

1

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Biståndsbeslut i Liljeholmen

Lagergren 2002

**Rapport från undersökning avseende
biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i
Liljeholmen**

Mårten Lagergren

Rapporter / Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2002:5

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord.....	4
Sammanfattning.....	5
1. Bakgrund och syfte.....	9
2. Material och metod.....	11
2.1 Studiens uppläggning i stort.....	11
2.2 De undersökta biståndsmottagarna - översiktlig redovisning.....	13
2.2.1 Allmänt.....	13
2.2.2 Tidigare bistånd.....	14
2.3 ÄSIM-metoden för bedömning av brister i omgivning och personligt vårdberoende.....	17
2.3.1 Brister i omgivningen.....	17
2.3.2 Personligt vårdberoende.....	18
3. Resultat av biståndsbedömningen.....	19
3.1 Handläggarnas bedömning av brister i omgivningen och personligt vårdberoende	19
3.1.1 Brister i omgivningen	19
3.1.2 Personligt vårdberoende.....	21
3.2 Kontrollbedömning och korrigering.	23
3.3 Beviljad vård.....	25
3.3.1 Boendeform för beviljad vårdinsats	25
3.3.2 Beviljad vårdnivå.....	27
3.3.3 Beviljade hemtjänstinsatser	28
3.3.4 Beviljade stödinsatser.....	30
3.4 Beviljade vårdinsatser givet kategori av vårdberoende.....	32
3.4.1 Boendeform för beviljade vårdinsatser.....	32
3.4.2 Bevilj. vårdnivå givet kategori av vårdberoende.....	35
3.4.3 Beviljad hemtj. givet kategori av vårdberoende.....	38

4. Diskussion och slutsatser.....	42
5. Tabeller.....	49
5.1 Vårdberoende och boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare	50
5.2 Vårdberoende och beviljad vårdnivå per handläggare.....	52
5.3 Vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser per handläggare	54
5.4 Regressionsanalys avseende beviljad vårdnivå.....	56
5.5 Regressionsanalys avseende beviljat antal hemtjänsttimmar.....	57
5.6 Regressionsanalys avseende beviljat antal hemtjänsttimmar.....	58
Bilaga 1. ÄSIM-metoden: Blankett och anvisningar för ifyllande.....	59
Bilaga 2. Kontrollmätning och korrigering av vårdberoendebedömningen.....	65

Förord

Mätningar i syfte att klarlägga om det finns systematiska skillnader mellan olika socialdistrikt och handläggare när det gäller bedömningen av biståndsbehov inom äldreomsorgen har nu genomförts av Äldrecentrum i ett stort antal stadsdelar och tidigare socialdistrikt i Stockholm. Den här rapporten redovisar en ytterligare undersökning med samma metodik avseende biståndsbedömningen inom stadsdelen Liljeholmen. Undersökningen har gjorts med samma metodik som tidigare. Detta innebär en registrering av i det här fallet sammanlagt 278 biståndsbeslut fördelat på tio handläggare. För 59 av dessa har genomförts en särskild kontrollbedömning. Registreringen har omfattat beviljad vårdinsats och bedömt vårdberoende. Vidare har en registrering gjorts av olika faktorer som kan tänkas ha inverkat på biståndsbesluten. Bedömning av brister i omgivning och det personliga vårdberoendet har gjