora skillnader i andelen helt ADL-beroende resp. andelen med mycket stor funktionsnedsättning mellan dem som beviljats hemtjänst i ordinärt boende eller servicehusboende och dem som beviljats plats i särskilt boende med heldygnsomsorg. Av dem som beviljats heldygnsomsorg är nästan samtliga helt beroende för instrumentella dagliga aktiviteter (IADL), bland de övriga gäller detta mindre än hälften. Skillnaderna i personligt ADL-beroende (PADL) var ännu mer påtagliga. Mycket få personer som var beroende av hjälp i samtliga PADL-aktiviteter, har beviljats insatser i ordinärt boende eller servicehusboende. Bland dem som fått boende med heldygnsomsorg utgör dessa mellan en tredjedel och hälften. Samma mönster gäller för andelen med mycket stor funktionsnedsättning mätt som PADL-grupp 4 eller 5.

Man kan observera ganska stora kohortskillnader. Det förefaller som kriteriet för att bevilja insatser (alternativt önskan att erhålla insatser) förändrats över tiden. Först så att personer med en lägre grad av behov beviljats insatser, därefter en förändring i motsatt riktning. Detta gäller beviljade insatser i samtliga boende-

former med vissa undantag - mest påtagligt för heldygnsomsorgen. För ordinärt boende och servicehusboende har det skett en stadig ökning av den mycket låga andelen med mycket stort hjälpberoende, men inte av andelen helt IADL-beroende.

I tabell 6 visas motsvarande resultat för övriga funktionsvariabler som ingår i SNAC-index, det vill säga, kognitiv nedsättning, rörelsehinder och urin- respektive avföringsinkontinens.

**Tabell 6. Debutanterna - Funktionsnedsättning per boendeform och kön (%) i resp. kohort**

| Kohort 03-05              | Ordinärt boende |         |             | Servicehusboende |         |             | Heldygnsomsorg |         |             |
|---------------------------|-----------------|---------|-------------|------------------|---------|-------------|----------------|---------|-------------|
|                           | Män             | Kvinnor | Tot.        | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män            | Kvinnor | Tot.        |
| Svår kognitiv nedsättning | 6,7             | 7,1     | <b>7,0</b>  | 0                | 3,6     | <b>2,6</b>  | 38,0           | 49,0    | <b>46,1</b> |
| Svåra rörelsehinder       | 21,9            | 21,2    | <b>21,4</b> | 29,1             | 29,8    | <b>29,6</b> | 57,7           | 64,5    | <b>63,4</b> |
| Svår urininkontinens      | 7,4             | 5,0     | <b>5,5</b>  | 4,8              | 7,8     | <b>7,0</b>  | 64,8           | 55,8    | <b>58,2</b> |
| Svår avföringsinkontinens | 2,0             | 1,2     | <b>1,4</b>  | 4,6              | 1,9     | <b>2,7</b>  | 32,4           | 43,9    | <b>40,9</b> |

| Kohort 08-10              | Ordinärt boende |         |             | Servicehusboende |         |             | Heldygnsomsorg |         |             |
|---------------------------|-----------------|---------|-------------|------------------|---------|-------------|----------------|---------|-------------|
|                           | Män             | Kvinnor | Tot.        | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män            | Kvinnor | Tot.        |
| Svår kognitiv nedsättning | 6,6             | 4,5     | <b>5,1</b>  | 0                | 2,4     | <b>1,6</b>  | 39,1           | 52,9    | <b>48,1</b> |
| Svåra rörelsehinder       | 27,3            | 20,5    | <b>22,5</b> | 40,0             | 26,2    | <b>30,6</b> | 54,4           | 56,5    | <b>55,7</b> |
| Svår urininkontinens      | 12,7            | 2,6     | <b>5,6</b>  | 20,0             | 4,8     | <b>9,7</b>  | 39,1           | 40,0    | <b>39,7</b> |
| Svår avföringsinkontinens | 3,1             | 0,6     | <b>1,3</b>  | 5,0              | 0       | <b>1,6</b>  | 13,3           | 16,5    | <b>15,4</b> |

| Kohort 13-15              | Ordinärt boende |         |             | Servicehusboende |         |             | Heldygnsomsorg |         |             |
|---------------------------|-----------------|---------|-------------|------------------|---------|-------------|----------------|---------|-------------|
|                           | Män             | Kvinnor | Tot.        | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män            | Kvinnor | Tot.        |
| Svår kognitiv nedsättning | 9,5             | 5,8     | <b>7,1</b>  | 0                | 7,1     | <b>3,9</b>  | 34,3           | 47,5    | <b>42,7</b> |
| Svåra rörelsehinder       | 33,3            | 33,8    | <b>33,7</b> | 46,2             | 42,9    | <b>44,4</b> | 60,0           | 63,9    | <b>62,5</b> |
| Svår urininkontinens      | 8,2             | 4,4     | <b>5,7</b>  | 7,7              | 21,4    | <b>14,8</b> | 37,1           | 36,1    | <b>36,5</b> |
| Svår avföringsinkontinens | 2,2             | 1,5     | <b>1,7</b>  | 0                | 14,2    | <b>7,4</b>  | 22,8           | 23,0    | <b>22,9</b> |

I stort sett samma skillnader mellan boendeformerna som för ADL-beroende gäller för övriga variabler som beskriver funktionsnedsättning. Det är stor skillnad i beviljad boendeform när det gäller svår kognitiv nedsättning och inkontinens. För rörelsehinder gäller detsamma, men i något mindre utsträckning. Rörelsehinder verkar vara lättare att klara i ordinärt boende - i vissa fall blir dock personen ”fånge i sin bostad” utan möjlighet att ta sig ut på

egen hand. Något anmärkningsvärt är att andelen med svår kognitiv nedsättning är lägre för debutanter i servicehusboende än i ordinärt boende. Detta verkar avspegla begränsningar med avseende på kognition när det gäller vilka som beviljas plats på servicehusen.

Jämförelsen över tiden visar ett lite annorlunda mönster än ADL-beroende och skiljer mellan boendeformerna på ett rätt osystematiskt sätt. Andelen med rörelsehinder har ökat i samtliga boendeformer, men kognitiv nedsättning har liksom ADL-beroendet först minskat och sedan ökat. Andelen med avföringsinkontinens bland debutanterna i heldygnomsorg har minskat drastiskt på ett sätt som inte verkar helt trovärdigt.

I den följande tabell 7 visas motsvarande andelar för de tre psykiska variablerna oro, nedstämd och beteendeproblem.

**Tabell 7. Debutanterna - Psykiska problem, boendeform och kön (%) i resp. kohort**

| Kohort 03-05          | Ordinärt boende |         |            | Servicehusboende |         |             | Heldygnomsorg |         |             |
|-----------------------|-----------------|---------|------------|------------------|---------|-------------|---------------|---------|-------------|
|                       | Män             | Kvinnor | Tot.       | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män           | Kvinnor | Tot.        |
| Svår oro              | 4,0             | 5,7     | <b>5,3</b> | 27,3             | 9,3     | <b>14,5</b> | 19,5          | 29,8    | <b>27,0</b> |
| Svår nedstämdhet      | 4,7             | 4,2     | <b>4,3</b> | 27,3             | 5,7     | <b>12,0</b> | 19,7          | 26,9    | <b>25,0</b> |
| Svåra beteendeproblem | 0,7             | 0,4     | <b>0,5</b> | 4,4              | 3,6     | <b>3,8</b>  | 13,9          | 17,7    | <b>16,7</b> |

| Kohort 08-10          | Ordinärt boende |         |            | Servicehusboende |         |             | Heldygnomsorg |         |             |
|-----------------------|-----------------|---------|------------|------------------|---------|-------------|---------------|---------|-------------|
|                       | Män             | Kvinnor | Tot.       | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män           | Kvinnor | Tot.        |
| Svår oro              | 5,2             | 7,4     | <b>6,7</b> | 5,3              | 9,5     | <b>8,2</b>  | 23,9          | 42,9    | <b>36,2</b> |
| Svår nedstämdhet      | 5,2             | 7,0     | <b>6,5</b> | 10,5             | 9,8     | <b>10,0</b> | 23,9          | 27,1    | <b>26,0</b> |
| Svåra beteendeproblem | 1,1             | 0,4     | <b>0,6</b> | 0                | 2,4     | <b>1,7</b>  | 13,0          | 17,6    | <b>16,0</b> |

| Kohort 13-15          | Ordinärt boende |         |            | Servicehusboende |         |             | Heldygnomsorg |         |             |
|-----------------------|-----------------|---------|------------|------------------|---------|-------------|---------------|---------|-------------|
|                       | Män             | Kvinnor | Tot.       | Män              | Kvinnor | Tot.        | Män           | Kvinnor | Tot.        |
| Svår oro              | 6,4             | 5,2     | <b>5,6</b> | 15,4             | 21,4    | <b>18,5</b> | 5,7           | 39,3    | <b>27,1</b> |
| Svår nedstämdhet      | 4,9             | 7,1     | <b>6,3</b> | 15,4             | 21,4    | <b>18,5</b> | 14,3          | 27,9    | <b>22,9</b> |
| Svåra beteendeproblem | 3,5             | 1,3     | <b>2,1</b> | 0                | 0       | <b>0</b>    | 14,3          | 18,0    | <b>16,7</b> |

Även här är det stora skillnader i beviljad boendeform med betydligt högre andel med svåra psykiska problem bland dem som beviljats heldygnomsorg än de två övriga boendeformerna. Skillnaden är mest markant när det gäller beteendeproblem, vilket förstås avspeglar den motsvarande skillnaden i andelen med kognitiv nedsättning. Siffrorna varierar en hel del vilket kan bero på skiljaktiga bedömningar, men också sammanhänger med att det rör sig om ganska få

observationer (jfr tabell 1). Det är svårt att se någon klar tendens till förändring över tiden. Andelen debutanter med beteendeproblem har ökat i ordinärt boende och försvunnit i servicehusboendet. I heldygnsomsorgen är andelen oförändrad. De stora skillnader man ibland ser mellan män och kvinnor verkar vara tillfälliga.

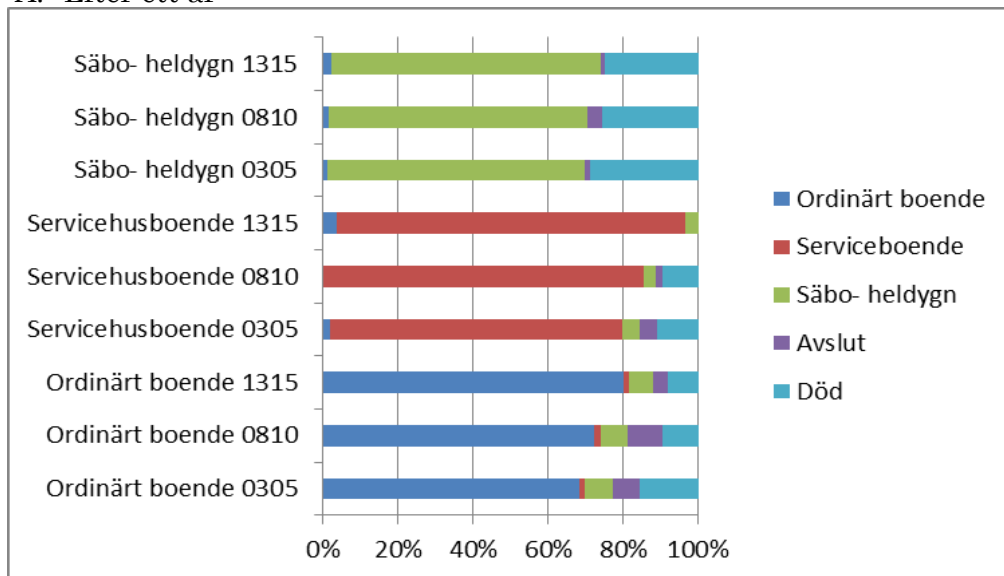
## Dödlighet och förändring av boendeform

Personer som inträtt i den 4:e åldern befinner sig i livets slutskede och som man kan förvänta sig är dödligheten hög, särskilt i särskilt boende med heldygnsomsorg. Det förekommer också att personer avslutar äldreomsorgsinsatserna av annan orsak än avliden. Detta gäller särskilt personer med mindre insatser av hemtjänst. Ett mindre antal personer kan också ha tappats bort i registreringen, exempelvis beroende på flyttning till annan stadsdelsförvaltning eller kommun eller på att man tagit tillbaka sitt samtycke till registreringen. Många flyttar efter hand från ordinärt boende till särskilt boende med heldygnsomsorg samt i mindre utsträckning till servicehusboende. Diagrammen 1 A - C visar per boendeform hur äldreomsorgens debutanter i de tre kohorterna fördelar sig på boendeform resp. avliden och avslut av annan orsak efter ett år. I diagram 2 A -B visas motsvarande efter fem år för kohorterna 2003-05 och 08-10.

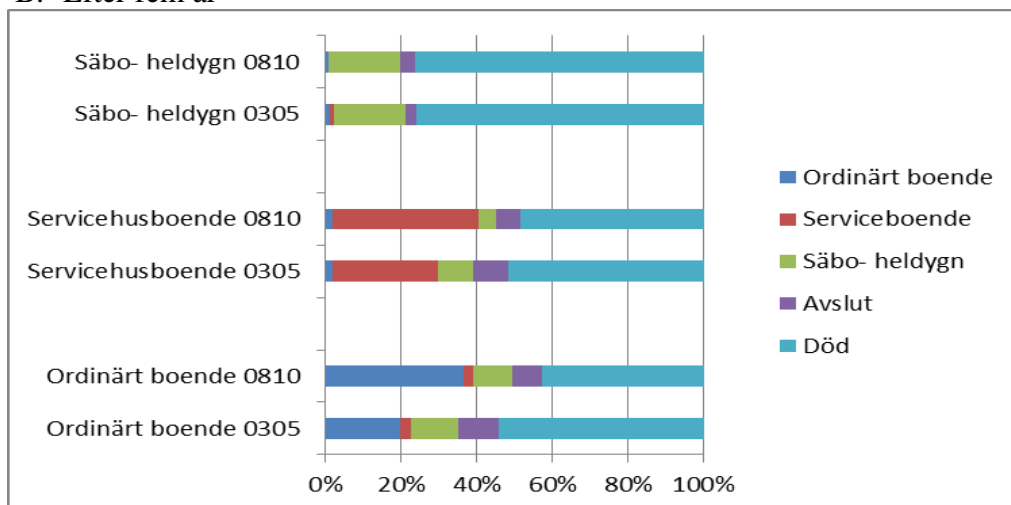
Sifferunderlaget för samtliga diagram finns i tabellbilagan.

**Diagram 1. Fördelning av debutanterna på boendeform resp. avslut och avliden per initial boendeform efter ett resp. fem år**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Dödligheten det första året var för 2003-05-kohorten 15 procent för ordinärt boende, 10 procent för servicehusboende och 27 procent för heldygnsomsorg. I 2008-10-kohorten var ettårsdödligheten lägre överlag – 9 procent i ordinärt boende och servicehusboende, 26 procent i heldygnsomsorg. Utvecklingen fortsatte i 2013-15-kohorten med 8 procent dödlighet i ordinärt boende och 25 procent i heldygnsomsorgen. I servicehusboendet var ettårsdödligheten lika med



noll, men det rörde sig där om mycket få personer, totalt 26 stycken, varför denna siffra självfallet är osäker.

Det bör påpekas att dödligheten avser andelen avlidna mellan 1 mars debutåret<sup>2</sup> och den 28/29 februari året därpå. Personer som debuterat och sedan avlider under debutåret finns inte med i registreringen. Majoriteten av debutanterna är efter ett år kvar i den boendeform de först beviljades - högst andel kvarboende gäller för servicehusboende. Här var i 2008-10-kohorten 86 procent kvar efter ett år, i 2013-15-kohorten 93 procent. Av dem i ordinärt boende var i 2008-10-kohorten 72 procent kvar och 2013-15-kohorten ännu fler, 80 procent. I heldygnsomsorgen var i både 2003-05- och 2008-10-kohorterna omkring 69 procent kvar, i 2013-15-kohorten hade detta ökat till 71 procent.

Andelen som efter ett år flyttat till heldygnsomsorg var genomgående mer än dubbelt så hög för dem i ordinärt boende (6-7 %) än för dem i servicehusboende (3 - 4 %). Dessa andelar minskade något över tiden, vilket förmodligen sammanhänger med ett minskat antal platser i heldygnsomsorg. Ganska många av debutanterna i ordinärt boende (9 %) hade efter ett år upphört med insatser. Detta gäller framförallt personer med små insatser och många av dessa kommer tillbaka efter några år. I särskilt boende var avslut av annan orsak än död ovanligt och när det noterats kan brister i registreringen spelat en roll.

Efter fem år har fyra av tio av hemtjänstmottagarna i ordinärt boende avlidit, cirka en tiondedel har flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg och några få procent till servicehus. Dödligheten efter fem år för dem i servicehusboende är något högre än för dem som initialt fick insatser i ordinärt boende. Av dem som initialt beviljades heldygnsomsorg hade tre fjärdedelar dött efter fem år. Efter tio år hade nio av tio avlidit. Motsvarande andel för dem som initialt fick insatser i ordinärt boende var åtta av tio.

Jämfört med 2003-05-kohorten var det betydligt fler av 2008-10-kohorterna, som efter fem år var kvar i ordinärt boende (36 % resp. 20 %). En något lägre andel i 2008-10-kohorten hade flyttat till säbo/heldygn (12 % resp. 10 %). Betydligt färre hade efter fem år flyttat från servicehusboende till heldygnsomsorg (9% respektive 5 %).

---

<sup>2</sup> Debutåret = det år som föregick den första registreringen av beviljad äldreomsorg den 1 mars.

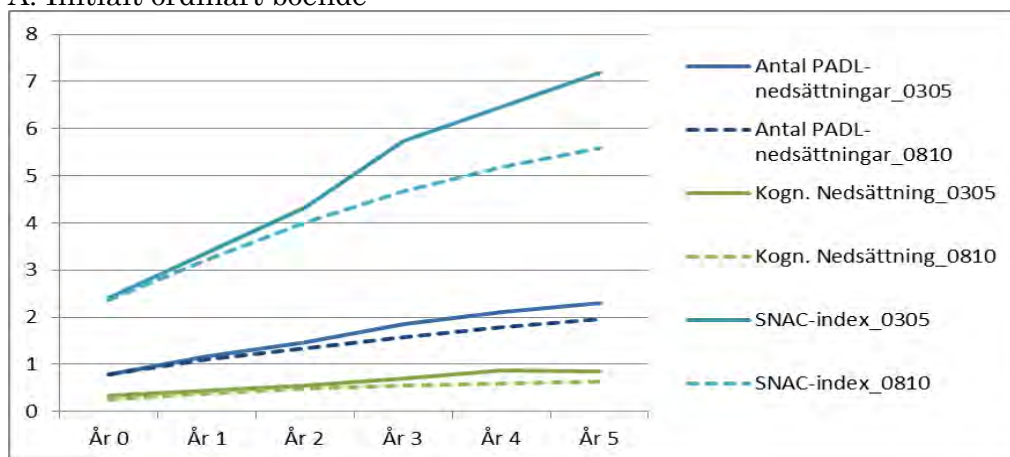
# Förändring i debutanternas status över tid

## Medelvärden för samtliga överlevande år för år

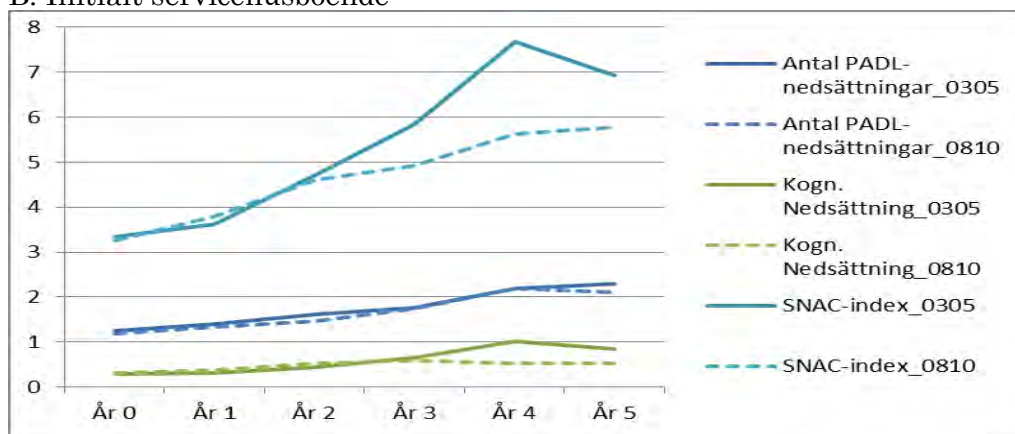
Eftersom äldreomsorgens debutanter befinner sig i livets slut kan det också förväntas att deras grad av funktionsnedsättning som genomsnitt ökar över tiden. Detta utesluter inte att det individuellt kan ske förbättringar från ett år till ett annat. Diagram 2 A - C visar den genomsnittliga utvecklingen över tiden för tre funktionsrelaterade variabler (antal PADL-nedsättningar, genomsnittlig kognitiv nedsättning (enligt skala 0-3) och genomsnittligt SNAC-index.) för 2003-05 respektive 2008-10-kohorterna.

**Diagram 2. Genomsnittlig utveckling av olika indikatorer på funktionsnedsättning över tiden för äldreomsorgens debutanter per boendeform - kohortjämförelse**

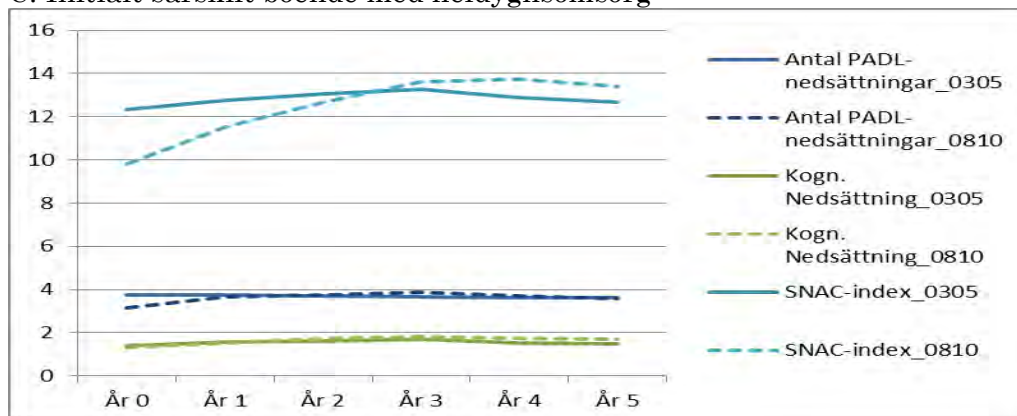
### A. Initialt ordinärt boende



### B. Initialt servicehusboende



### C. Initialt särskilt boende med heldygnsomsorg



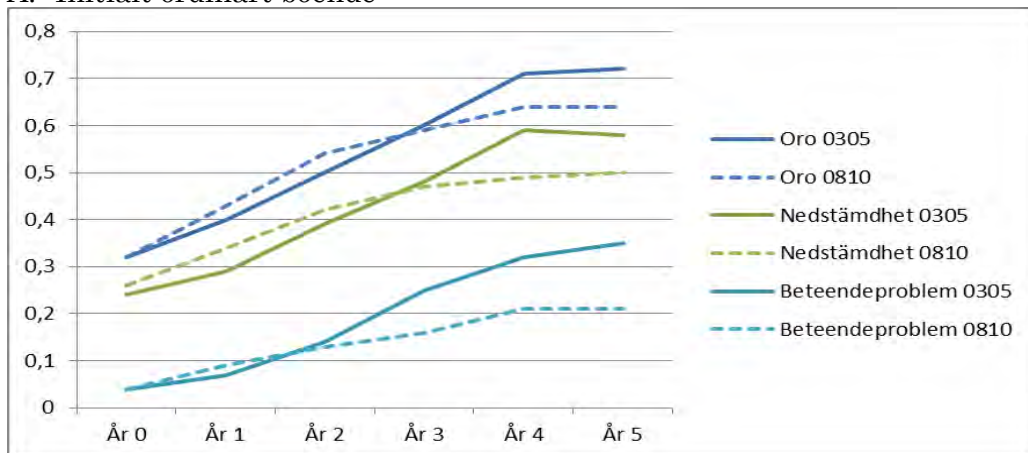
Som framgår av diagrammen 2 A - C, har det skett en markant ökning över tiden i graden av funktionsnedsättning för dem som initialt fanns i ordinärt boende eller servicehusboende. SNAC-index, som sammanfattar graden av funktionsnedsättning, ökade bland de överlevande med i genomsnitt 0,9 enheter per år i 2003-05-kohorten och betydligt mindre, som genomsnitt 0,6 enheter, i 2008-10-kohorten.

Utvecklingen för dem som initialt fick plats i heldygnsomsorg ser helt annorlunda ut. Här skedde ingen ökning av den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning över tiden. Förklaringen till detta fenomen är att gruppen gradvis sällas ut på så sätt att endast personer med lägre grad av funktionsnedsättning överlever. Dessa personer försämras givetvis över tiden men detta motverkas av att mer funktionsnedsatta personer avlider.

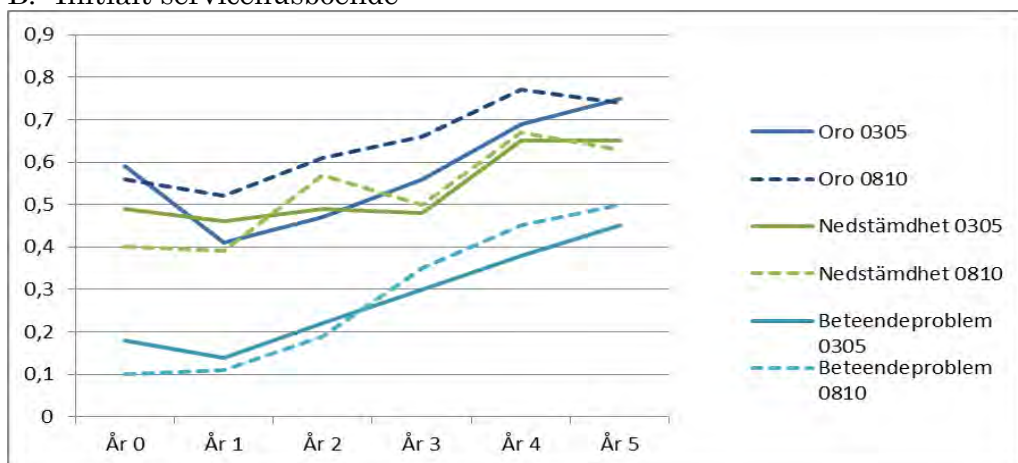
Motsvarande resultat för variablerna "oro/otrygghet", "nedstämdhet" och "beteendeproblem" visas i diagrammen 3 A - C.

**Diagram 3. Genomsnittlig utveckling av psykisk status över tiden för debutanterna per initial boendeform - kohortjämförelse 0305 och 0810**

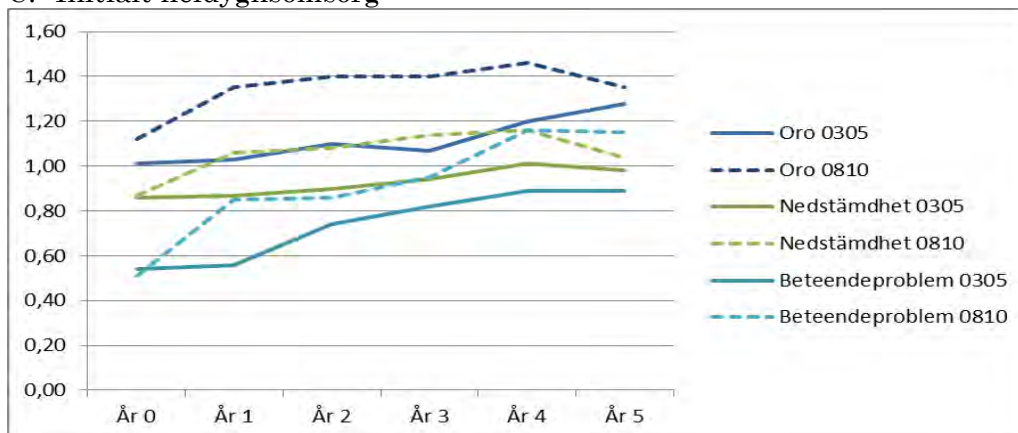
**A. Initialt ordinärt boende**



**B. Initialt servicehusboende**



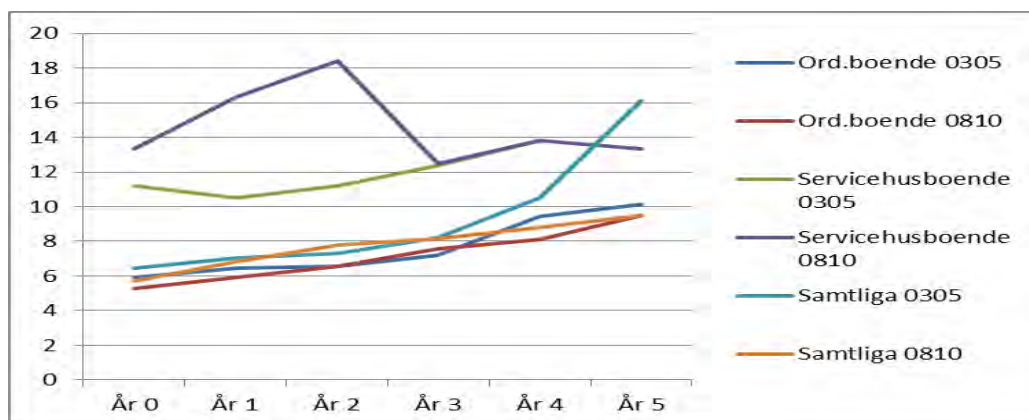
**C. Initialt heldygnsomsorg**



Även i detta fall ser man i allmänhet en klar ökning över tiden, denna gång i samtliga initiala boendeformer, men svagare för de som initialt beviljades heldygnsomsorg. För dem som initialt kom till servicehusboende varierar andelarna något, vilket främst beror på ett lägre antal observationer. Bland dem som initialt var i ordinärt boende och servicehusboende var andelarna med dessa psykiska problem initialt ganska lika i de båda kohorterna, men ökade något mindre över tiden i 2008-10-kohorten. Även för dem initialt i heldygnsomsorg var kohorterna initialt lika, men där var ökningen i stället något snabbare i 2008-10-kohorten än i 2003-05-kohorten.

Diagram 4 visar den genomsnittliga insatsen veckotimmar hemtjänst år för år för de debuterande personer, som initialt fick insatser i ordinärt boende eller servicehusboende och som respektive år bodde kvar i någon av dessa boendeformer.

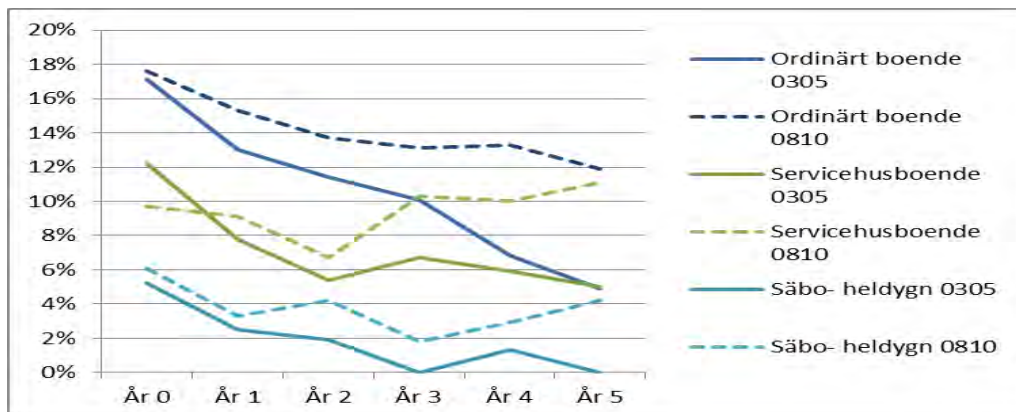
**Diagram 4. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar, hemtjänst, samtliga överlevande som resp. år var kvar i ordinärt boende eller servicehusboende**



Insatserna i hemtjänsten ökade markant över tiden i takt med att behoven av hjälp ökade när personerna successivt blev mer funktionsnedsatta. De som initialt kom till servicehusboende fick mer omfattande insatser, vilket till en del, men inte helt och hållet, förklaras av att de initialt var mer nedsatta (jfr diagram 2). Det var ingen större skillnad mellan kohorterna. Ökningen av insatserna de sista åren var dock högre i 2003-05-kohorten än i 2008-10-kohorten. År 5 för servicehusboendet i 2003-05-kohorten har utelämnats p.g.a. för få observationer.

Diagram 5 visar utvecklingen av andelen samboende per boendeform 2003-05 och 2008-10.

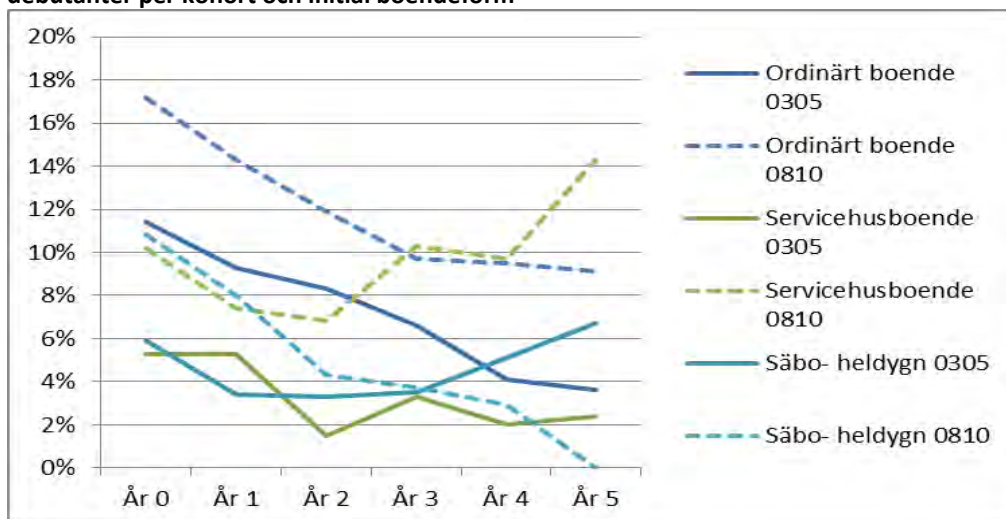
**Diagram 5. Utveckling av andelen samboende för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform**



Man ser här genomgående en minskning över tiden av andelen samboende. Minskningen beror till en del på make/makas dödsfall, men också i fallen ordinärt och servicehusboende på flyttning till boende med heldygnsoomsorg, där andelen samboende är mycket lägre.

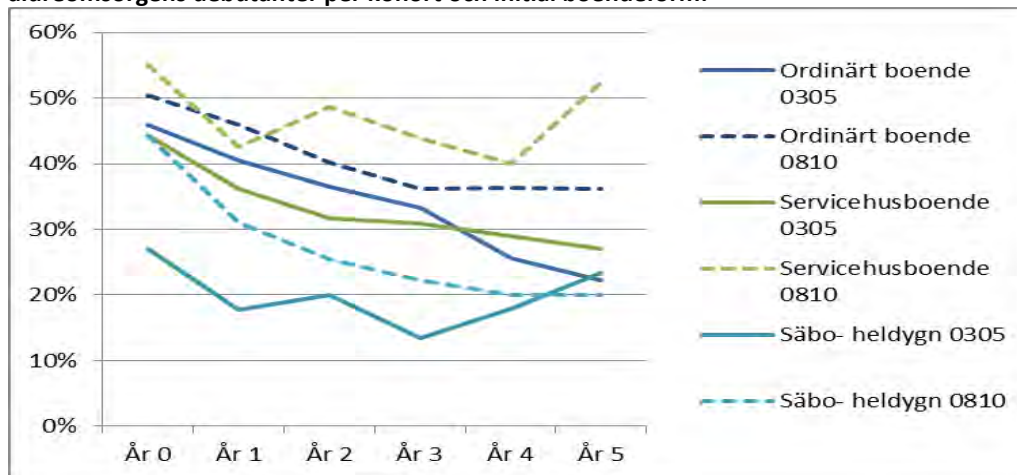
I diagrammen 6 och 7 visas utvecklingen över fem år av andelen i respektive kohort som erhöll serviceinsatser av make/maka respektive av någon. Som insats räknas här hjälp dagligen eller minst en gång i veckan.

**Diagram 6. Utveckling av andelen med serviceinsatser från make/maka för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform**





**Diagram 7. Utveckling av andelen med informella serviceinsatser från någon för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform.**



Såväl insatser från make/maka som från någon tenderade i de flesta fall att minska över tiden. När det gäller maka/maka är detta en naturlig följd av att allt fler av debutanterna med tiden blir ensamboende p.g.a. partners bortgång. Värt att notera är att andelarna som får sådan hjälp i de flesta fall var betydligt högre 2008-10 än 2003-05. Detta sammanhänger med en minskad andel ensamboende (se tabell 3). Även insatserna från anhöriga var genomgående större för 2008-10-kohorten än för 2003-05-kohorten. I båda fallen var insatserna initialt ganska stora, men verkar ha ebbat ut efter hand. Detta kan dock vara en effekt av "mortality selection". Om de som avlider har en större andel med insatser än genomsnittligt minskar andelen med hjälp utan att det skett någon förändring på individnivå. Detta kan studeras genom att man i stället för samtliga överlevare i stället studerar dem som överlevt fem år. Resultatet visas i följande avsnitt (se diagram 13).

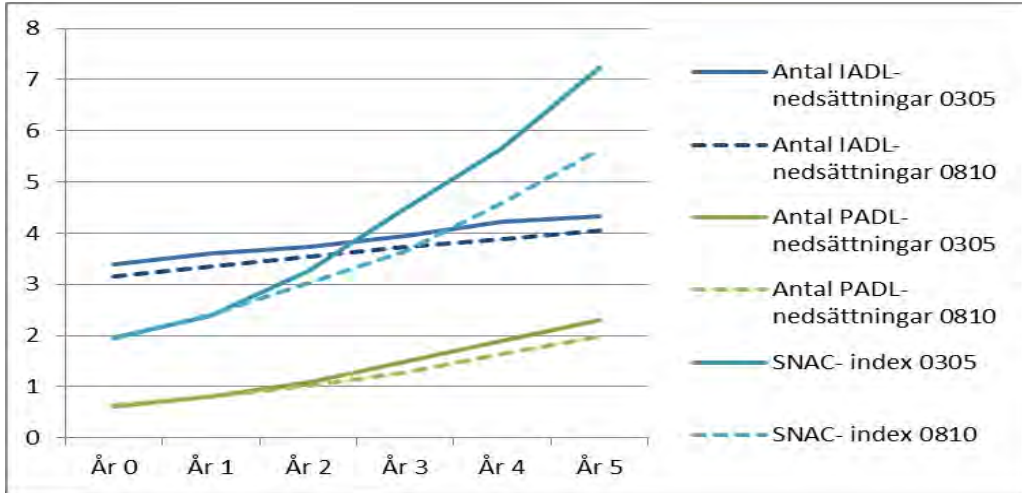
### Medelvärden år för år för dem som överlevt i fem år

Som påpekats ovan förändras sammansättningen av de ursprungliga debutanterna i äldreomsorgen över tiden genom dödsfall och avslutande av insatserna av annan orsak. För att se hur graden av funktionsnedsättning förändras på individnivå kan man i stället analysera utvecklingen över tiden hos de individer som ännu finns kvar efter ett antal år.

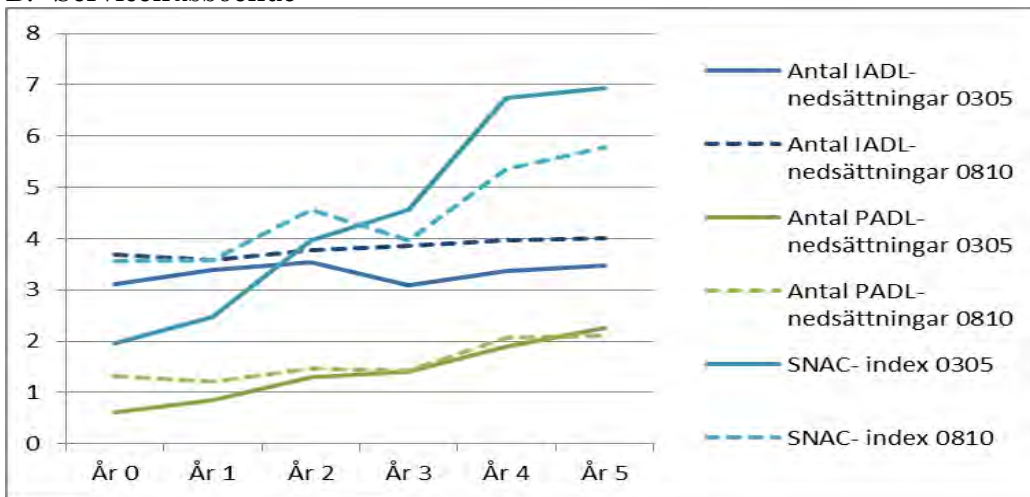
Diagrammen 8 A - C visar utvecklingen över tiden av det genomsnittliga antalet IADL- resp. PADL-beroenden samt SNAC-index för dem som överlevt i fem år per initialt beviljad boendeform för respektive kohort 2003-05 och 2008-10. I de följande diagrammen 9 A - C visas motsvarande uppgifter avseende genomsnittligt rörelsehinder, kognitiv nedsättning samt urin- respektive avföringsinkontinens. Dessa variabler mäts i en skala från 0 till 3. De psykiska variabelerna oro, nedstämdhet och beteendeproblem visas på motsvarande sätt i diagrammen 10 A - C.

**Diagram 8 A - C. Genomsnittlig utveckling av genomsnittligt antal IADL- och PADL-beroenden samt SNAC-index över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

**A. Initialt ordinärt boende**

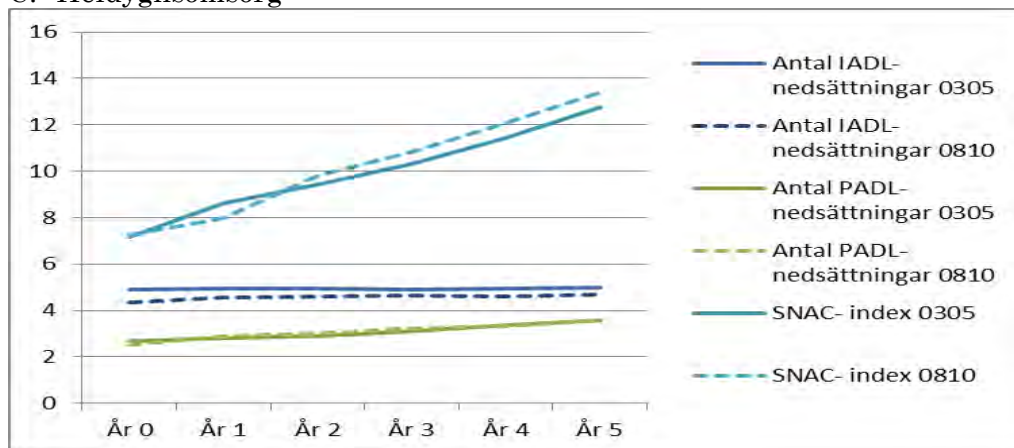


**B. Servicehusboende**





### C. Helydignsomsorg



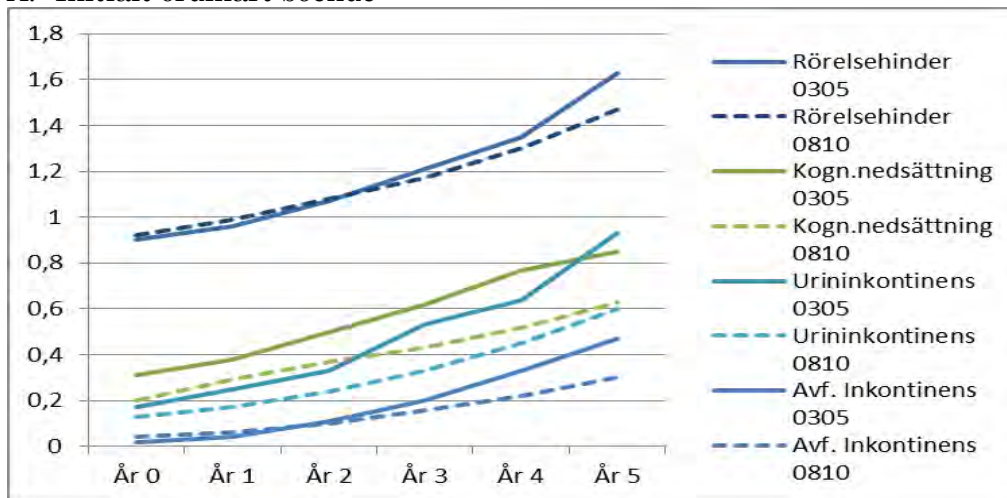
Som framgår av diagrammen 8 A-C ökade genomsnittligt SNACindex och antalet ADL-beroenden starkt med tiden oavsett initial boendeform. Antalet IADL-beroenden låg för överlevande debutanter, som initialt beviljats helydignsomsorg, redan så högt att någon ökning inte var möjlig. Slutläget år 5 för dessa "överlevare" är förstås detsamma som i de föregående diagrammen, men utgångsläget är bättre, eftersom dödligheten har ett samband med funktionsnedsättningen och de överlevande alltså är selekterade (se diagram 24 - 34). Kurvorna tenderar därför här bli brantare och ökningen gäller i detta fall även helydignsomsorgen (jfr kommentar ovan).

Skillnaderna mellan kohorterna är ganska små. Man kan se en tendens i ordinärt boende och servicehusboende att ökningen i funktionsnedsättning gick lite långsammare i 2008-10-kohorten än i 2003-05-kohorten, men detta gäller inte omsorgstagare i helydignsomsorg.

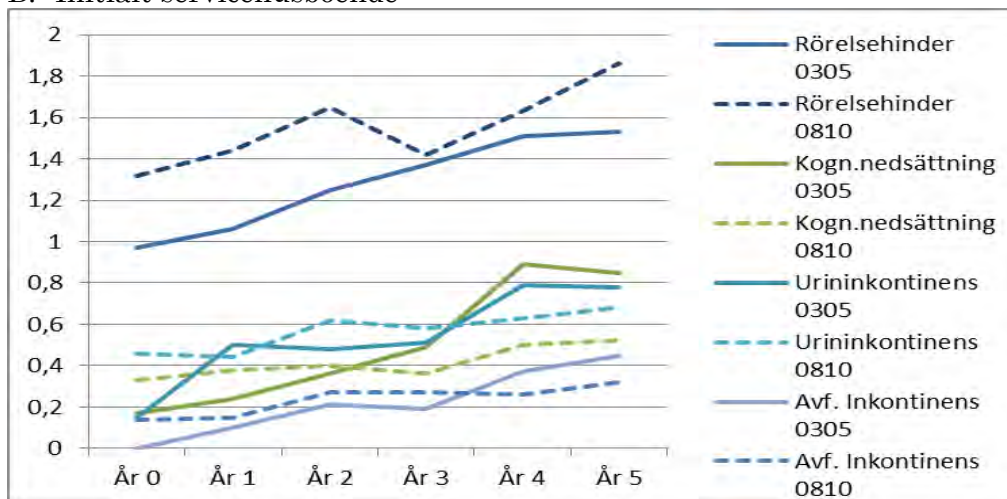
Den genomsnittliga årliga ökningen av SNAC-index uppgick för 2003-05-kohorten till 1,06 för initialt ordinärt boende, 0,99 för servicehusboende och 1,11 för boende med helydignsomsorg. Den initiala boendeformen påverkar alltså knappast den genomsnittliga förändringstakten. För 2008-10-kohorten var ökningstakten något mindre i ordinärt boende och serviceboende men något högre i helydignsomsorgen.

**Diagram 9. Genomsnittlig utveckling av olika former av funktionsnedsättning över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

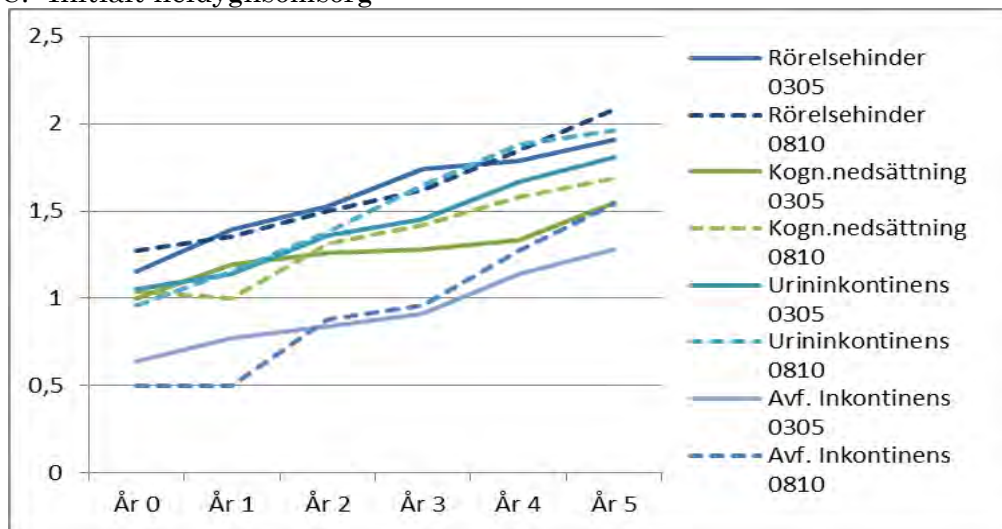
**A. Initialt ordinärt boende**



**B. Initialt servicehusboende**



### C. Initialt heldygnsomsorg

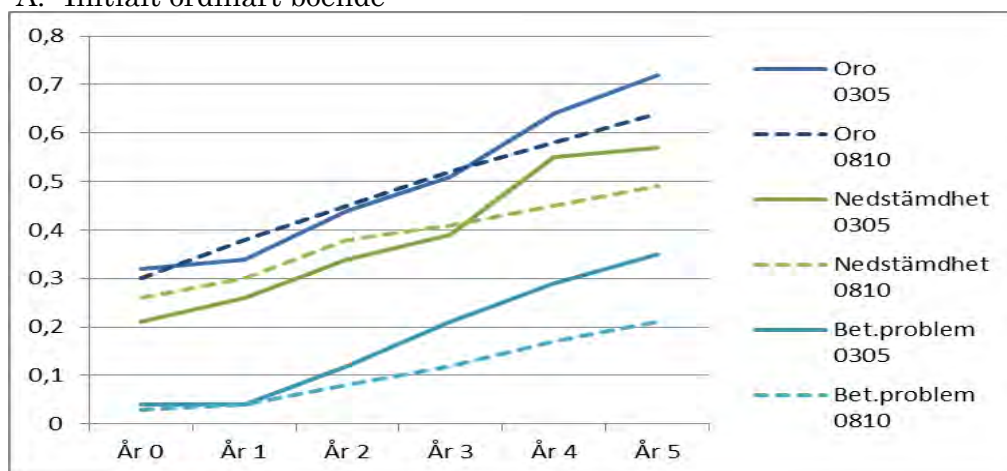


Mönstret för övriga typer av funktionsnedsättning är likartat med kraftig ökning över tiden för de överlevande. Liksom för ADL-beroendet var ökningen i ordinärt boende lite lägre i 2008-10-kohorten än i 2003-05-kohorten. För övriga boendeformer går det inte att se denna tendens. Där varierade det från fall till fall.

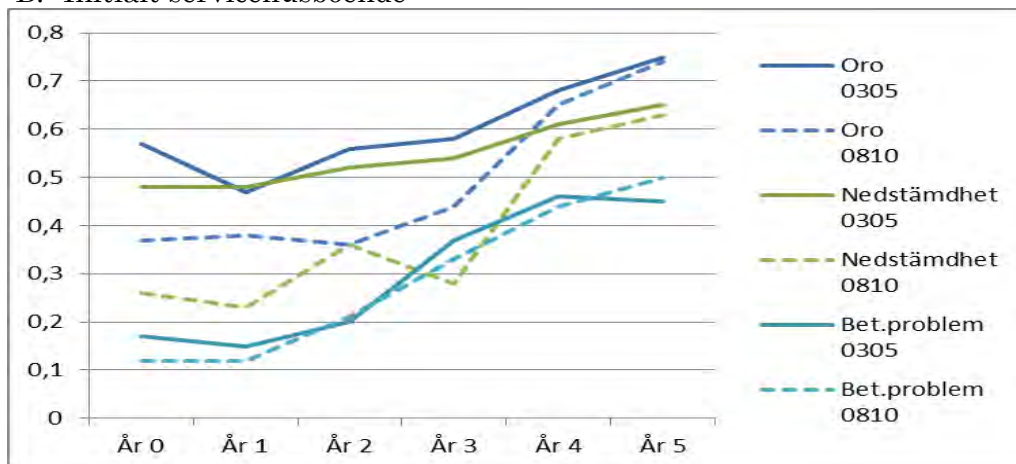
Motsvarande resultat för de "psykiska" variablerna oro, nedstämdhet och beteendeproblem visas i diagrammen 10 A - C.

**Diagram 10. Genomsnittlig utveckling av oro, nedstämdhet och beteendeproblem över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

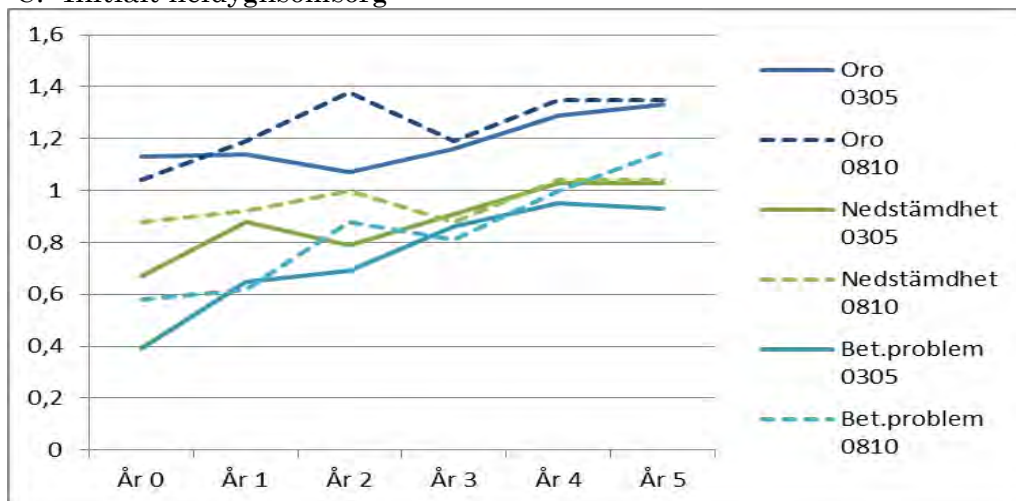
#### A. Initialt ordinärt boende



## B. Initialt servicehusboende



## C. Initialt heldygnsomsorg

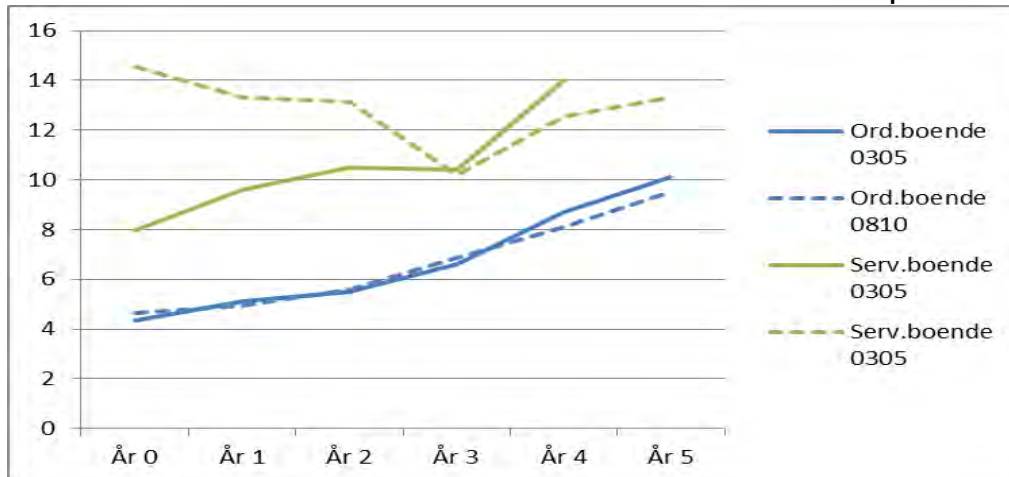


Bilden är här ungefär densamma som i de motsvarande diagrammen 3 A - C avseende samtliga överlevande år för år. En skillnad är att kurvorna denna gång inte blivit brantare, eftersom det inte fanns någon påtaglig överdödighet bland personer med svår oro, nedstämdhet eller svåra beteendeproblem (jfr diagrammen 29-31).

I ordinärt boende förefaller ökningen av de psykiska problemen ha gått långsammare i 2008-10-kohorten än i 2003-05-kohorten, för övriga boendeformer är det svårt att se någon liknande tendens.

I diagram 11 visas utvecklingen av det genomsnittliga antalet veckotimmar hemtjänst per kohort för de personer, som initialt fick insatser i ordinärt eller servicehusboende och som efter fem år fortfarande fick sådana insatser.

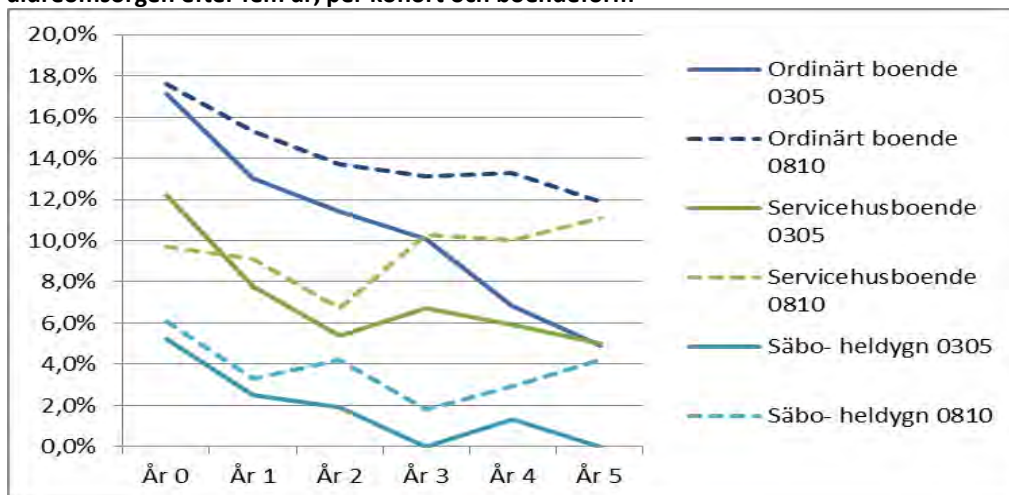
**Diagram 11. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per år för de personer som efter fem år fortfarande var kvar i ordinärt boende eller servicehusboende per kohort**



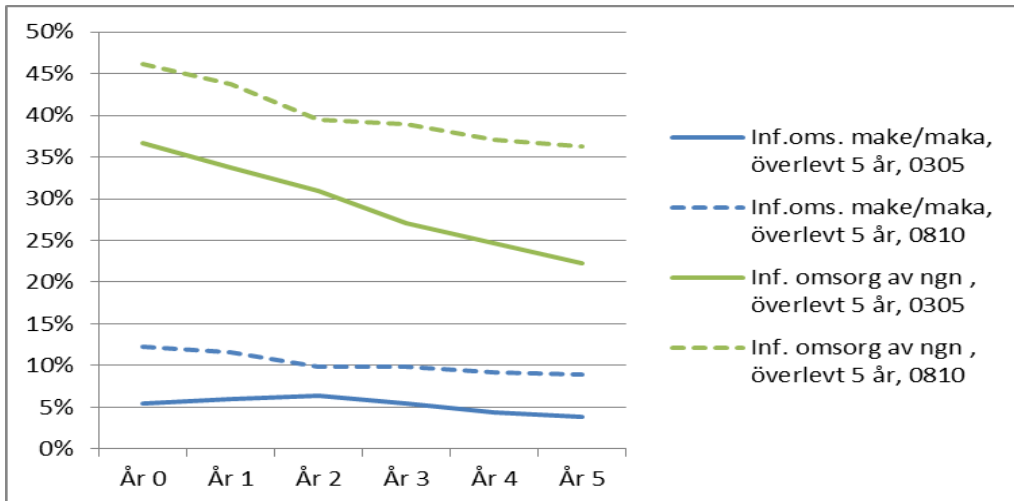
Dessa överlevande personer startade från en lägre nivå än samtliga initialt i respektive boendeform (jfr diagram 4) men insatserna ökade sedan successivt i takt med funktionsförsämringen. Per år uppgick ökningen av de beviljade insatserna i 2003-05-kohorten till 1,2 veckotimmar i det ordinära boendet och 1,5 veckotimmar i servicehusboendet. I 2008-10-kohorten var ökningen i det ordinära boendet 1,0 veckotimmar per år. I servicehusboendet var det 2008-10 ingen ökning.

I diagrammen 12 - 13, A - C visas på samma sätt utvecklingen av andelen samboende och tillgången till informella serviceinsatser för de femårsöverlevande i respektive kohort.

**Diagram 12. Utveckling av andelen samboende för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år, per kohort och boendeform**



**Diagram 13. Utveckling av andelen med serviceinsatser av make/maka respektive av någon för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år, per kohort, samtliga boendeformer**



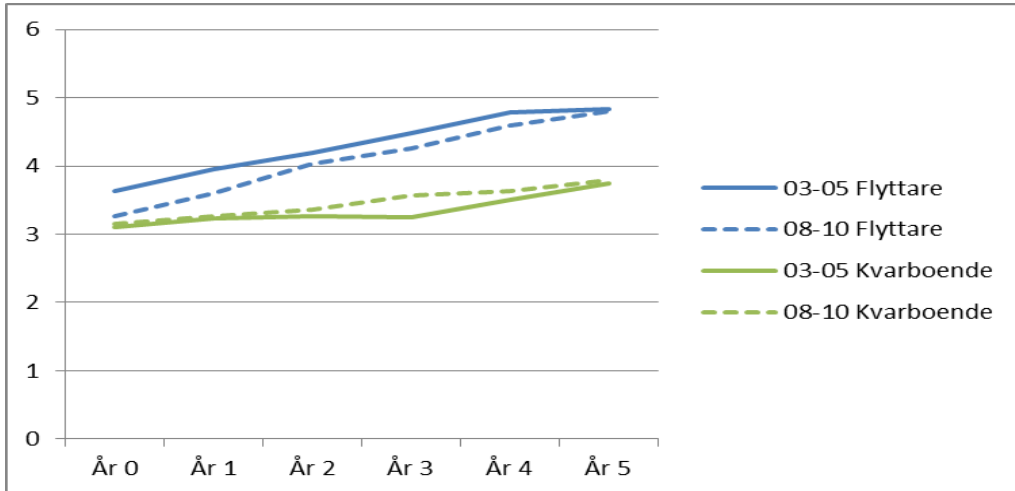
Liksom i föregående fall är utvecklingskurvorna ganska lika dem som avser samtliga överlevande år för år. Det är påfallande hur andelen med informella insatser från någon har sjunkit över tiden. För insatserna från make/maka ser man inte samma utveckling.

## Förändring i de överlevande debutanternas status över tiden uppdelat på kvarboende och flyttare

Uppföljningen av omsorgstagarna på Kungsholmen har tidigare visat att flyttning till särskilt boende med heldygnsomsorg är förenad med en kraftig försämring av funktionsförmågan i olika avseenden. Det är svårt att med här tillgängliga data avgöra vad som är orsak eller verkan. Försämras man på grund av flyttningen eller är det försämringen som utlöst flyttning? Inte desto mindre kan det vara intressant att följa utvecklingen hos de "överlevare" som flyttat och jämföra den med dem som bott kvar. I diagrammen 14 - 22 visas utvecklingen av de olika funktionsvariablerna över tiden bland de femårsöverlevande debutanter som initialt fick insatser i ordinärt boende eller servicehusboende och som under de fem åren antingen bott kvar i någon av dessa boendeformer (kvarboende) eller flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg (flyttare). Ingen uppdelning har här gjorts på initial boendeform.

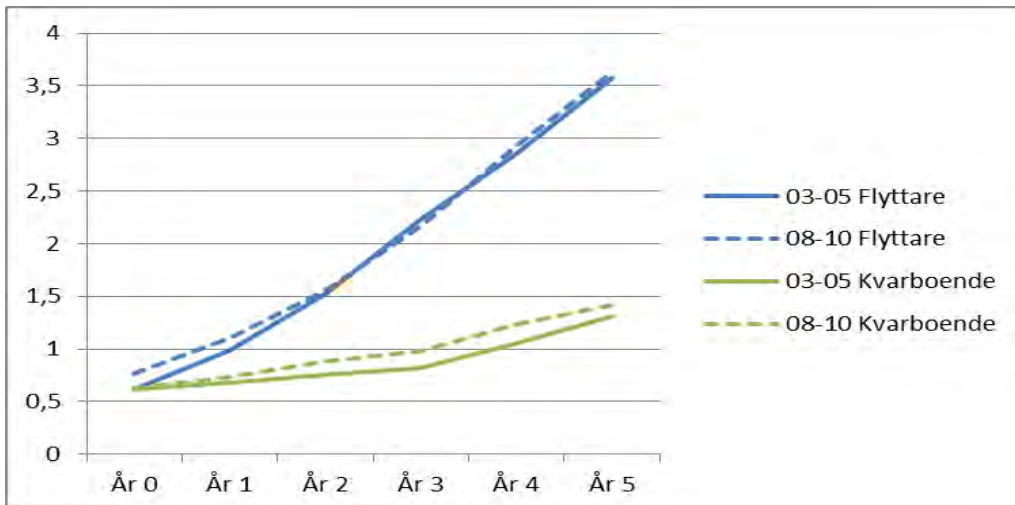


**Diagram 14. Genomsnittlig utveckling av antalet IADL-beroenden över tiden för "överlevare" som bött kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**



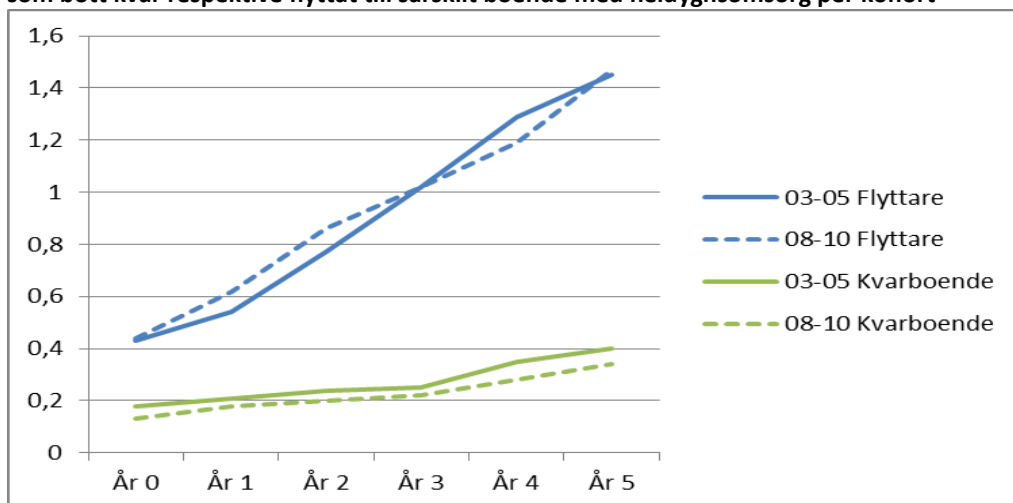
Man kan här notera en skillnad mellan flyttare och kvarboende men den är inte så stor eftersom antalet IADL-beroenden i denna mätning inte kan överstiga fem. 2008-10-kohorten visar för både flyttare och kvarboende en något långsammare ökning.

**Diagram 15. Genomsnittlig utveckling av antalet PADL-beroenden över tiden för "överlevare" som bött kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

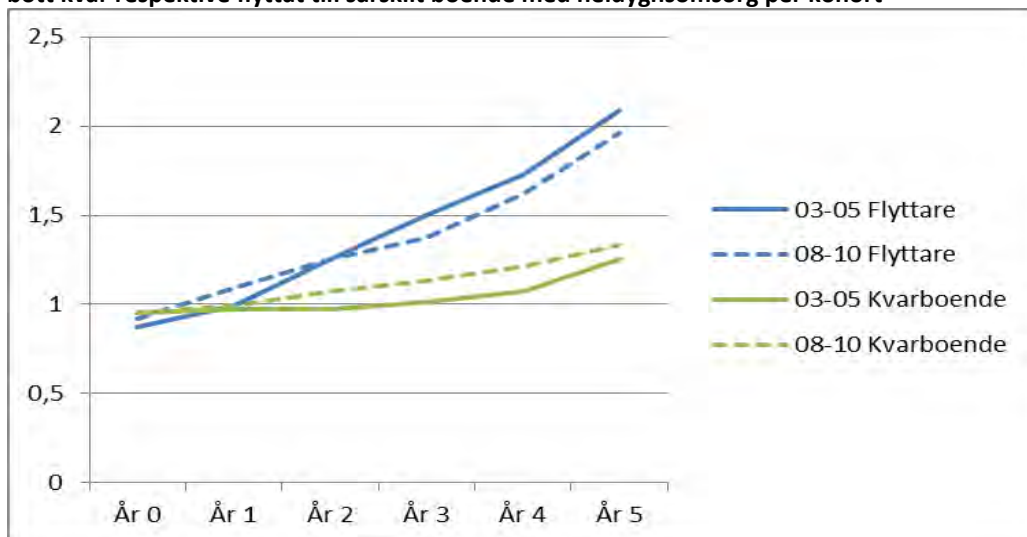


Skillnaden mellan flyttare och kvarboende i antalet PADL-beroenden var som framgår av diagram 15 dramatisk. Kohortskillnaden är i jämförelse obetydlig. Detta mönster går igen i de följande diagrammen som visar kognitiv nedsättning, rörelsehinder och inkontinens (mätt i skalan 0 - 3) samt SNAC-index (0 - 23).

**Diagram 16. Genomsnittlig utveckling av kognitiv nedsättning över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

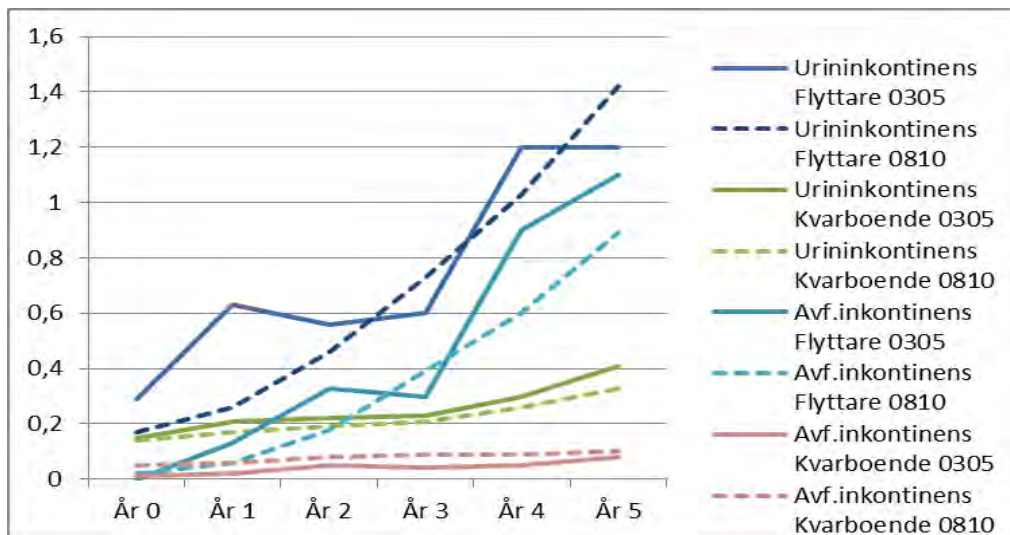


**Diagram 17. Genomsnittlig utveckling av rörelsehinder över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

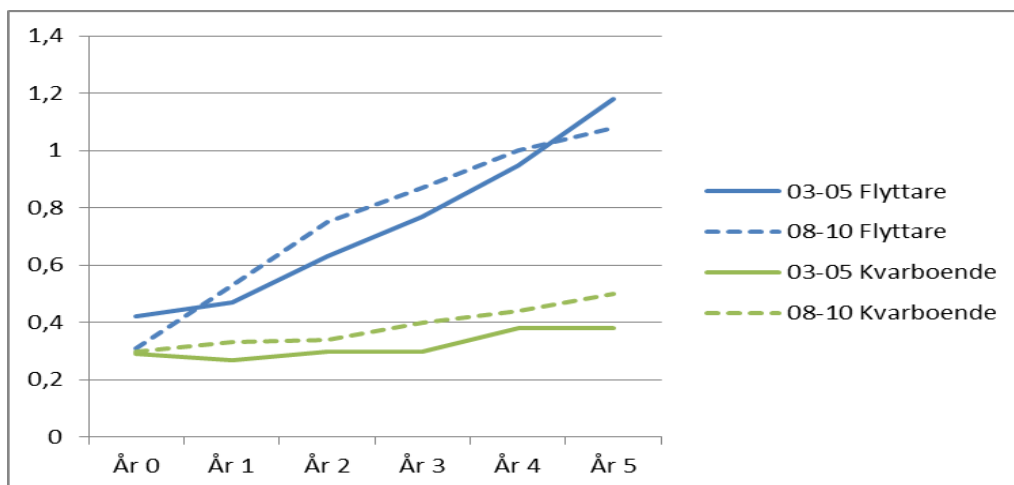




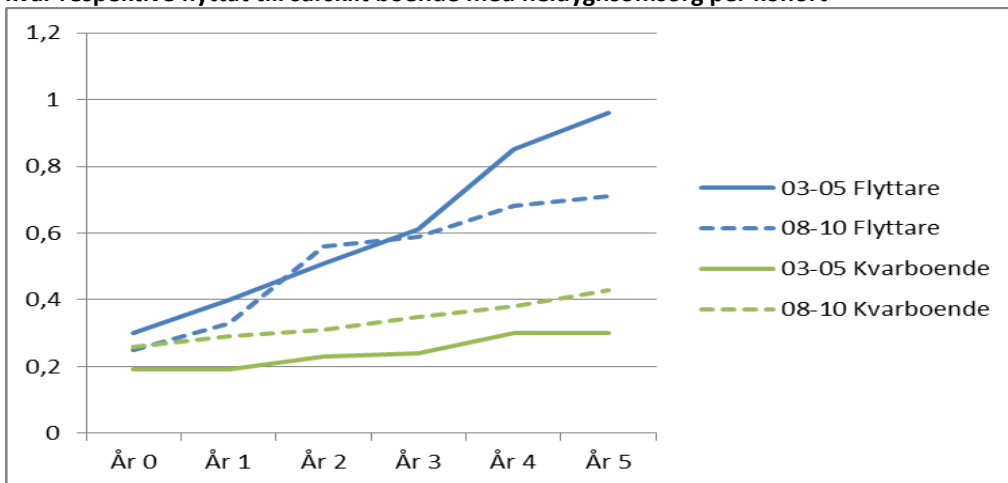
**Diagram 18. Genomsnittlig utveckling av inkontinens över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**



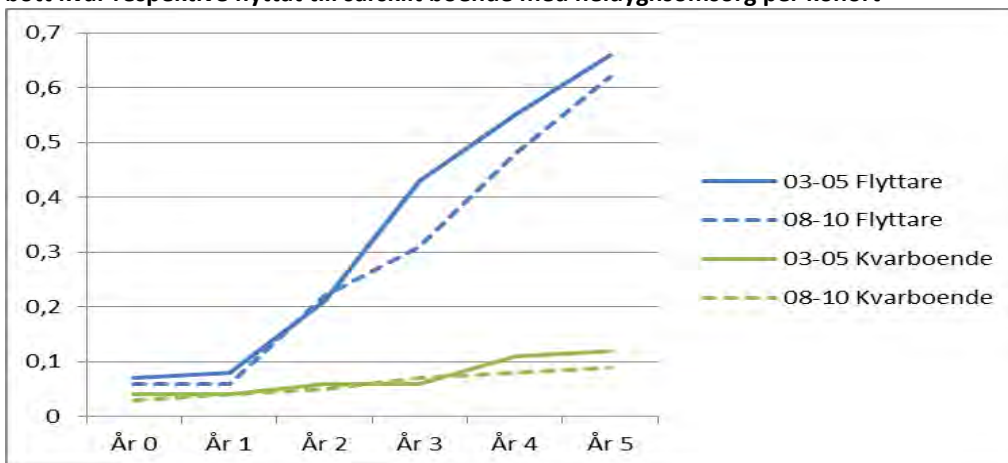
**Diagram 19. Genomsnittlig utveckling av oro/otrygghet över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**



**Diagram 20. Genomsnittlig utveckling av nedstämdhet över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**



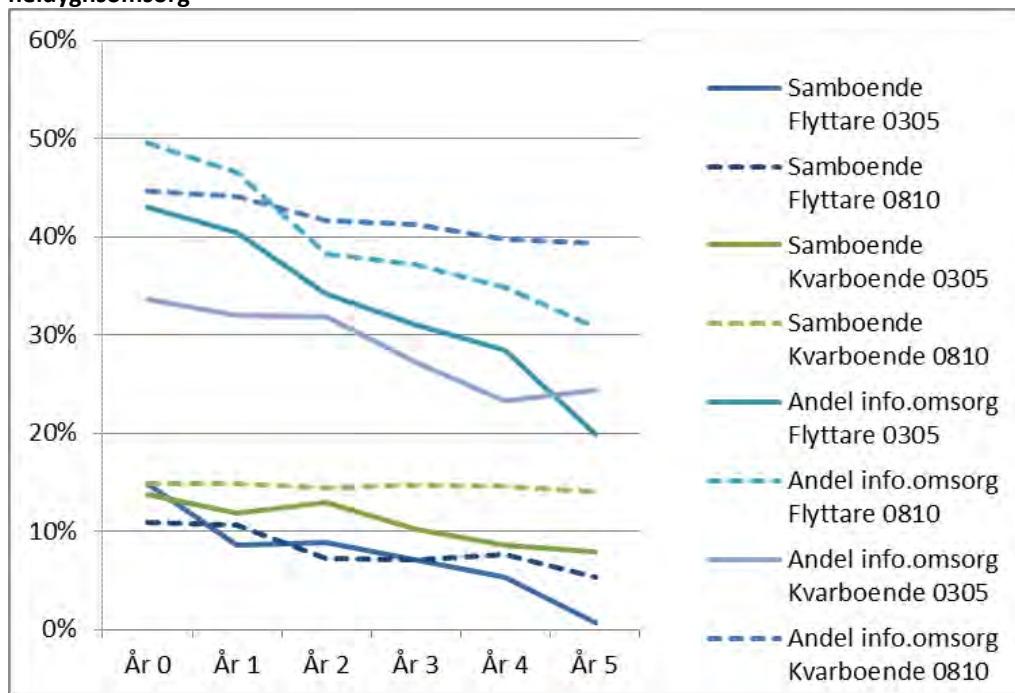
**Diagram 21. Genomsnittlig utveckling av beteendeproblem över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**



Även här ser man en mycket negativ utveckling över tiden för "flyttarna". När det gäller funktionsnedsättning kan vara det vara fråga om något trauma, t.ex. stroke eller höftfraktur. I fallet med de "psykiska" variablerna är det svårare att koppla till något sådant. Närmare till hands verkar ligga att hänföra förändringen till negativa konsekvenser av flyttningen.

Diagram 22 visar hur andelen andelen samboende och tillgången till informella omsorgsinsatser utvecklats för dem som flyttat.

**Diagram 22. Utveckling av andelen samboende samt andelen med informella serviceinsatser för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg**



Följderna av flyttningen är här tydliga. I 2003-05-kohorten sjönk andelen samboende från 15 procent till 1 procent för 2003-05-kohorten. Även för de kvarboende minskade andelen samboende men inte alls lika mycket - för 2003-05-kohorten från 14 procent till 8 procent och för 2008-10-kohorten knappast alls, från 15 procent till 14 procent. Andelen med serviceinsatser från någon person mer än halverades för flyttarna, för de kvarboende var minskningen betydligt mindre.

En del av förändringen kan relateras till andra omständigheter, såsom att maka/make har avlidit. Detta utlöser inte sällan en flyttning till säbo-heldyggn och nedgången av andelen samboende blir då snarare en orsak till flyttningen än en följd. Nedgången i informella insatser är helt klart både och. För personer i särskilt boende med heldygnsomsorg upplevs nog inte behovet av informella insatser lika stort, men bortfallet av stöd från make/maka kan vara utlösande på flyttning. Det kvarstår att flyttningen är kopplad till en avsevärd förändring av de informella insatserna. Detta kan förstås bedömas positivt. Genom flyttningen avlastas anhöriga insatser, som i många fall kan vara mycket betungande.

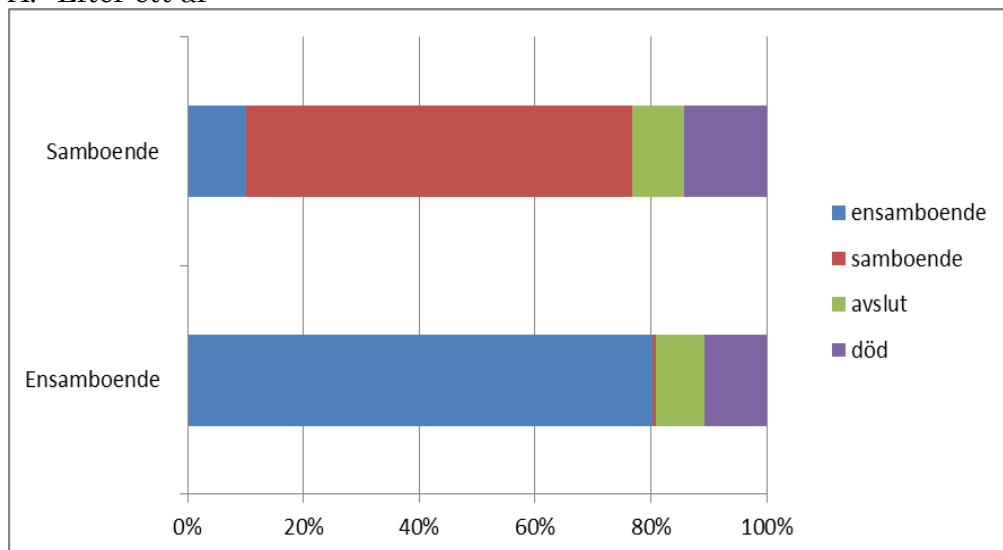
# RESULTAT - ÖVERGÅNGSBERÄKNINGAR

Det som hittills har redovisats är utvecklingen av genomsnittsvärden för ”överlevare”. Det kan också ha intresse att se på övergångar från ett tillstånd till ett annat. I fortsättningen presenteras först ett diagram som visar övergången mellan sam- och ensamboende. Därefter kommer ett antal diagram, som på samma sätt visar övergångar i grad av funktionsnedsättning för de olika variabler som presenterats ovan. Till sist presenteras diagram avseende övergång från en nivå av informell omsorg till en annan.

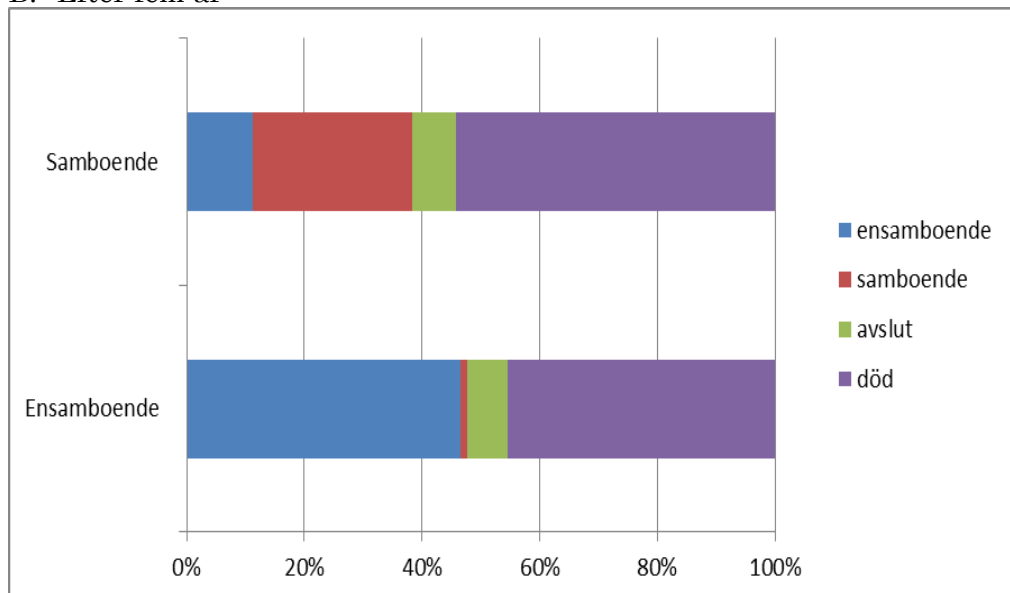
I samtliga diagram redovisas också andelen avlidna och avslutade av annan orsak än avliden. Det är därigenom möjligt att se i vilken mån en viss variabel påverkar dödligheten. Diagrammen avser genomgående läget efter ett respektive fem år från utgångsläget. Ingen uppdelning är gjord på initial boendeform. Av utrymmesskäl visas endast resultatet för 2008-10-kohorten. I anslutning till varje diagram kommenteras skillnader i förhållande till 2003-05-kohorten.

**Diagram 23. Övergång mellan ensam/samboende samt avliden och avslut av annan orsak**

A. Efter ett år



## B. Efter fem år



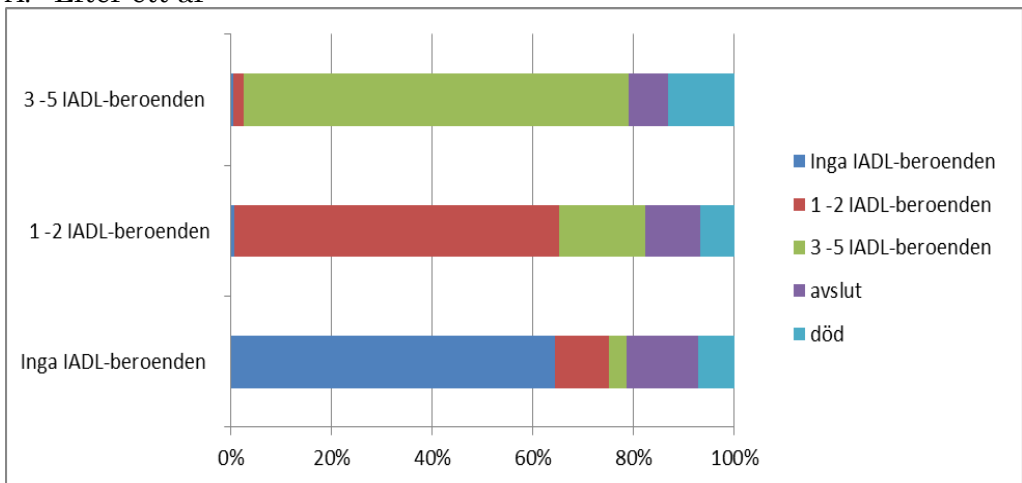
Ganska många av de samboende debutanterna i äldreomsorgen blev efter några år ensamboende. Efter fem år gällde detta omkring tre av tio. Andelen var högre i 2003-05-kohorten vilket sammanhänger med den minskade dödligheten, men också med minskad flyttning till säbo/heldygn. I 2003-05-kohorten hade efter fem år 35 procent av de överlevande flyttat från ordinärt boende till säbo/heldygn, i 2008-10-kohorten endast 21 procent. Det förekom att ensamboende blev samboende, men som man ser i diagram 23 var det mycket ovanligt.

Dödligheten för samboende ser här ut att vara densamma som för ensamboende, men det måste beaktas dels att det inte är fråga om alla personer utan om omsorgstagarna och dels att de samboende omsorgstagarna i större utsträckning är män. I hela befolkningen och räknat per ålder och kön är dödligheten lägre för samboende personer än för ensamboende. Avslut av annan orsak än avliden var vanligare bland ensamboende än samboende.

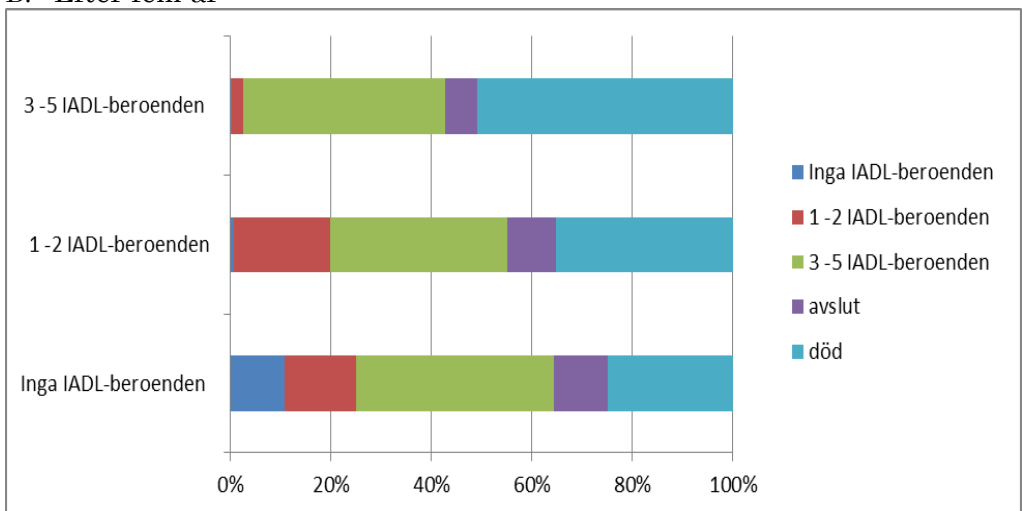
I diagrammen 24 A -B visas på samma sätt övergången mellan antalet IADL-beroenden uppdelat på tre grupper: inga IADL-beroenden, 1 - 2 IADL-beroenden och 3 - 5 IADL-beroenden. IADL-beroende avser som tidigare beroende av hjälp för matinköp, matlagning, tvätt, städning samt transport med allmänna kommunikationer.

**Diagram 24. Övergång mellan antal IADL-beroenden samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Många av de överlevande personerna ökade sitt antal IADL-beroenden med tiden. Efter fem år var 61 procent av dem som initialt inte hade några beroenden och som var kvar i äldreomsorgen beroende av hjälp i tre till fem IADL-aktiviteter. Få personer minskade sitt IADL-beroende men det förekom.

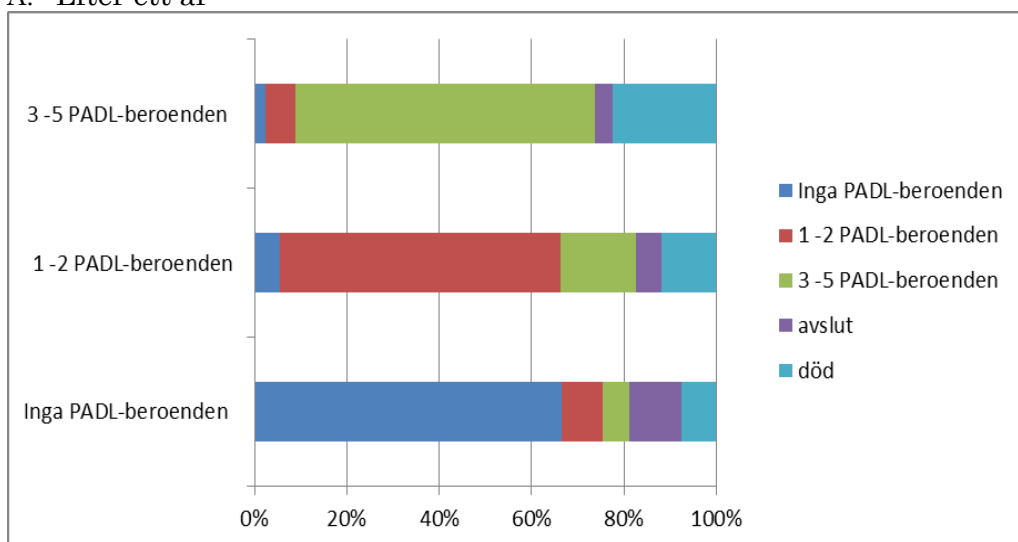
Dödligheten ökade med det initiala antalet IADL-beroenden. Av dem med 1 - 2 IADL-beroenden var endast 7 procent döda efter ett år, bland dem med 3 -5 IADL-beroenden var ettårsdödligheten nästan dubblat så hög (13%). Efter fem år var en fjärdedel (25%) av dem, som initialt inte hade några IADL-beroenden, avlidna mot över hälften (51%) av dem med tre eller fler IADL-beroenden.

I 2003-05-kohorten var dödligheten betydligt högre än i 2008-10-kohorten. Där var ettårsdödligheten för dem med 3 -5 IADL-beroenden 20%. Avslut var vanligare bland dem med få IADL-beroenden, vilket torde bero på att hemtjänsten för dessa personer, nästan alltid i ordinärt boende, inte på samma sätt är en avgörande faktor för att klara det dagliga livet.

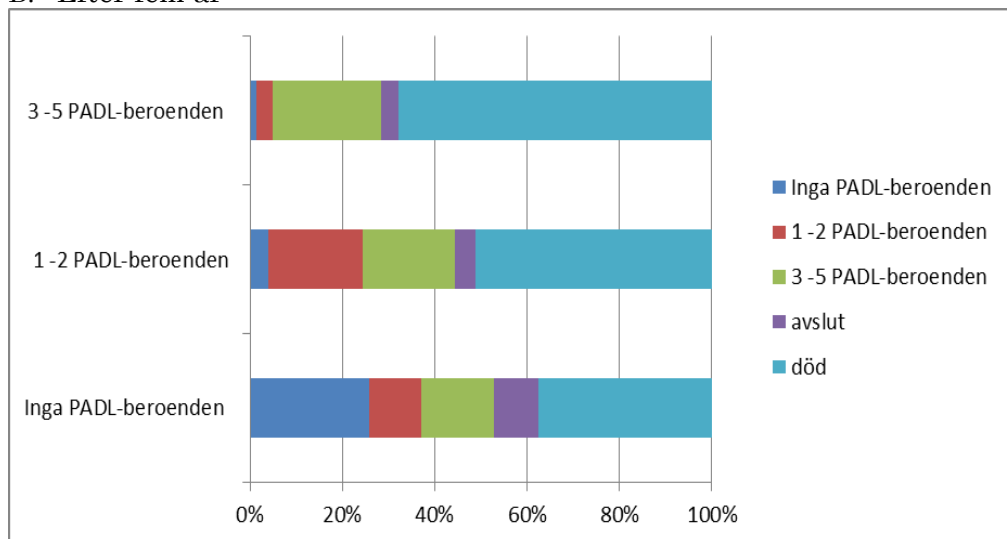
I diagrammen 25 A-B visas motsvarande resultat för antalet PADL-beroenden. Dessa PADL-beroenden avser som tidigare beroende av hjälp för bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning i och ur säng från och till stol samt födointag.

**Diagram 25. Övergång mellan antal PADL-beroenden samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

A. Efter ett år



## B. Efter fem år



Liksom för IADL-beroendet ökade många sitt PADL-beroende med tiden. Av de överlevande, som initialt inte hade något PADL-beroende, låg efter fem år bara drygt hälften kvar i denna grupp, omkring en tredjedel hade blivit beroende i tre - fem PADL-aktiviteter. Få personer reducerade sitt PADL-beroende, men det förekom, liksom för IADL-beroendet. För något fler i 2008-10-kohorten minskade antalet ADL-beroenden på ett år.

Dödligheten påverkades starkt också av antalet PADL-beroenden. Av debutanterna i 2008-10-kohorten utan PADL-beroende var 8 procent avlidna efter ett år. För dem som hade tre-fem PADL-beroenden var ettårsdödligheten nästan tre gånger större (22%). Efter fem år var två tredjedelar i denna grupp avlidna mot drygt en tredjedel i gruppen, som initialt inte hade några PADL-beroenden.

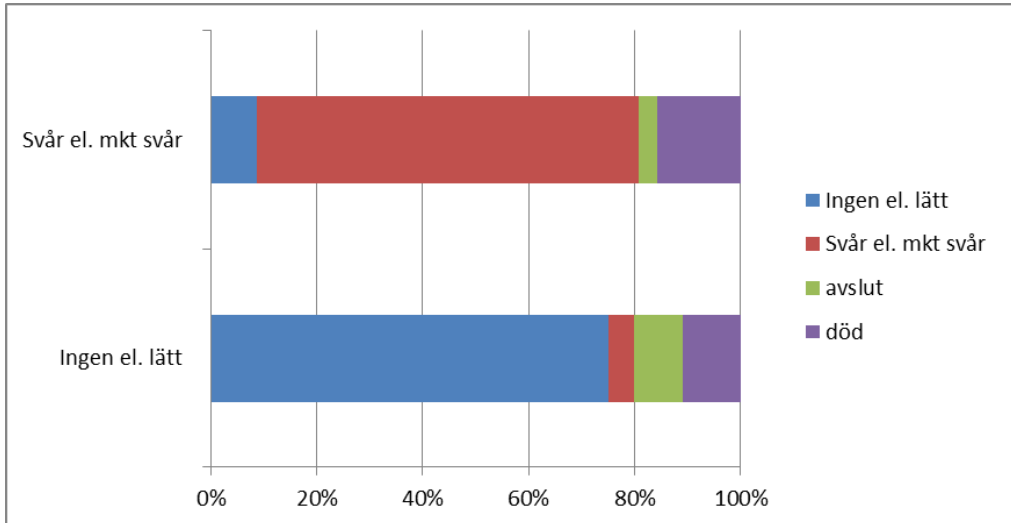
Jämfört med 2003-05-kohorten var dödligheten lägre i 2008-10-kohorten. Minskningen uppgick till omkring en fjärdedel - oberoende av antalet ADL-beroenden. Avslut av annan orsak än avliden var mycket vanligare bland dem utan PADL-beroende än i gruppen med tre-fem beroenden. Orsaken till detta har berörts ovan.

Diagrammen 26 A -B visar motsvarande resultat för kognitiv nedsättning.

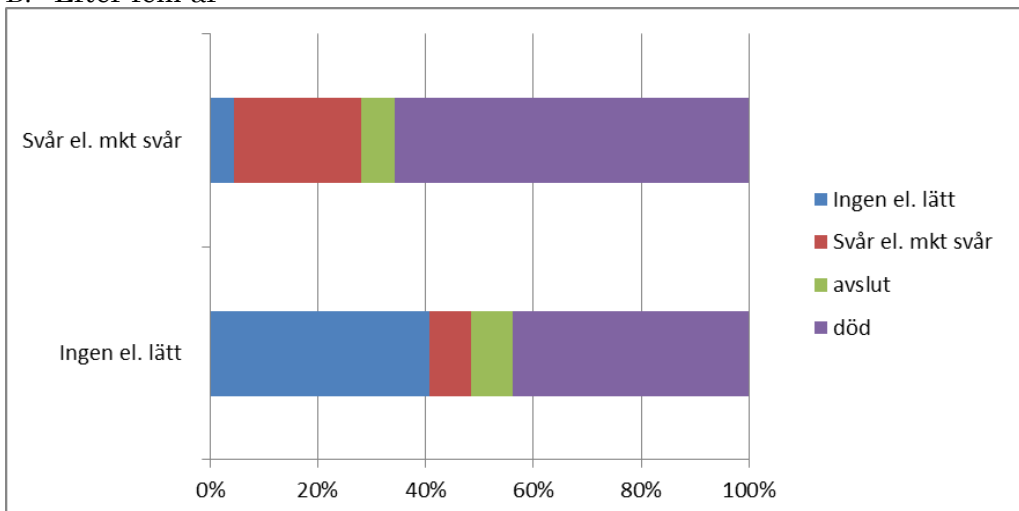


**Diagram 26. Övergång mellan grader av kognitiv nedsättning samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Omkring 15 procent av de överlevande debutanterna utan eller med lätt kognitiv nedsättning hade inom fem år utvecklat svår eller mycket svår nedsättning. Efter fem år hade en dryg fjärdedel (26%) av dem som överlevt gått från ingen eller lätt nedsättning till svår eller mycket svår.

Det förekom att svårt kognitiv nedsatta efter något eller några år bedömdes ha lätt eller ingen nedsättning, men det är inte klart om detta avspeglar en

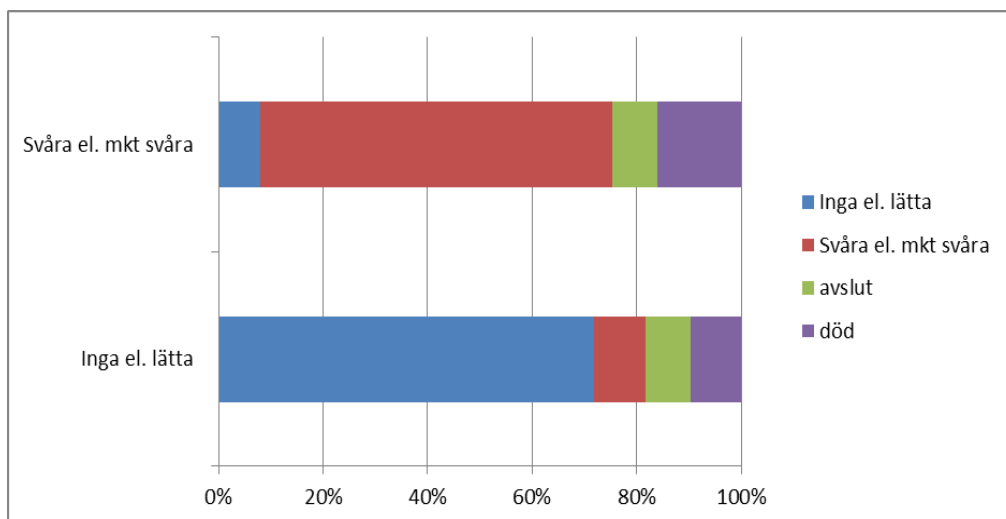
förbättring eller bara en annan bedömning av samma tillstånd. Självklart är bedömningen av kognitiv nedsättning ingen exakt vetenskap.

Även när det gäller kognitiv nedsättning skilde dödligheten mycket mellan dem som initialt hade inen eller lätt nedsättning och dem som hade svår eller mycket svår. I den första gruppen var ettårsdödligheten i 2008-10-kohorten 11 procent, i den andra avled 16 procent inom ett år. Skillnaden utjämnades en del över tiden, efter fem år var dödligheten 44 respektive 66 procent. I 2003-05-kohorten var dödligheten högre och en högre andel försämrades med tiden. Avslut av annan orsak än avliden var mycket vanligare i gruppen inte eller endast lätt nedsatta.

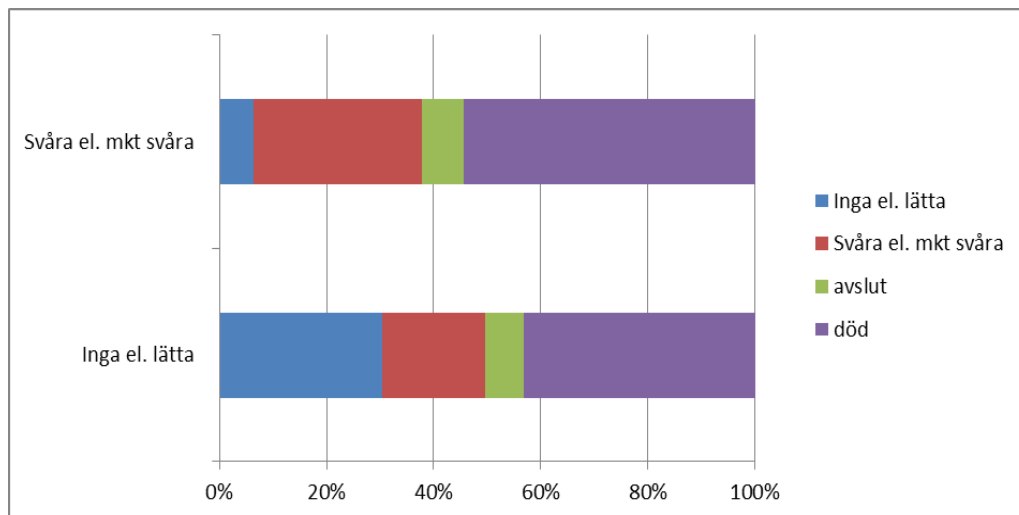
Utvecklingen av rörelsehinder visas i det följande diagrammen 27 A och B.

**Diagram 27. Övergång mellan grader av rörelsehinder samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

A. Efter ett år



## B. Efter fem år



Övergång från inga eller lätta rörelsehinder till svåra eller mycket svåra förekom relativt ofta, omvändningen förekom också men i betydligt mindre omfattning. Av de överlevande som initialt hade inga eller lätta rörelsehinder hade efter fem år omkring 40 procent blivit svårt eller mycket svårt rörelsehindrade. I 2003-05-kohorten var denna andel högre - 48 procent.

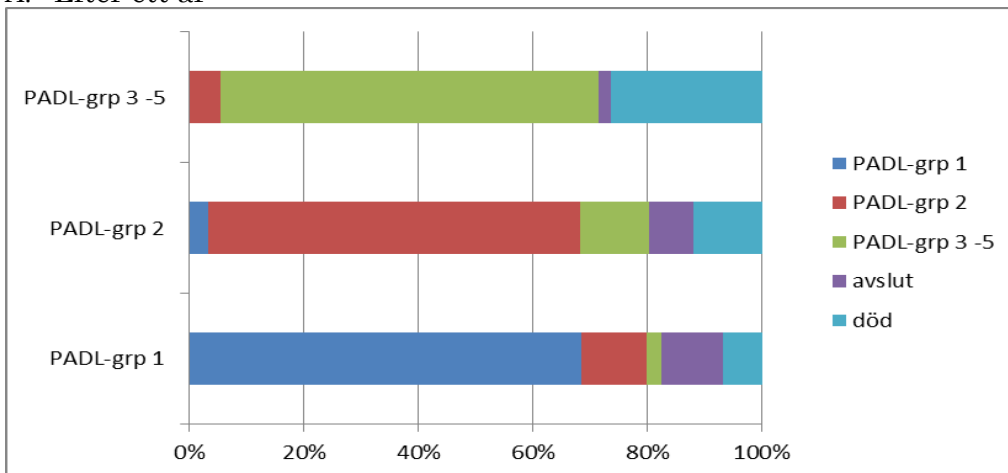
Förekomsten av rörelsehinder påverkade också dödligheten och i ungefär lika hög grad som kognitiv nedsättning, men skillnaderna avtog liksom där över tiden. Ettårsdödligheten i 2008-10-kohorten var 10 procent för dem med inga eller lätta rörelsehinder, mot 16 procent för dem med svåra eller mycket svåra. Dödligheten i 2003-05-kohorten var högre oavsett graden av rörelsehinder - 13 procent respektive 28 procent. Efter fem år var drygt fyra av tio av dem i 2008-10-kohorten, som initialt hade inga eller lätta rörelsehinder avlidna mot drygt hälften i gruppen med initialt svåra eller mycket svåra rörelsehinder. Avslutande av insatserna av annan orsak än avliden var ungefär lika vanligt oberoende av graden av rörelsehinder, cirka 9 procent.

SNAC-index är ett sammanfattande mått på funktionsnedsättning som allmänt används i SNAC-studien. Som visats ovan kan indexet användas för en indelning i fem s.k. PADL-grupper, vilket är ett sätt att strukturera omsorgstagarna efter ett samlat behovsbegrepp<sup>3</sup>. I diagrammen 28 A - B visas på samma sätt som ovan övergången mellan PADL-grupper. Här har grupperna 3 - 5 sammanförts.

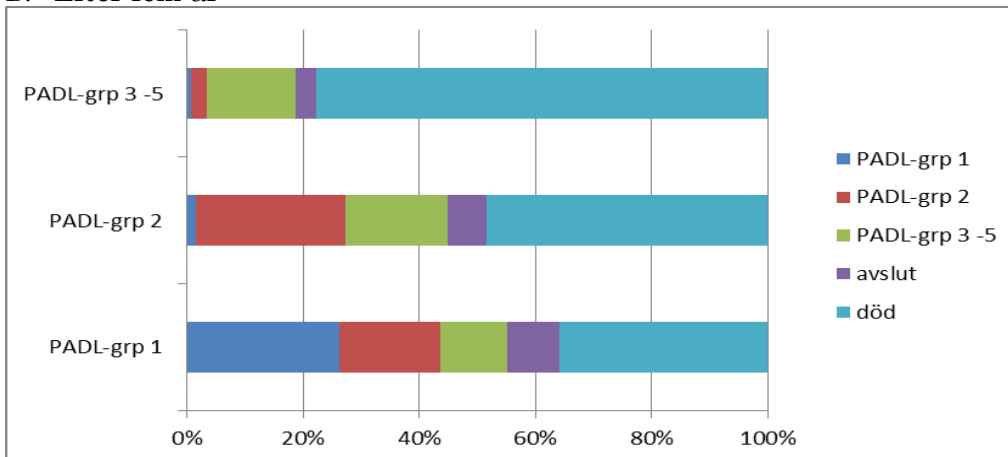
<sup>3</sup> Beteckningen PADL-grupp hänför sig till att SNAC-index tidigare benämndes PADL-index. Namnet har sedan bibehållits.

**Diagram 28. Övergång mellan PADL-grupper samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Ganska många övergick med tiden till högre PADL-grupper. Av de kvarvarande debutanterna i PADL-grupp 1 fanns efter fem år 32 procent i PADL-grupp 2 och 21 procent i PADL-grupp 3 - 5. Att gå från högre till lägre PADL-grupp förekom, men var som man ser i diagram 28 ovanligt. Jämfört med 2003-05-kohorten var dödligheten lägre i alla PADL-grupper, men minskningen var störst i den lägsta PADL-gruppen, d v s bland de minst nedsatta omsorgstagarna. Andelen som från lägre PADL-grupp övergick till högre var i 2003-05-kohorten något lägre, vilket kan antas sammanhänga med den högre dödligheten. De mest nedsatta löpte där större risk att avlida.

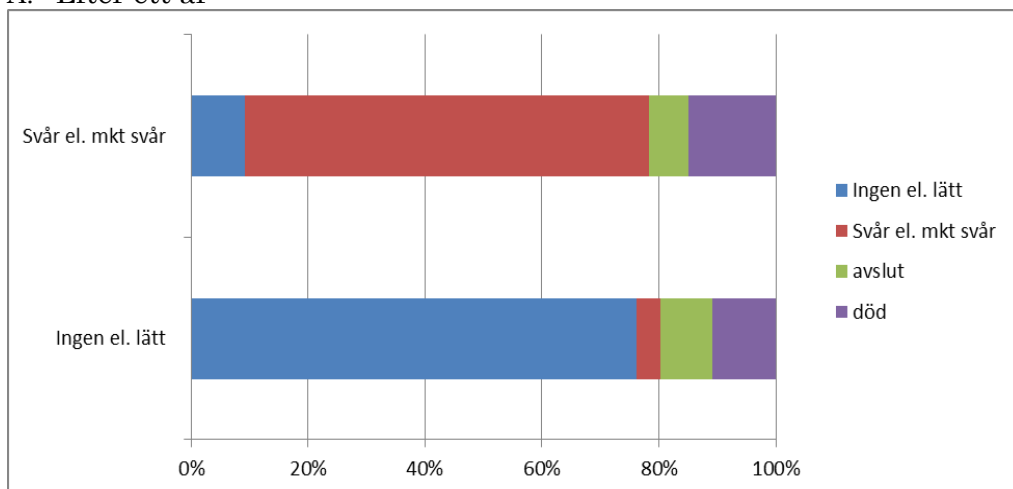
Den initiala PADL-gruppen påverkade starkt dödligheten kommande år. I 2008-10-kohorten var ettårsdödligheten i PADL-grupp 1 inte mer än 7 procent, i PADL-

grupp 3-5 nästan fyra gånger så hög (26 %). Efter fem år var mer än tre fjärdedelar (77 %) av dem i PADL-grupperna 3-5 avlidna mot drygt en tredjedel (36 %) i PADL-grupp 1. I 2003-05-kohorten var dödligheten högre. Här var 12 procent döda i PADL-grupp 1 efter ett år och en tredjedel i PADL-grupp 3-5. Avslut av annan orsak än avliden var mycket vanligare i PADL-grupp 1. Liksom tidigare påpekats förefaller insatserna i denna grupp inte vara lika nödvändiga som för de mest nedsatta omsorgstagarna.

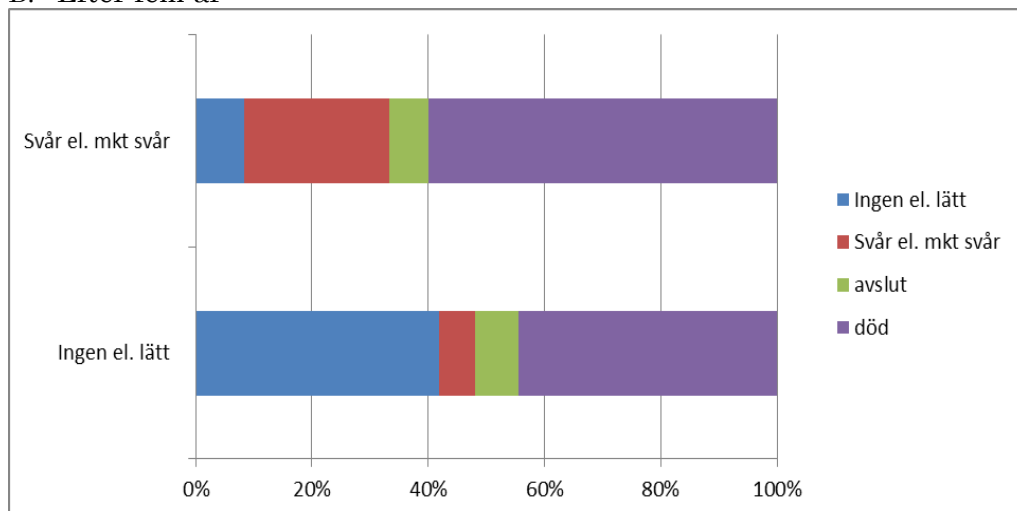
Förekomsten av oro, nedstämdhet och beteendeproblem ökade också med antalet år i äldreomsorgen. Diagrammen 29 A och B visar övergången mellan grader av oro och andelen avlidna och avslutade per grad av oro. Ingen och lätt oro eller otrygghet har här sammanförts liksom svår och mycket svår.

**Diagram 29. Övergång mellan grader av oro samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

A. Efter ett år



## B. Efter fem år



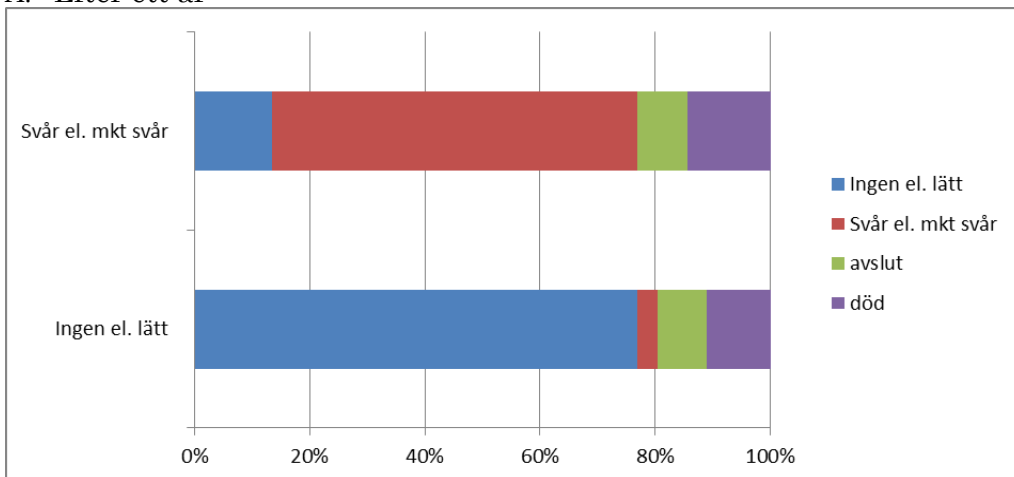
Mönstret för graden av oro skiljer sig ganska mycket från de tidigare behandlade formerna av funktionsnedsättning. En ganska stor andel av dem med svår eller mycket svår oro bedömdes fem år senare ha ingen eller lätt oro, nästan 25 procent av de kvarvarande. Övergång i den andra riktningen, d.v.s. från ingen eller lätt till svår eller mycket svår, var ovanligare. För endast 13 procent av de överlevande noteras en sådan försämring. I 2003-05-kohorten var det en större andel av de överlevande, som gick från ingen eller lätt oro till svår eller mycket svår, 19 procent. Även den motsatta övergången var vanligare, 32 procent.

Vidare kan man konstatera att sambandet med dödligheten var något svagare, även om man även här ser en klar skillnad. Ettårsdödligheten i 2008-10-kohorten var 11 procent för debutanter utan eller med lätt initial oro, för de svår eller mycket svår oro 15 procent. Efter fem år var 45 procent av debutanterna i den första gruppen avlidna mot 60 procent i den andra. I 2003-05-kohorten var ettårsdödligheten högre i båda fallen - 18 procent respektive 21 procent men efter fem år dödligheten i grupperna lika - 60 procent. Avslut av annan orsak än avliden skilde ganska lite mellan grupperna, 9 procent respektive 7 procent.

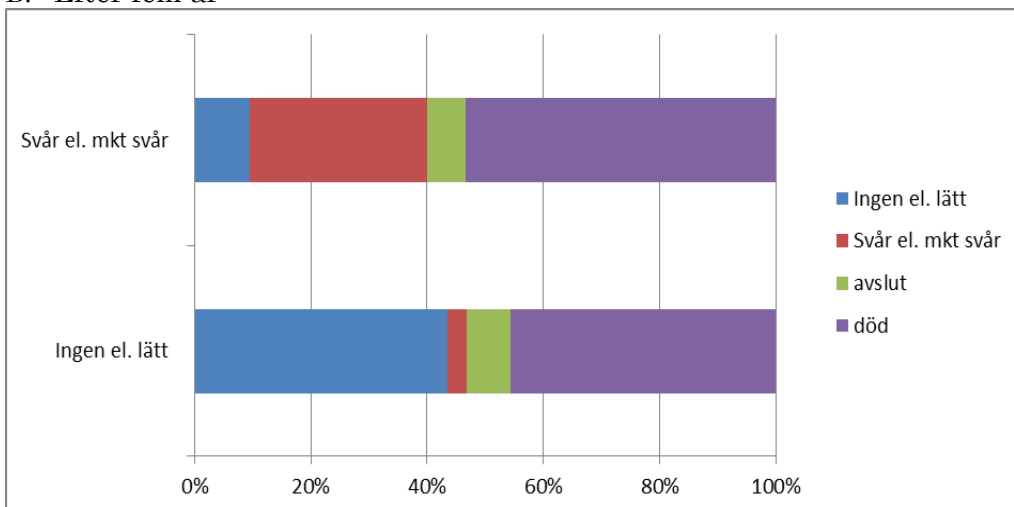
Diagrammen 30 A och B. visar motsvarande resultat avseende graden av nedstämdhet. Även här har en transformation gjorts till en två-gradig skala.

**Diagram 30. Övergång mellan grader av nedstämdhet samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Utvecklingen över tiden av graden av nedstämdhet följde ett likartat mönster som graden av oro. En fjärdedel av de kvarvarande, initialt svårt nedstämda bedömdes efter fem år vara inte eller endast lätt nedstämda. Förändring i den andra riktningen var betydligt mer sällsynt. Endast 7 procent av de överlevande, som initialt hade ingen eller endast lätt nedstämdhet, bedömdes efter fem år vara svårt eller mycket svårt nedstämda. Motsvarande andel i 2003-05-kohorten var mer än dubbelt så hög, 15 procent.

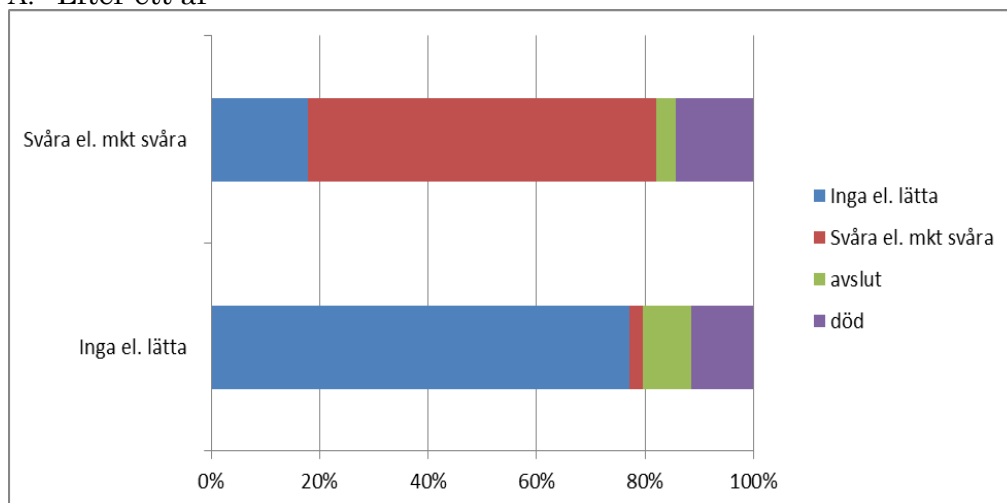
Precis som personer med svår oro hade personer, som initialt var svårt eller mycket svårt nedstämda, en viss överdödlighet det första året, 14 procent resp. 11 procent, men inte särskilt mycket efter fem år, 53 procent respektive 46 procent.

I 2003-05-kohorten var dödligheten högre i båda fallen. Av de svårt nedstämda var då 69 procent döda efter fem år.

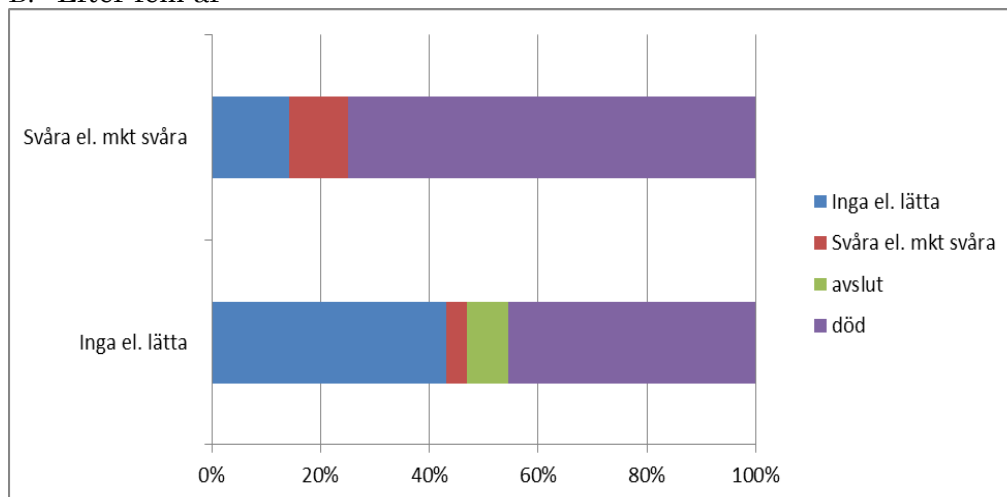
I diagrammen 31 A och B visar motsvarande resultat avseende graden av beteendeproblem. Transformation har gjorts till en två-gradig skala.

**Diagram 31. Övergång mellan grader av beteendeproblem samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten**

A. Efter ett år



B. Efter fem år



Svåra eller mycket svåra beteendeproblem var mycket mindre förekommande än svår oro eller nedstämdhet och i hög grad kopplat till kognitiv nedsättning. Precis som för oro och nedstämdhet övergick en ganska stor del av de överlevande med svåra problem till gruppen utan problem eller endast lätta. Efter fem år hade inte



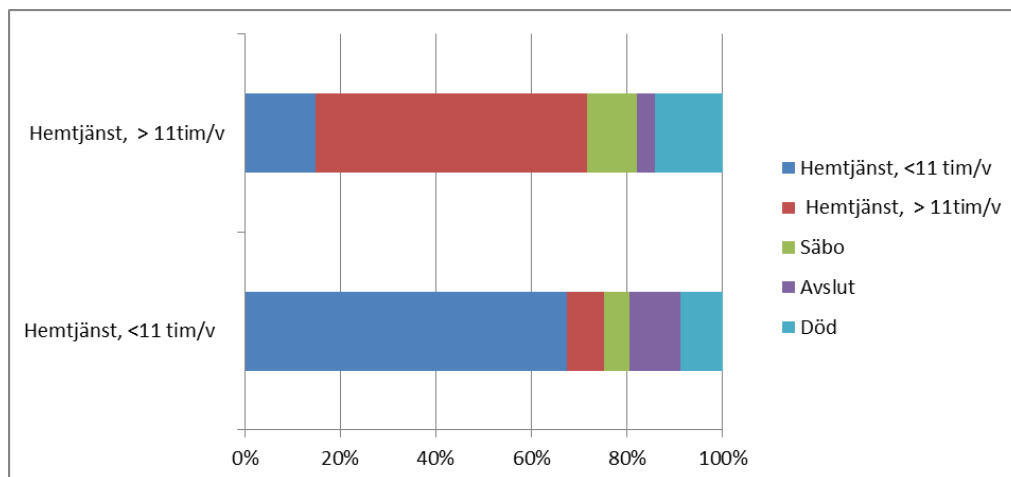
mindre än knappt sex av tio (57%) av de kvarvarande i den förra gruppen övergått till den senare. Detta var en ännu större andel än i 2003-05-kohorten (45%). Övergångar i den andra riktningen var betydligt sällsyntare. Mindre än 10 procent av de kvarvarande, som initialt hade inga eller lätta beteendeproblem, bedömdes efter fem år ha svåra eller mycket svåra problem. I 2003-05-kohorten var andelen något högre, 13 procent.

Skillnaden i ettårsdödlighet mellan dem utan eller med lätta beteendeproblem och dem med svåra eller mycket svåra var ungefär som för oro och nedstämdhet, 11 procent respektive 14 procent. Skillnaden ökade med tiden. Efter fem år var 75 procent av dem med svåra beteendeproblem döda mot mindre än hälften i gruppen med inga eller lätta problem. I 2003-05-kohorten var för dem med svåra problem dödligheten densamma, men högre för dem utan eller med lätta problem.

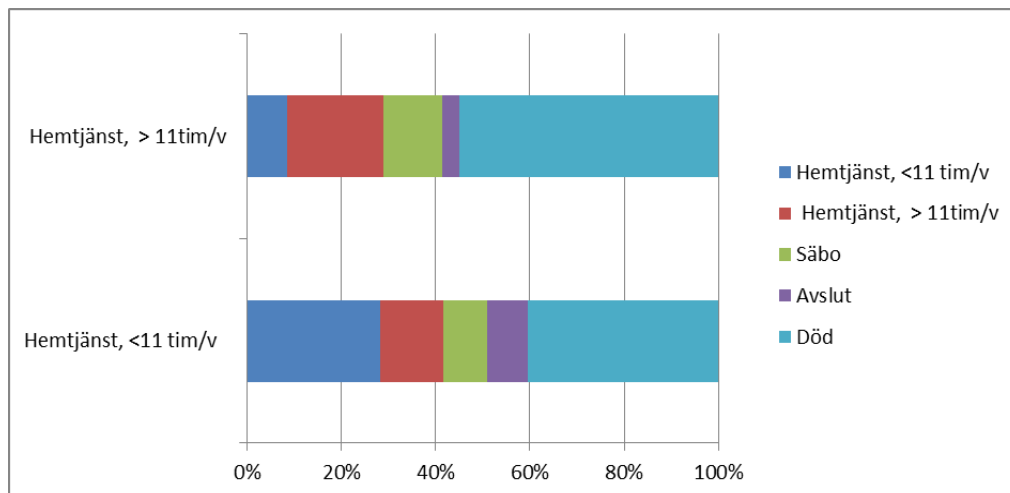
Tilldelningen av hemtjänst i ordinärt boende eller servicehusboende förändras också över tiden för dem som är kvar i dessa boendeformer. Diagram 32 A och B visar fördelningen efter ett respektive fem år på dem med mindre resp. mer än 11 timmar hemtjänst per vecka samt avslut och död givet den initiala tilldelningen med samma uppdelning.

**Diagram 32. Övergång mellan antal beviljade veckotimmar hemtjänst samt avslut och död av annan orsak, 0810-kohorten**

A. Efter ett år



## B. Efter fem år



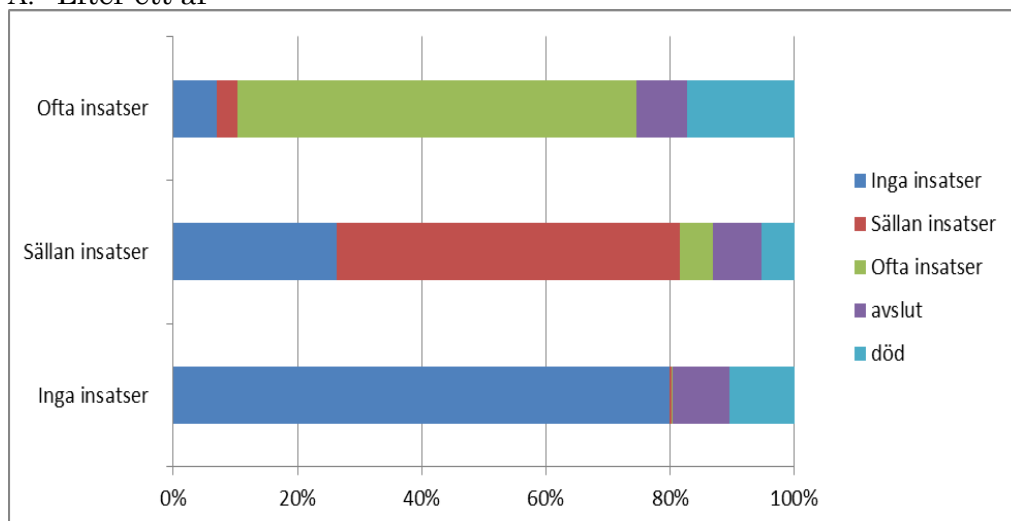
Det vanliga var att insatserna med hemtjänst ökade med tiden för de kvarvarande i ordinärt eller servicehusboende. Ganska få fick minskade insatser men det förekom. Andelen av de kvarvarande, som inom fem år flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg var betydligt högre i gruppen med stora hemtjänstinsatser - 30 procent jämfört med 18 procent för dem med mindre insatser. I 2003-05-kohorten var det fler av de kvarvarande i båda hemtjänstgrupperna, som flyttade till säbo/heldygn - 37 procent respektive 34 procent. Förändringen avspeglar den minskade tillgången på platser i särskilt boende med heldygnsomsorg. Detta verkar i första hand ha påverkat gruppen med mindre hemtjänstinsatser.

Dödligheten bland dem med större hemtjänstinsatser var högre, vilket förstås sammanhänger med att dessa personer hade en högre grad av funktionsnedsättning.

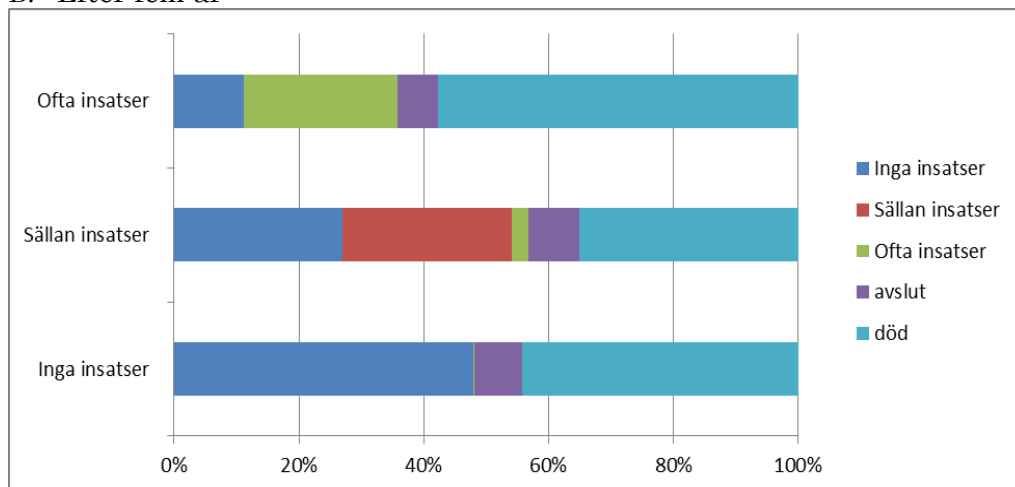
Även tillgången till informella insatser förändras under åren med äldreomsorg. Diagrammen 33 A - B visar förändringen efter ett respektive fem år i andelen med serviceinsatser från make/maka. "Ofta insatser" betyder dagligen eller en eller flera gånger i veckan, "Sällan insatser" mindre än en gång per vecka. "Inga insatser" inkluderar dem som saknar make/maka.

**Diagram 33. Förändring i omfattningen av serviceinsatser från make/maka inklusive avliden och avslut av äldreomsorg av annan orsak, 0810-kohorten**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



Nästan inga av dem, som initialt inte hade några make/maka-insatser, erhöll detta senare. Förklaringen är förstås att de flesta i denna grupp inte hade make/maka initialt och inte heller fick någon under de fem uppföljningsåren (jfr diagram 12).

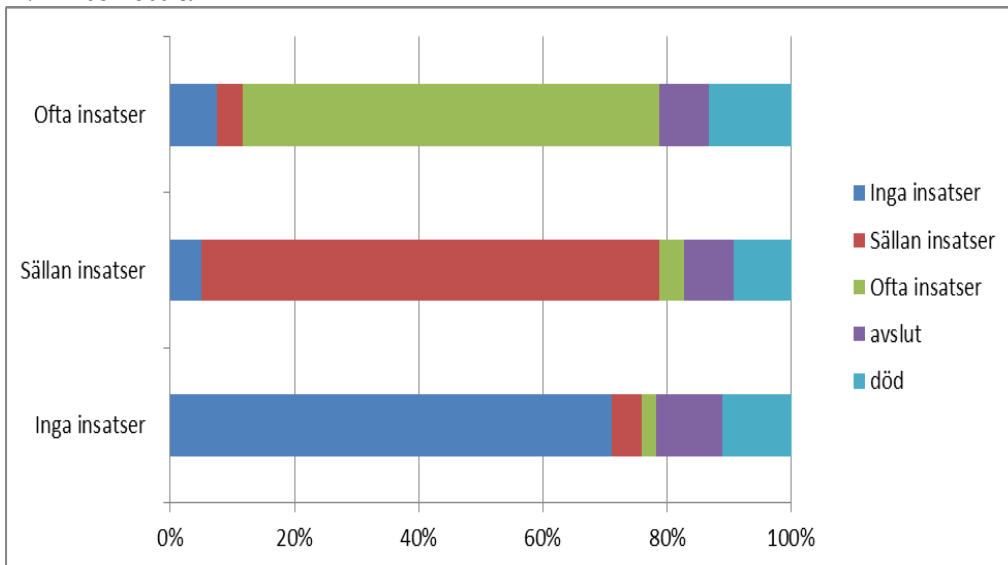
Bland dem, som initialt sällan hade make/maka insatser, hade dessa efter fem år upphört i knappt hälften av fallen. För endast omkring 5 procent av de överlevande med initialt sällan make/maka-insatser hade insatserna efter fem år ökat till "ofta".

De personer, som initialt ofta hade make/maka-insatser, behöll dessa i stor utsträckning det närmaste året, men efterhand minskade andelen. Efter fem år hade insatserna upphört för en knappt tredjedel av de överlevande. Orsaken kan vara make/makas ökade skröplighet eller dödsfall eller att personen flyttat till boende med heldygnomsorg, där make/maka-insatserna är mindre förekommande. I 2003-05-kohorten var det ännu fler, 41 procent, av dem med insatser ofta, som efter fem år inte längre hade några make/maka-insatser. En orsak till skillnaden är den minskade dödligheten men även de minskade flyttningen till säbo/heldygn kan ha spelat in.

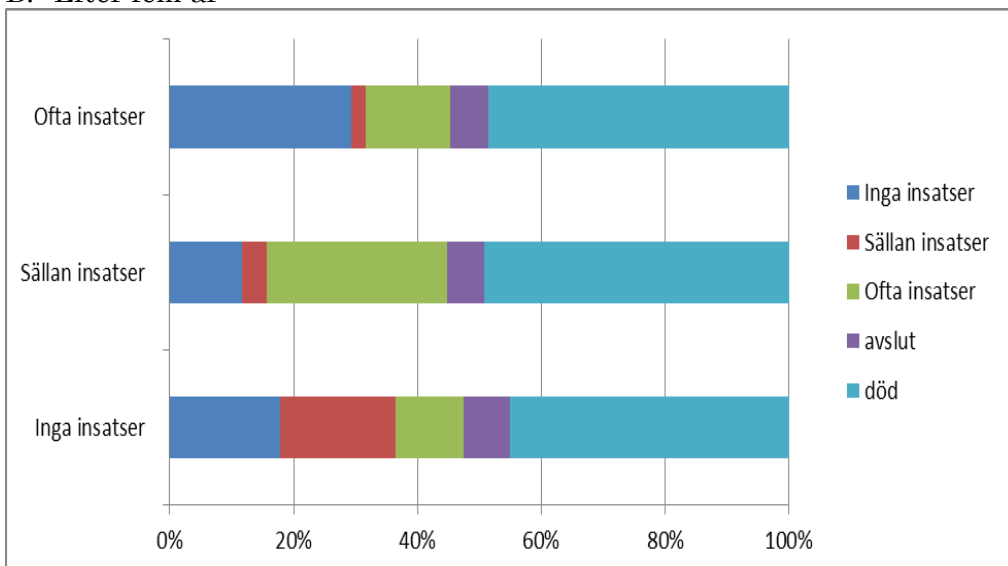
I diagrammen 34 A - C visas motsvarande resultat avseende informella serviceinsatser från någon. Indelningen i inga, sällan eller ofta är densamma som i föregående diagram.

**Diagram 34. Förändring i omfattningen av serviceinsatser från någon inklusive avliden och avslut av äldreomsorg av annan orsak**

**A. Efter ett år**



**B. Efter fem år**



De som initialt fick informella serviceinsatser ofta, bibehöll i stor utsträckning detta de första åren, men efter hand minskade andelen. Efter fem år var det inte

mer än knappt en tredjedel av dessa som fortfarande fick insatser ofta. Andelen var densamma i 2003-05-kohorten.

Man ser inget tydligare samband mellan den initiala omfattningen av insatserna och dödligheten på några års sikt, inte heller med avslutandet av äldreomsorgen av annan orsak. Värt att notera är att en del av dem, som initialt inte mottog några serviceinsatser, fick sådana efter hand. Efter fem år hade omkring en fjärdedel av dessa personer informella serviceinsatser ofta. Inkluderar man dem som fick insatser, fast sällan, blir andelen nästan två tredjedelar. Denna andel var densamma i 2003-05-kohorten.

# DISKUSSION OCH SLUTSATSER

De analyser som presenterats ovan har haft till syfte att med hjälp av longitudinella data belysa utvecklingen under livets sista år från det att en person för första gången beviljas äldreomsorg. Anledningen till att personen sökt, och i allmänhet också beviljats, äldreomsorg får antas vara att personen själv (eller de anhöriga) upplevt svårigheter när det gäller att klara det dagliga livet på egen hand. Detta brukar anges som utmärkande för den s.k. fjärde åldern och analysen kan därför också sägas ge en beskrivning av den fjärde åldern i termer av varaktighet, funktionsnedsättning, insatser från äldreomsorgen och stöd och hjälp från anhöriga. En begränsning här är att en del personer, företrädesvis personer som sammanbor med en person som är i stånd att ge stöd och hjälp, kan gå in i den fjärde åldern utan att söka insatser från äldreomsorgen. För ensamboende personer torde dock det första beviljandet av insatser från äldreomsorgen vara en godtagbar approximation av att man kommit in i denna fas av livet.

I en tidigare rapport redovisades en liknande undersökning av dem som åren 2003-06 för första gången beviljades äldreomsorg inom Kungsholmens stadsdel (Äldrecentrum rapport 2013:7). Den här rapporten kompletterar den tidigare rapporten med en beskrivning av tre kohorter: De som ”debuterade” i äldreomsorgen åren 2003 - 05, de som ”debuterade” 2008 -10 och de som för första gången fick äldreomsorg åren 2013 - 2015. Debutanterna i de två första kohorterna har följts i fem år, de sista i bara ett år<sup>4</sup>.

Mycket av de resultat som erhöles vid den föregående undersökningen gäller även de två senare kohorterna, men vissa betydelsefulla förändringar har skett, vilket kommer att kommenteras i det följande. En del av dessa förändringar har att göra med den radikalt förändrade demografin i stadsdelen Kungsholmen och Essingeöarna. Antalet yngre äldre har ökat mycket starkt samtidigt som antalet mycket gamla har minskat kraftigt. Det senare gäller dock enbart kvinnorna, antalet mycket gamla män är i stort sett oförändrat. Dödligheten bland omsorgstagarna i ordinärt boende har nästan halverats på en tioårsperiod.

Genom den förändrade demografin har debutanternas genomsnittsålder minskat. Även om ”debut-incidensen”, d.v.s. andelen av befolkningen, som debuterar i äldreomsorgen ett visst år per åldersgrupp och kön, är väsentligt lägre för de yngre än för de äldre så slår den stora ökningen av antalet yngre igenom på genomsnittsåldern. I 2003-05-kohorten var denna 84 år, i 2013-15-kohorten hade den sjunkit till drygt 81 år. En annan faktor som också starkt påverkat utvecklingen är nedskärningen på Kungsholmen av antalet platser i särskilt boende - såväl servicehus som boende med heldygnsomsorg - och den ökade satsningen på kvarboendet. Som följd därav minskade incidensen vad gäller det särskilda boendet mycket kraftigt alla ålder/kön-grupper mellan 2003-05 och

---

<sup>4</sup> För 2003-05-kohorten finns också uppföljning i tio år, men eftersom så få av debutanterna överlever så länge presenteras här inte dessa resultat.

2013-15. Även incidensen avseende det ordinära boendet minskade mellan 2008-10 och 2013-15.

Den tid man är i livets slutskede, som det här är definierat, är förhållandevis kort, men den har ökat genom den minskade dödligheten. I 2003-05-kohorten var drygt 60 procent av äldreomsorgens debutanter avlidna efter fem år. I 2008-10-kohorten hade denna andel sjunkit till knappt hälften (47%) och att döma av ettårsdödligheten i 2013-15-kohorten kommer denna utveckling att fortsätta om än i långsammare takt. Den minskade dödligheten gällde dock inte de boende med heldygnssorg. Där var den oförändrad.

Dödligheten är förutom av ålder och kön också i hög grad påverkad av den initiala graden av funktionsnedsättning. Särskilt hög dödlighet hade de som var beroende av hjälp för alla eller nästan alla PADL-aktiviteter och de som var svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta eller rörelsehindrade. Av dessa var i 2003-05 kohorten 75-80 procent avlidna inom fem år. I 2008-10-kohorten var dödligheten något lägre i dessa grupper, 55-70 procent, men bland de allra mest nedsatta var den oförändrad, 80-90 procent. Oro/otrygghet och nedstämdhet var inte på samma sätt kopplad till hög dödlighet vare sig i 2003-05- och i 2008-10-kohorterna.

Som man har anledning att förvänta sig, är olika funktionsnedsättningar vanliga bland äldreomsorgens debutanter. Som genomsnitt var man i 2003-05-kohorten initialt beroende av hjälp för fyra IADL-aktiviteter. Mer än hälften var beroende av hjälp för minst en personlig ADL-aktivitet (vanligen bad och dusch) och en av sex var svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt. En tredjedel var svårt eller mycket svårt rörelsehindrade, en av tio var mycket oroliga eller otrygga och ungefär lika många svårt eller mycket svårt nedstämda. Svåra beteendeproblem var dock ganska ovanligt (5%). I 2008-10-kohorten var dessa andelar genomgående något lägre, men de ökade igen i 2013-15-kohorten, där nivån var ungefär densamma som i 2003-05-kohorten. Ökad genomsnittlig funktionsnedsättning bland dem som fick hemtjänst i ordinärt boende motverkades av att andelen, som kom direkt till heldygnssorg, minskade.

Det vanligaste i samtliga kohorter var att insatserna började med hemtjänst i ordinärt boende, men även här har det inträffat stora förändringar. I 2003-05-kohorten beviljades omkring två tredjedelar (69%) av debutanterna hemtjänst i ordinärt boende, knappt en fjärdedel (23%) beviljades direkt plats i säbo/heldygn och resten (9%) servicehusboende. I 2013-15-kohorten beviljades fem av sex debutanter (86%) hemtjänst i ordinärt boende, säbo/heldygn endast var tionde (9%) och plats på servicehus bara (4%). Den största delen av förändringen skedde mellan 2003-05 och 2008-10.

Av dem som initialt kommit till ordinärt boende, hade i 2003-05-kohorten efter fem år omkring en tredjedel (35 %) av de överlevande flyttat till särskilt boende med heldygnssorg och var tionde (9%) flyttat till servicehusboende. Endast en av fem (20%) av de ursprungliga debutanterna var då kvar i ordinärt boende. De övriga hade antingen flyttat eller avlidit eller avslutat äldreomsorgen av annat skäl. I servicehusboendet var andelen kvarboende betydligt högre, nästan tre



fjärdedelar (71%) av de överlevande och omkring en fjärdedel (28%) totalt. För heldygnsomsorgen var det få kvar efter fem år, tre fjärdedelar (76%) var döda och (3%) avslutade. Mycket få hade flyttat från heldygnsomsorg till annan boendeform. I 2008-10-kohorten var andelen kvarboende i ordinärt boende betydligt högre, totalt mer än var tredje (37%). Endast en femtedel (20%) av de överlevande hade flyttat till heldygnsomsorg och bara hälften så många som i 2003-05-kohorten (5%) hade flyttat till servicehus.

Åren 2003-05 var de som för första gången fick äldreomsorg i ordinärt boende eller servicehusboende i stor utsträckning ensamboende (84%) och andelen ensamboende ökade sedan starkt med tiden så att efter fem år nästan alla (95%) av de överlevande var ensamboende. Andelen initialt ensamboende i 2008-10-kohorten var i stort sett oförändrad, men en betydligt högre andel (12%) var fortfarande samboende efter fem år. I 2013-15-kohorten hade andelen ensamboende sjunkit till 75 procent i det ordinära boendet. I servicehusboendet var det oförändrat 88 procent. Minskningen av andelen samboende över tiden får antas vara kopplad till make/makas död, men också till endera partens flyttning till boende med heldygnsomsorg. Genom den minskade dödligheten och den minskade flyttningen till särskilt boende ökade andelen samboende mellan kohorterna.

Den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning hos debutanterna ökar starkt med tiden. Som exempel hade i 2003-05-kohorten efter fem år hälften (49%) tre eller fler PADL-beroenden mot endast drygt en fjärdedel initialt. I 2008-10-kohorten hade denna andel sjunkit något till fyra av tio (39%). Tre av tio av de överlevande var i 2003-05-kohorten svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta efter fem år, vilket var en dubbelt så hög andel som initialt. Även i 2008-10-kohorten fördubblades andelen kognitivt nedsatta på en femårsperiod

Ett mått på den individuella utvecklingen får man om man noterar förändringen i graden av funktionsnedsättning över tiden för dem som överlevt i fem år. Eftersom en högre grad av funktionsnedsättning är kopplat till högre dödlighet startar dessa "överlevare" på en lägre nivå än genomsnittligt men slutar förstås på genomsnittsnivån. Deras utvecklingskurvor blir därför brantare än vad genomsnittet för de överlevande respektive år ger vid handen. Den genomsnittliga årliga ökningen av SNAC-index uppgick i 2003-05-kohorten till 1,06 enheter. I 2008-10-kohorten var den genomsnittliga försämringen betydligt lägre, 0,75 enheter.

Skillnaden mellan kohorterna kan bero på en minskad andel flyttare till heldygnsomsorg. En uppdelning av äldreomsorgens debutanter i ordinärt boende och servicehusboende på dem som under de fem åren flyttat till boende med heldygnsomsorg och dem som bött kvar visar nämligen på mycket stora skillnader i utvecklingen av graden av funktionsnedsättning. Det är här oklart vad som är orsak och verkan. Blir man sämre för att man flyttar eller flyttar man för att man blivit sämre?

Med de data som här varit tillgängliga går det ej att besvara denna fråga, men skillnaden mellan flyttare och kvarboende är minst sagt slående. Mätt som genomsnittlig årlig förändring i SNAC-index var den i 2003-05-kohorten 1,92 för

flyttarna och 0,37 för de kvarboende. I 2008-10-kohorten var det ungefär lika mycket, 1,78 respektive 0,40. Flyttarna hade i båda fallen ett något sämre utgångsläge men utvecklingen över tiden var alltså helt annorlunda. Skillnaden mellan flyttare och kvarboende gällde genomgående för alla former av funktionsnedsättning. Skillnaderna mellan 2003-05- och 2008-10-kohorterna var däremot små.

Som genomsnitt beviljades man i ordinärt boende knappt sex timmar hemtjänst per vecka - ganska oförändrat mellan kohorterna. I servicehusboendet beviljades betydligt mer - 2003-05 som genomsnitt elva veckotimmar, men 2013-15 något mindre, 9 timmar. Insatserna ökade sedan med tiden i takt med ökande behov. De som fortfarande levde efter fem år och var kvar i ordinärt boende fick i både 2003-05- och 2008-10-kohorterna som genomsnitt cirka 10 veckotimmar hemtjänst. För servicehusboendet var ökningen för de kvarboende över tiden mindre - efter fem år till 13 veckotimmar som genomsnitt.

Eftersom så få debutanter i 2003-05-kohorten var samboende var det också få som ofta, d.v.s. minst en gång per vecka, fick serviceinsatser av make/maka (10%). I 2008-10-kohorten hade denna andel ökat till 16 procent och i 2013-15-kohorten till drygt 20 procent i takt med en ökad andel samboende. Informella insatser från någon överhuvudtaget var betydligt vanligare. I 2003-05-kohorten fick fyra av tio (41%) ofta sådana insatser. Andelen var i stort sett oförändrad i 2008-10-kohorten, men ökade i 2013-15-kohorten till drygt hälften (51%), Frekvensen av serviceinsatserna sjönk både 2003-05 och 2008-10 med tiden. Detta gällde i första hand insatser från än make/maka, som givetvis minskade i takt med att allt fler blev ensamstående men också informella insatser överhuvudtaget.

De slutsatser som sammanfattats ovan bygger på ett longitudinellt material, som insamlats på Kungsholmen i Stockholm inom SNAC-studiens vårdssystemdel. En viktig fråga gäller givetvis hur representativt detta är som beskrivning av äldreomsorgens debutanter i riket som helhet. Kungsholmen är en stadsdel i Stockholms stads innerstad. Den äldre befolkningen på Kungsholmen har en högre utbildningsnivå än för riket som genomsnitt, och en annan socioekonomisk sammansättning. De senaste 10-15 åren har det skett en mycket stor demografisk förändring som inte heller är typisk för riket - framförallt genom ett starkt minskat antal mycket gamla kvinnor. Den stora ökningen av antalet yngre-äldre är däremot ett generellt svenskt fenomen. StockholmSNAC-undersökningen visade att fördelningen på boendeformer på Kungsholmen väl motsvarar genomsnittet för Stockholms stad. Däremot låg tilldelningen av veckotimmar hemtjänst klart under genomsnittet.

Skillnaderna gör att man inte kan utgå från att en motsvarande analys i en annan stadsdel eller i en annan svensk kommun skulle ge precis samma resultat. Det som ändå talar för att resultaten är förhållandevis generella är att de beskriver livets slutskede och att denna är mer biologiskt än socialt betingad.

Slutfasen har förskjutits i tiden genom välfärdsförbättringar och medicinska framsteg. Tidpunkten för dess inträdande varierar mellan socioekonomiska grupper

och har en betydande individuell variation. Men när väl slutskedet är inne verkar den som genomsnitt se ungefär likadan ut överallt. Detta illustreras av att dödligheten för de allra mest funktionsnedsatta är i stort sett oförändrad mellan kohorterna, fastän dödligheten per åldersgrupp och kön generellt gått ner kraftigt. Man avlider som förut men senare. En beskrivning av livets slutskede, uttryckt som perioden när man behöver äldreomsorg, skulle därmed kunna vara åtminstone approximativt giltig även om det område där data insamlats inte är socioekonomiskt representativt.

En annan begränsning är att de data som bearbetats avser läget per den 1 mars varje år, d.v.s. med ett års mellanrum. Många avgörande förändringar i livets sista år kan ske inom ett kortare tidsintervall. Sålunda är det känt att många personer avlider inom en kort tid efter flyttning till särskilt boende med heldygnsoomsorg. Detta förhållande kommer att vara mycket underskattat i det dataset som här analyserats, eftersom dessa flyttningar överhuvudtaget inte registrerats om inte inflyttningen skett före och dödsfallet efter den 1 mars ett visst år. Som följd härav är dödligheten i särskilt boende med heldygnsoomsorg underskattad i här presenterade resultat.

De analyser av den fjärde åldern och livets sista år som här presenterats är bara en liten del av allt som är möjligt att göra med de dataset som produceras av SNAC-studien. Genom samkörning med data avseende hälso- och sjukvårds-konsumtion kan man studera hur denna utvecklas de sista åren av livet. Data från SNAC-studiens befolkningsdel kan användas för att identifiera personer, som är i den fjärde åldern i den meningen att de är beroende av stöd och hjälp i sitt dagliga liv, men som får detta behov tillgodosett utanför äldreomsorgen. Det är också möjligt att med nu tillgängliga data se på utvecklingen av insatser och hjälpbehov från perspektivet hur lång tid man har kvar att leva i stället för hur länge man levt. Gemensamt för dessa longitudinella analyser är att de ger en ökad förståelse för äldreomsorgens dynamik och därmed klargör förhållanden av betydelse för att ge bästa möjliga stöd och hjälp åt personer i livets sista år – det som kallas den fjärde åldern.

# TABELLBILAGA

Nedan visas sifferunderlaget för samtliga redovisade diagram.

**Diagram 1. Fördelning (%) av debutanterna på boendeform resp. avslut och avliden per initial boendeform efter ett respektive fem år**

## A. Efter ett år

| Initial boendeform    | Ordinärt boende | Servicehusboende | Säbo-heldygn | Avslut | Död  |
|-----------------------|-----------------|------------------|--------------|--------|------|
| Ordinärt boende 0305  | 68,1            | 1,6              | 7,6          | 7,2    | 15,5 |
| Ordinärt boende 0810  | 72,3            | 1,9              | 7,0          | 9,5    | 9,4  |
| Ordinärt boende 1315  | 80,1            | 1,5              | 6,3          | 4,1    | 8,0  |
| Servicehusboende 0305 | 1,9             | 77,8             | 4,6          | 4,6    | 11,1 |
| Servicehusboende 0810 | 0,0             | 85,5             | 3,2          | 1,6    | 9,7  |
| Servicehusboende 1315 | 3,6             | 92,9             | 3,6          | 0,0    | 0,0  |
| Säbo- heldygn 0305    | 1,1             | 0,0              | 68,8         | 1,4    | 28,8 |
| Säbo- heldygn 0810    | 1,5             | 0,0              | 68,9         | 3,8    | 25,8 |
| Säbo- heldygn 1315    | 2,1             | 0,0              | 71,9         | 1,0    | 25,0 |

## B. Efter fem år

| Initial boendeform    | Ordinärt boende | Servicehusboende | Säbo-heldygn | Avslut | Död  |
|-----------------------|-----------------|------------------|--------------|--------|------|
| Ordinärt boende 0305  | 19,7            | 3,0              | 12,4         | 10,6   | 54,2 |
| Ordinärt boende 0810  | 36,5            | 2,5              | 10,4         | 7,9    | 42,7 |
| Servicehusboende 0305 | 1,9             | 27,8             | 9,3          | 9,3    | 51,9 |
| Servicehusboende 0810 | 1,6             | 38,7             | 4,8          | 6,5    | 48,4 |
| Säbo- heldygn 0305    | 1,1             | 1,1              | 18,9         | 2,8    | 76,1 |
| Säbo- heldygn 0810    | 0,8             | 0,0              | 18,9         | 3,8    | 76,5 |

**Diagram 2. Genomsnittlig utveckling av olika indikatorer på funktionsnedsättning över tiden för äldreomsorgens debutanter per boendeform - kohortjämförelse**

A. Initialt ordinärt boende

|                               | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Antal PADL-nedsättningar_0305 | 0,79 | 1,17 | 1,47 | 1,86 | 2,1  | 2,3  |
| Antal PADL-nedsättningar_0810 | 0,78 | 1,1  | 1,34 | 1,57 | 1,8  | 1,97 |
| Kogn. Nedsättning_0305        | 0,33 | 0,45 | 0,55 | 0,7  | 0,87 | 0,85 |
| Kogn. Nedsättning_0810        | 0,25 | 0,38 | 0,48 | 0,55 | 0,6  | 0,63 |
| SNAC-index_0305               | 2,4  | 3,37 | 4,34 | 5,74 | 6,47 | 7,2  |
| SNAC-index_0810               | 2,37 | 3,21 | 4,01 | 4,68 | 5,19 | 5,59 |

B. Initialt servicehusboende

|                               | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Antal PADL-nedsättningar_0305 | 1,24 | 1,39 | 1,61 | 1,77 | 2,19 | 2,29 |
| Antal PADL-nedsättningar_0810 | 1,18 | 1,33 | 1,47 | 1,74 | 2,19 | 2,11 |
| Kogn. Nedsättning_0305        | 0,29 | 0,32 | 0,43 | 0,66 | 1,02 | 0,85 |
| Kogn. Nedsättning_0810        | 0,31 | 0,37 | 0,52 | 0,58 | 0,53 | 0,52 |
| SNAC-index_0305               | 3,34 | 3,61 | 4,71 | 5,84 | 7,67 | 6,93 |
| SNAC-index_0810               | 3,26 | 3,8  | 4,61 | 4,92 | 5,63 | 5,78 |

C. Initialt särskilt boende med heldygnsomsorg

|                               | År 0  | År 1  | År 2  | År 3  | År 4  | År 5  |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Antal PADL-nedsättningar_0305 | 3,77  | 3,73  | 3,71  | 3,65  | 3,62  | 3,64  |
| Antal PADL-nedsättningar_0810 | 3,16  | 3,66  | 3,74  | 3,86  | 3,7   | 3,56  |
| Kogn. Nedsättning_0305        | 1,4   | 1,59  | 1,63  | 1,71  | 1,52  | 1,49  |
| Kogn. Nedsättning_0810        | 1,31  | 1,54  | 1,74  | 1,84  | 1,76  | 1,69  |
| SNAC-index_0305               | 12,34 | 12,78 | 13,07 | 13,27 | 12,88 | 12,69 |
| SNAC-index_0810               | 9,83  | 11,52 | 12,69 | 13,61 | 13,73 | 13,38 |

**Diagram 3. Genomsnittlig utveckling av psykisk status över tiden för debutanterna per initial boendeform - kohortjämförelse 0305 och 0810**

A. Initialt ordinärt boende

|                      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Oro 0305             | 0,32 | 0,4  | 0,5  | 0,6  | 0,71 | 0,72 |
| Oro 0810             | 0,32 | 0,43 | 0,54 | 0,59 | 0,64 | 0,64 |
| Nedstämdhet 0305     | 0,24 | 0,29 | 0,39 | 0,48 | 0,59 | 0,58 |
| Nedstämdhet 0810     | 0,26 | 0,34 | 0,42 | 0,47 | 0,49 | 0,5  |
| Beteendeproblem 0305 | 0,04 | 0,07 | 0,14 | 0,25 | 0,32 | 0,35 |
| Beteendeproblem 0810 | 0,04 | 0,09 | 0,13 | 0,16 | 0,21 | 0,21 |

### B. Initialt servicehusboende

|                      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Oro 0305             | 0,59 | 0,41 | 0,47 | 0,56 | 0,69 | 0,75 |
| Oro 0810             | 0,56 | 0,52 | 0,61 | 0,66 | 0,77 | 0,74 |
| Nedstämdhet 0305     | 0,49 | 0,46 | 0,49 | 0,48 | 0,65 | 0,65 |
| Nedstämdhet 0810     | 0,4  | 0,39 | 0,57 | 0,5  | 0,67 | 0,63 |
| Beteendeproblem 0305 | 0,18 | 0,14 | 0,22 | 0,3  | 0,38 | 0,45 |
| Beteendeproblem 0810 | 0,1  | 0,11 | 0,19 | 0,35 | 0,45 | 0,5  |

### C. Initialt heldygnsomsorg

|                      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Oro 0305             | 1,01 | 1,03 | 1,10 | 1,07 | 1,20 | 1,28 |
| Oro 0810             | 1,12 | 1,35 | 1,40 | 1,40 | 1,46 | 1,35 |
| Nedstämdhet 0305     | 0,86 | 0,87 | 0,90 | 0,94 | 1,01 | 0,98 |
| Nedstämdhet 0810     | 0,87 | 1,06 | 1,08 | 1,14 | 1,16 | 1,04 |
| Beteendeproblem 0305 | 0,54 | 0,56 | 0,74 | 0,82 | 0,89 | 0,89 |
| Beteendeproblem 0810 | 0,51 | 0,85 | 0,86 | 0,95 | 1,16 | 1,15 |

**Diagram 4. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar, hemtjänst, samtliga överlevande som respektive år var kvar i ordinärt boende eller servicehusboende**

|                       | År 0  | År 1  | År 2  | År 3 | År 4  | År 5  |
|-----------------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| Ord.boende 0305       | 5,92  | 6,44  | 6,55  | 7,22 | 9,42  | 10,11 |
| Ord.boende 0810       | 5,26  | 5,9   | 6,58  | 7,57 | 8,13  | 9,5   |
| Servicehusboende 0305 | 11,2  | 10,5  | 11,2  | 12,4 | 13,8  |       |
| Servicehusboende 0810 | 13,36 | 16,34 | 18,38 | 12,5 | 13,79 | 13,31 |
| Samtliga 0305         | 6,44  | 7,01  | 7,32  | 8,2  | 10,5  | 16,1  |
| Samtliga 0810         | 5,69  | 6,81  | 7,77  | 8,16 | 8,79  | 9,50  |

**Diagram 5. Utveckling av andelen (%) samboende för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform**

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ordinärt boende 0305  | 17,1 | 13,0 | 11,4 | 10,1 | 6,8  | 4,9  |
| Ordinärt boende 0810  | 17,6 | 15,3 | 13,7 | 13,1 | 13,3 | 11,9 |
| Servicehusboende 0305 | 12,2 | 7,8  | 5,4  | 6,7  | 5,9  | 5,0  |
| Servicehusboende 0810 | 9,7  | 9,1  | 6,7  | 10,3 | 10,0 | 11,1 |
| Säbo- heldygn 0305    | 5,2  | 2,5  | 1,9  | 0,0  | 1,3  | 0,0  |
| Säbo- heldygn 0810    | 6,1  | 3,3  | 4,2  | 1,8  | 2,9  | 4,2  |

**Diagram 6. Utveckling av andelen (%) med serviceinsatser från make/maka för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform**

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ordinärt boende 0305  | 11,4 | 9,3  | 8,3  | 6,6  | 4,1  | 3,6  |
| Ordinärt boende 0810  | 17,2 | 14,3 | 11,9 | 9,7  | 9,5  | 9,1  |
| Servicehusboende 0305 | 5,3  | 5,3  | 1,5  | 3,3  | 2,0  | 2,4  |
| Servicehusboende 0810 | 10,2 | 7,4  | 6,8  | 10,3 | 9,7  | 14,3 |
| Säbo- heldygn 0305    | 5,9  | 3,4  | 3,3  | 3,5  | 5,1  | 6,7  |
| Säbo- heldygn 0810    | 10,8 | 8,0  | 4,3  | 3,7  | 2,9  | 0,0  |

**Diagram 7. Utveckling av andelen (%) med informella serviceinsatser från någon för äldreomsorgens debutanter per kohort och initial boendeform**

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Ordinärt boende 0305  | 45,9 | 40,5 | 36,5 | 33,3 | 25,6 | 22,3 |
| Ordinärt boende 0810  | 50,4 | 45,9 | 40,1 | 36,2 | 36,3 | 36,2 |
| Servicehusboende 0305 | 44,3 | 36,1 | 31,6 | 30,8 | 28,9 | 27,0 |
| Servicehusboende 0810 | 55,1 | 42,6 | 48,6 | 43,8 | 40,0 | 52,4 |
| Säbo- heldygn 0305    | 27,1 | 17,8 | 20,0 | 13,4 | 17,9 | 23,3 |
| Säbo- heldygn 0810    | 44,4 | 31,1 | 25,4 | 22,2 | 20,0 | 20,0 |

**Diagram 8 A - C. Genomsnittlig utveckling av genomsnittligt antal IADL - och PADL-beroenden samt SNAC-index över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

A. Initialt ordinärt boende

|                               | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Antal IADL-nedsättningar 0305 | 3,39 | 3,61 | 3,74 | 3,94 | 4,22 | 4,33 |
| Antal IADL-nedsättningar 0810 | 3,15 | 3,34 | 3,53 | 3,74 | 3,88 | 4,05 |
| Antal PADL-nedsättningar 0305 | 0,61 | 0,81 | 1,08 | 1,48 | 1,89 | 2,3  |
| Antal PADL-nedsättningar 0810 | 0,63 | 0,81 | 1,03 | 1,28 | 1,65 | 1,98 |
| SNAC- index 0305              | 1,96 | 2,39 | 3,26 | 4,48 | 5,65 | 7,24 |
| SNAC- index 0810              | 1,94 | 2,41 | 3,02 | 3,65 | 4,59 | 5,63 |

## B. Servicehusboende

|                               | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Antal IADL-nedsättningar 0305 | 3,12 | 3,39 | 3,54 | 3,1  | 3,38 | 3,48 |
| Antal IADL-nedsättningar 0810 | 3,68 | 3,59 | 3,77 | 3,85 | 3,96 | 4    |
| Antal PADL-nedsättningar 0305 | 0,62 | 0,84 | 1,29 | 1,4  | 1,9  | 2,25 |
| Antal PADL-nedsättningar 0810 | 1,32 | 1,22 | 1,46 | 1,42 | 2,07 | 2,11 |
| SNAC- index 0305              | 1,96 | 2,47 | 3,97 | 4,57 | 6,74 | 6,93 |
| SNAC- index 0810              | 3,56 | 3,58 | 4,56 | 3,96 | 5,35 | 5,78 |

## C. Hälsoomsorg

|                               | År 0 | År 1 | År 2 | År 3  | År 4  | År 5  |
|-------------------------------|------|------|------|-------|-------|-------|
| Antal IADL-nedsättningar 0305 | 4,89 | 4,95 | 4,95 | 4,9   | 4,95  | 4,97  |
| Antal IADL-nedsättningar 0810 | 4,33 | 4,58 | 4,62 | 4,65  | 4,62  | 4,69  |
| Antal PADL-nedsättningar 0305 | 2,7  | 2,81 | 2,9  | 3,09  | 3,38  | 3,6   |
| Antal PADL-nedsättningar 0810 | 2,5  | 2,88 | 3,04 | 3,23  | 3,31  | 3,58  |
| SNAC- index 0305              | 7,17 | 8,63 | 9,45 | 10,33 | 11,45 | 12,74 |
| SNAC- index 0810              | 7,27 | 7,96 | 9,81 | 10,85 | 12,08 | 13,38 |

**Diagram 9. Genomsnittlig utveckling av olika former av funktionsnedsättning över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

### A. Initialt ordinärt boende

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Rörelsehinder 0305    | 0,9  | 0,96 | 1,07 | 1,21 | 1,35 | 1,63 |
| Rörelsehinder 0810    | 0,92 | 0,99 | 1,08 | 1,17 | 1,3  | 1,47 |
| Kogn.nedsättning 0305 | 0,31 | 0,38 | 0,5  | 0,62 | 0,77 | 0,85 |
| Kogn.nedsättning 0810 | 0,2  | 0,29 | 0,37 | 0,43 | 0,52 | 0,63 |
| Urininkontinens 0305  | 0,17 | 0,25 | 0,33 | 0,53 | 0,64 | 0,93 |
| Urininkontinens 0810  | 0,13 | 0,17 | 0,24 | 0,33 | 0,45 | 0,6  |
| Avf. Inkontinens 0305 | 0,02 | 0,04 | 0,11 | 0,2  | 0,33 | 0,47 |
| Avf. Inkontinens 0810 | 0,04 | 0,06 | 0,1  | 0,16 | 0,22 | 0,3  |



### B. Initialt servicehusboende

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Rörelsehinder 0305    | 0,97 | 1,06 | 1,25 | 1,37 | 1,51 | 1,53 |
| Rörelsehinder 0810    | 1,32 | 1,44 | 1,65 | 1,42 | 1,63 | 1,86 |
| Kogn.nedsättning 0305 | 0,17 | 0,24 | 0,36 | 0,49 | 0,89 | 0,85 |
| Kogn.nedsättning 0810 | 0,33 | 0,38 | 0,4  | 0,36 | 0,5  | 0,52 |
| Urininkontinens 0305  | 0,15 | 0,5  | 0,48 | 0,51 | 0,79 | 0,78 |
| Urininkontinens 0810  | 0,46 | 0,44 | 0,62 | 0,58 | 0,63 | 0,68 |
| Avf. Inkontinens 0305 | 0    | 0,1  | 0,21 | 0,19 | 0,37 | 0,45 |
| Avf. Inkontinens 0810 | 0,14 | 0,15 | 0,27 | 0,27 | 0,26 | 0,32 |

### C. Initialt heldygnsomsorg

|                       | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Rörelsehinder 0305    | 1,15 | 1,39 | 1,53 | 1,74 | 1,79 | 1,91 |
| Rörelsehinder 0810    | 1,27 | 1,35 | 1,5  | 1,62 | 1,85 | 2,08 |
| Kogn.nedsättning 0305 | 1    | 1,19 | 1,26 | 1,28 | 1,33 | 1,55 |
| Kogn.nedsättning 0810 | 1,04 | 1    | 1,31 | 1,42 | 1,58 | 1,69 |
| Urininkontinens 0305  | 1,05 | 1,14 | 1,36 | 1,45 | 1,67 | 1,81 |
| Urininkontinens 0810  | 0,96 | 1,15 | 1,38 | 1,65 | 1,88 | 1,96 |
| Avf. Inkontinens 0305 | 0,64 | 0,77 | 0,84 | 0,91 | 1,14 | 1,28 |
| Avf. Inkontinens 0810 | 0,5  | 0,5  | 0,88 | 0,96 | 1,27 | 1,54 |

**Diagram 10. Genomsnittlig utveckling av oro, nedstämdhet och beteendeproblem över tiden för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år per initial boendeform för respektive kohort 0305 och 0810**

### A. Initialt ordinärt boende

|                  | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|
| Oro 0305         | 0,32 | 0,34 | 0,44 | 0,51 | 0,64 | 0,72 |
| Oro 0810         | 0,3  | 0,38 | 0,45 | 0,52 | 0,58 | 0,64 |
| Nedstämdhet 0305 | 0,21 | 0,26 | 0,34 | 0,39 | 0,55 | 0,57 |
| Nedstämdhet 0810 | 0,26 | 0,3  | 0,38 | 0,41 | 0,45 | 0,49 |
| Bet.problem 0305 | 0,04 | 0,04 | 0,12 | 0,21 | 0,29 | 0,35 |
| Bet.problem 0810 | 0,03 | 0,04 | 0,08 | 0,12 | 0,17 | 0,21 |

## B. Initialt servicehusboende

|             |      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oro         | 0305 | 0,57 | 0,47 | 0,56 | 0,58 | 0,68 | 0,75 |
| Oro         | 0810 | 0,37 | 0,38 | 0,36 | 0,44 | 0,65 | 0,74 |
| Nedstämdhet | 0305 | 0,48 | 0,48 | 0,52 | 0,54 | 0,61 | 0,65 |
| Nedstämdhet | 0810 | 0,26 | 0,23 | 0,36 | 0,28 | 0,58 | 0,63 |
| Bet.problem | 0305 | 0,17 | 0,15 | 0,2  | 0,37 | 0,46 | 0,45 |
| Bet.problem | 0810 | 0,12 | 0,12 | 0,21 | 0,33 | 0,44 | 0,5  |

## C. Initialt heldygnsomsorg

|             |      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oro         | 0305 | 1,13 | 1,14 | 1,07 | 1,16 | 1,29 | 1,33 |
| Oro         | 0810 | 1,04 | 1,19 | 1,38 | 1,19 | 1,35 | 1,35 |
| Nedstämdhet | 0305 | 0,67 | 0,88 | 0,79 | 0,91 | 1,03 | 1,03 |
| Nedstämdhet | 0810 | 0,88 | 0,92 | 1    | 0,88 | 1,04 | 1,04 |
| Bet.problem | 0305 | 0,39 | 0,65 | 0,69 | 0,86 | 0,95 | 0,93 |
| Bet.problem | 0810 | 0,58 | 0,62 | 0,88 | 0,81 | 1    | 1,15 |

**Diagram 11. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per år för de personer som efter fem år fortfarande var kvar i ordinärt boende eller servicehusboende per kohort**

|             |      | År 0  | År 1  | År 2  | År 3  | År 4  | År 5  |
|-------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ord.boende  | 0305 | 4,33  | 5,12  | 5,5   | 6,62  | 8,7   | 10,11 |
| Ord.boende  | 0810 | 4,65  | 4,94  | 5,60  | 6,88  | 8,11  | 9,50  |
| Serv.boende | 0305 | 7,97  | 9,61  | 10,49 | 10,41 | 14,0  |       |
| Serv.boende | 0810 | 14,54 | 13,30 | 13,13 | 10,18 | 12,55 | 13,31 |

**Diagram 12. Utveckling av andelen (%) samboende för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år, per kohort och boendeform**

|                  |      | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ordinärt boende  | 0305 | 17,1 | 13,0 | 11,4 | 10,1 | 6,8  | 4,9  |
| Ordinärt boende  | 0810 | 17,6 | 15,3 | 13,7 | 13,1 | 13,3 | 11,9 |
| Servicehusboende | 0305 | 12,2 | 7,8  | 5,4  | 6,7  | 5,9  | 5,0  |
| Servicehusboende | 0810 | 9,7  | 9,1  | 6,7  | 10,3 | 10,0 | 11,1 |
| Säbo- heldygn    | 0305 | 5,2  | 2,5  | 1,9  | 0,0  | 1,3  | 0,0  |
| Säbo- heldygn    | 0810 | 6,1  | 3,3  | 4,2  | 1,8  | 2,9  | 4,2  |

**Diagram 13. Utveckling av andelen (%) med serviceinsatser av make/maka respektive av någon för dem som fortfarande var kvar i äldreomsorgen efter fem år, per kohort, samtliga boendeformer**

|  | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| Inf.oms. make/maka, överlevt 5 år, 0305  | 5,5  | 6,0  | 6,4  | 5,5  | 4,4  | 3,8  |
| Inf.oms. make/maka, överlevt 5 år, 0810  | 12,3 | 11,6 | 9,8  | 9,9  | 9,2  | 8,9  |
| Inf. omsorg av ngn , överlevt 5 år, 0305 | 36,7 | 33,7 | 31,0 | 27,1 | 24,7 | 22,2 |
| Inf. omsorg av ngn , överlevt 5 år, 0810 | 46,2 | 43,7 | 39,5 | 38,9 | 37,1 | 36,3 |

**Diagram 14. Genomsnittlig utveckling av antalet IADL-beroenden över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 3,64 | 3,96 | 4,2  | 4,48 | 4,79 | 4,84 |
| 08-10 | Flyttare   | 3,26 | 3,6  | 4,04 | 4,26 | 4,6  | 4,8  |
| 03-05 | Kvarboende | 3,11 | 3,23 | 3,27 | 3,25 | 3,51 | 3,74 |
| 08-10 | Kvarboende | 3,15 | 3,26 | 3,36 | 3,56 | 3,64 | 3,79 |

**Diagram 15. Genomsnittlig utveckling av antalet PADL-beroenden över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

| Antal PADL |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|------------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05      | Flyttare   | 0,62 | 0,99 | 1,52 | 2,23 | 2,86 | 3,57 |
| 08-10      | Flyttare   | 0,77 | 1,11 | 1,56 | 2,16 | 2,93 | 3,63 |
| 03-05      | Kvarboende | 0,62 | 0,68 | 0,76 | 0,82 | 1,06 | 1,31 |
| 08-10      | Kvarboende | 0,63 | 0,73 | 0,88 | 0,98 | 1,24 | 1,42 |

**Diagram 16. Genomsnittlig utveckling av kognitiv nedsättning över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 0,43 | 0,54 | 0,77 | 1,02 | 1,29 | 1,45 |
| 08-10 | Flyttare   | 0,44 | 0,62 | 0,86 | 1,02 | 1,19 | 1,47 |
| 03-05 | Kvarboende | 0,18 | 0,21 | 0,24 | 0,25 | 0,35 | 0,4  |
| 08-10 | Kvarboende | 0,13 | 0,18 | 0,2  | 0,22 | 0,28 | 0,34 |

**Diagram 17. Genomsnittlig utveckling av rörelsehinder över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 0,87 | 0,99 | 1,25 | 1,5  | 1,73 | 2,09 |
| 08-10 | Flyttare   | 0,92 | 1,09 | 1,25 | 1,37 | 1,62 | 1,96 |
| 03-05 | Kvarboende | 0,95 | 0,97 | 0,97 | 1,01 | 1,07 | 1,25 |
| 08-10 | Kvarboende | 0,95 | 0,99 | 1,07 | 1,13 | 1,21 | 1,33 |

**Diagram 18. Genomsnittlig utveckling av inkontinens över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

| Inkontinens     |                 | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| Urininkontinens | Flyttare 0305   | 0,29 | 0,63 | 0,56 | 0,6  | 1,2  | 1,2  |
| Urininkontinens | Flyttare 0810   | 0,17 | 0,26 | 0,46 | 0,73 | 1,03 | 1,42 |
| Urininkontinens | Kvarboende 0305 | 0,15 | 0,21 | 0,22 | 0,23 | 0,3  | 0,41 |
| Urininkontinens | Kvarboende 0810 | 0,14 | 0,17 | 0,19 | 0,21 | 0,26 | 0,33 |
| Avf.inkontinens | Flyttare 0305   | 0    | 0,13 | 0,33 | 0,3  | 0,9  | 1,1  |
| Avf.inkontinens | Flyttare 0810   | 0,02 | 0,06 | 0,18 | 0,39 | 0,6  | 0,89 |
| Avf.inkontinens | Kvarboende 0305 | 0,01 | 0,02 | 0,05 | 0,04 | 0,05 | 0,08 |
| Avf.inkontinens | Kvarboende 0810 | 0,05 | 0,06 | 0,08 | 0,09 | 0,09 | 0,1  |

**Diagram 19. Genomsnittlig utveckling av oro/otrygghet över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 0,42 | 0,47 | 0,63 | 0,77 | 0,95 | 1,18 |
| 08-10 | Flyttare   | 0,31 | 0,53 | 0,75 | 0,87 | 1    | 1,08 |
| 03-05 | Kvarboende | 0,29 | 0,27 | 0,3  | 0,3  | 0,38 | 0,38 |
| 08-10 | Kvarboende | 0,3  | 0,33 | 0,34 | 0,4  | 0,44 | 0,5  |

**Diagram 20. Genomsnittlig utveckling av nedstämdhet över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 0,3  | 0,4  | 0,51 | 0,61 | 0,85 | 0,96 |
| 08-10 | Flyttare   | 0,25 | 0,33 | 0,56 | 0,59 | 0,68 | 0,71 |
| 03-05 | Kvarboende | 0,19 | 0,19 | 0,23 | 0,24 | 0,3  | 0,3  |
| 08-10 | Kvarboende | 0,26 | 0,29 | 0,31 | 0,35 | 0,38 | 0,43 |

**Diagram 21. Genomsnittlig utveckling av beteendeproblem över tiden för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg per kohort**

|       |            | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-------|------------|------|------|------|------|------|------|
| 03-05 | Flyttare   | 0,07 | 0,08 | 0,21 | 0,43 | 0,55 | 0,66 |
| 08-10 | Flyttare   | 0,06 | 0,06 | 0,22 | 0,31 | 0,48 | 0,62 |
| 03-05 | Kvarboende | 0,04 | 0,04 | 0,06 | 0,06 | 0,11 | 0,12 |
| 08-10 | Kvarboende | 0,03 | 0,04 | 0,05 | 0,07 | 0,08 | 0,09 |

**Diagram 22. Utveckling av andelen (%) samboende samt andelen med informella serviceinsatser för "överlevare" som bott kvar respektive flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg**

|                 |                 | År 0 | År 1 | År 2 | År 3 | År 4 | År 5 |
|-----------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|
| Samboende       | Flyttare 0305   | 14,8 | 8,6  | 8,9  | 7,1  | 5,3  | 0,7  |
| Samboende       | Flyttare 0810   | 10,9 | 10,7 | 7,3  | 7,1  | 7,7  | 5,3  |
| Samboende       | Kvarboende 0305 | 13,7 | 11,8 | 12,9 | 10,2 | 8,6  | 7,9  |
| Samboende       | Kvarboende 0810 | 14,9 | 14,8 | 14,4 | 14,7 | 14,6 | 14,1 |
| Andel info.oms. | Flyttare 0305   | 43,0 | 40,4 | 34,2 | 31,1 | 28,5 | 19,9 |
| Andel info.oms. | Flyttare 0810   | 49,5 | 46,5 | 38,3 | 37,1 | 34,9 | 30,8 |
| Andel info.oms. | Kvarboende 0305 | 33,6 | 32,0 | 31,8 | 27,2 | 23,3 | 24,4 |
| Andel info.oms. | Kvarboende 0810 | 44,7 | 44,1 | 41,7 | 41,3 | 39,8 | 39,4 |

**Diagram 23. Övergång mellan ensam/samboende samt avliden och avslut av annan orsak**

A. Efter ett år

| Initialt    | ensamboende | samboende | avslut | död  | Totalt |
|-------------|-------------|-----------|--------|------|--------|
| Ensamboende | 80,3        | 0,5       | 8,4    | 10,7 | 100,0  |
| Samboende   | 10,1        | 66,7      | 9,0    | 14,3 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt    | ensamboende | samboende | avslut | död  | Totalt |
|-------------|-------------|-----------|--------|------|--------|
| Ensamboende | 46,6        | 1,2       | 6,7    | 45,5 | 100,0  |
| Samboende   | 11,2        | 27,1      | 7,4    | 54,3 | 100,0  |

**Diagram 24. Övergång mellan antal IADL-beroenden samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt antal IADL-beroenden | Inga IADL-beroenden | 1 -2 IADL-beroenden | 3 -5 IADL-beroenden | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga IADL-beroenden           | 64,3                | 10,7                | 3,6                 | 14,3   | 7,1  | 100,0  |
| 1 -2 IADL-beroenden           | 0,6                 | 64,5                | 17,1                | 11,0   | 6,8  | 100,0  |
| 3 -5 IADL-beroenden           | 0,5                 | 2,1                 | 76,4                | 7,8    | 13,2 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt antal IADL-beroenden | Inga IADL-beroenden | 1 -2 IADL-beroenden | 3 -5 IADL-beroenden | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga IADL-beroenden           | 10,7                | 14,3                | 39,3                | 10,7   | 25,0 | 100,0  |
| 1 -2 IADL-beroenden           | 0,6                 | 19,2                | 35,3                | 9,6    | 35,3 | 100,0  |
| 3 -5 IADL-beroenden           | 0,2                 | 2,3                 | 40,1                | 6,5    | 50,8 | 100,0  |

**Diagram 25. Övergång mellan antal PADL-beroenden samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt antal PADL-beroenden | Inga PADL-beroenden | 1 -2 PADL-beroenden | 3 -5 PADL-beroenden | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga PADL-beroenden           | 66,5                | 8,8                 | 5,8                 | 11,2   | 7,6  | 100,0  |
| 1 -2 PADL-beroenden           | 5,4                 | 60,9                | 16,3                | 5,4    | 11,9 | 100,0  |
| 3 -5 PADL-beroenden           | 2,4                 | 6,3                 | 64,9                | 3,9    | 22,4 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt antal PADL-beroenden | Inga PADL-beroenden | 1 -2 PADL-beroenden | 3 -5 PADL-beroenden | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga PADL-beroenden           | 25,7                | 11,4                | 15,7                | 9,7    | 37,5 | 100,0  |
| 1 -2 PADL-beroenden           | 4,1                 | 20,3                | 20,0                | 4,4    | 51,2 | 100,0  |
| 3 -5 PADL-beroenden           | 1,5                 | 3,4                 | 23,4                | 3,9    | 67,8 | 100,0  |

**Diagram 26. Övergång mellan grader av kognitiv nedsättning samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 75,0           | 4,7               | 9,4    | 10,9 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 8,8            | 71,9              | 3,5    | 15,8 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 40,8           | 7,7               | 7,6    | 43,9 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 4,4            | 23,7              | 6,1    | 65,8 | 100,0  |

**Diagram 27. Övergång mellan grader av rörelsehinder samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt            | Inga el. lätta | Svåra el. mkt svåra | Avslut | Död  | Totalt |
|---------------------|----------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga el. lätta      | 71,7           | 9,9                 | 8,7    | 9,7  | 100,0  |
| Svåra el. mkt svåra | 8,0            | 67,4                | 8,6    | 16,0 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt            | Inga el. lätta | Svåra el. mkt svåra | Avslut | Död  | Totalt |
|---------------------|----------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga el. lätta      | 30,3           | 19,3                | 7,2    | 43,1 | 100,0  |
| Svåra el. mkt svåra | 6,3            | 31,4                | 7,9    | 54,3 | 100,0  |

**Diagram 28. Övergång mellan PADL-grupper samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initial PADL-grp | PADL-grp 1 | PADL-grp 2 | PADL-grp 3 -5 | Avslut | Död  | Totalt |
|------------------|------------|------------|---------------|--------|------|--------|
| PADL-grp 1       | 68,5       | 11,4       | 2,4           | 10,9   | 6,7  | 100,0  |
| PADL-grp 2       | 3,4        | 64,9       | 12,0          | 7,7    | 12,0 | 100,0  |
| PADL-grp 3 -5    | 0,0        | 5,6        | 66,0          | 2,1    | 26,4 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initial PADL-grp | PADL-grp 1 | PADL-grp 2 | PADL-grp 3 -5 | Avslut | Död  | Totalt |
|------------------|------------|------------|---------------|--------|------|--------|
| PADL-grp 1       | 26,3       | 17,4       | 11,5          | 8,9    | 35,9 | 100,0  |
| PADL-grp 2       | 1,5        | 25,8       | 17,7          | 6,6    | 48,4 | 100,0  |
| PADL-grp 3 -5    | 0,7        | 2,8        | 15,3          | 3,5    | 77,8 | 100,0  |

**Diagram 29. Övergång mellan grader av oro samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 76,1           | 4,1               | 8,9    | 10,9 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 9,2            | 69,2              | 6,7    | 15,0 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 41,9           | 6,1               | 7,5    | 44,5 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 8,3            | 25,0              | 6,7    | 60,0 | 100,0  |

**Diagram 30. Övergång mellan grader av nedstämdhet samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 76,9           | 3,5               | 8,6    | 11,1 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 13,5           | 63,5              | 8,7    | 14,4 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt          | Ingen el. lätt | Svår el. mkt svår | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|----------------|-------------------|--------|------|--------|
| Ingen el. lätt    | 43,4           | 3,3               | 7,5    | 45,7 | 100,0  |
| Svår el. mkt svår | 9,5            | 30,5              | 6,7    | 53,3 | 100,0  |

**Diagram 31. Övergång mellan grader av beteendeproblem samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initialt            | Inga el. lätta | Svåra el. mkt svåra | Avslut | Död  | Totalt |
|---------------------|----------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga el. lätta      | 77,1           | 2,5                 | 8,9    | 11,5 | 100,0  |
| Svåra el. mkt svåra | 17,9           | 64,3                | 3,6    | 14,3 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initialt            | Inga el. lätta | Svåra el. mkt svåra | Avslut | Död  | Totalt |
|---------------------|----------------|---------------------|--------|------|--------|
| Inga el. lätta      | 43,1           | 3,8                 | 7,7    | 45,4 | 100,0  |
| Svåra el. mkt svåra | 14,3           | 10,7                | 0,0    | 75,0 | 100,0  |

**Diagram 32. Övergång mellan antal beviljade veckotimmar hemtjänst samt avliden och avslut av annan orsak, 0810-kohorten (%)**

A. Efter ett år

| Initial                 | Hemtjänst,<br><11 tim/v | Hemtjänst,<br>> 11tim/v | Säbo | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------|--------|------|--------|
| Hemtjänst,<br><11 tim/v | 67,3                    | 8,0                     | 5,3  | 10,6   | 8,8  | 100,0  |
| Hemtjänst,<br>> 11tim/v | 14,8                    | 56,8                    | 10,5 | 3,7    | 14,2 | 100,0  |



B. Efter fem år

| Initial                 | Hemtjänst,<br><11 tim/v | Hemtjänst,<br>> 11tim/v | Säbo | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------|--------|------|--------|
| Hemtjänst,<br><11 tim/v | 28,3                    | 13,3                    | 9,3  | 8,5    | 40,5 | 100,0  |
| Hemtjänst,<br>> 11tim/v | 8,6                     | 20,4                    | 12,3 | 3,7    | 54,9 | 100,0  |

**Diagram 33. Förändring i omfattningen av serviceinsatser från make/maka inkl. avliden och avslut av äldreomsorg av annan orsak, 0810-kohorten (%).**

A. Efter ett år

| Initiala insatser | Inga insatser | Sällan insatser | Ofta insatser | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|--------|------|--------|
| Inga insatser     | 79,9          | 0,3             | 0,2           | 9,1    | 10,5 | 100,0  |
| Sällan insatser   | 26,3          | 55,3            | 5,3           | 7,9    | 5,3  | 100,0  |
| Ofta insatser     | 7,0           | 3,2             | 64,3          | 8,1    | 17,3 | 100,0  |

B. Efter fem år

| Initiala insatser | Inga insatser | Sällan insatser | Ofta insatser | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|--------|------|--------|
| Inga insatser     | 48,0          | 0,0             | 0,2           | 7,6    | 44,2 | 100,0  |
| Sällan insatser   | 27,0          | 27,0            | 2,7           | 8,1    | 35,1 | 100,0  |
| Ofta insatser     | 11,2          | 0,0             | 24,6          | 6,4    | 57,8 | 100,0  |

**Diagram 34. Förändring i omfattningen av serviceinsatser från någon inkl. avliden och avslut av äldreomsorg av annan orsak (%)**

A. Efter ett år

| Initiala insatser | Inga insatser | Sällan insatser | Ofta insatser | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|--------|------|--------|
| Inga insatser     | 71,1          | 4,8             | 2,4           | 10,5   | 11,1 | 100,0  |
| Sällan insatser   | 5,1           | 73,7            | 3,9           | 8,1    | 9,3  | 100,0  |
| Ofta insatser     | 7,4           | 4,3             | 67,0          | 7,9    | 13,3 | 100,0  |


B. Efter fem år

| Initiala insatser | Inga insatser | Sällan insatser | Ofta insatser | Avslut | Död  | Totalt |
|-------------------|---------------|-----------------|---------------|--------|------|--------|
| Inga insatser     | 17,8          | 18,6            | 11,0          | 7,6    | 45,0 | 100,0  |
| Sällan insatser   | 11,6          | 4,0             | 29,2          | 6,0    | 49,2 | 100,0  |
| Ofta insatser     | 29,3          | 2,4             | 13,6          | 6,2    | 48,6 | 100,0  |

SNAC – The Swedish National Study on Aging and Care – är en långsiktig nationell studie av åldrande och vård och omsorg om de äldre. Studien har initierats av regeringen och genomförs i fyra områden i Sverige. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är huvudman för den del av studien som genomförs i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm.

Denna rapport är en uppföljning av en tidigare studie (Äldrecentrum rapport 2013:7). Den beskriver utvecklingen när det gäller omsorgsbehov och beviljade insatser under fem år för dem som under åren 2003-2005, 2008-2010 samt 2013-2015 för första gången beviljades äldreomsorg. Det är dessa vi kallar äldreomsorgens ”debutanter”. Båda studierna baseras på longitudinella data som samlats in i SNAC-K, vårdsystemdelen.

Många av slutsatserna från den föregående studien står sig fortfarande, men det har också skett tydliga förändringar. Den stora ökningen av antalet yngre äldre och minskningen av antalet mycket gamla kvinnor har lett till att debutanterna i genomsnitt blivit yngre. Debutanterna lever nu längre och den betydande neddragningen av antalet boendeplatser har gjort att en mycket lägre andel flyttar direkt till särskilt boende utan föregående hemtjänst. Dessa förändringar är till stor del generella och gäller troligen för hela riket.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg.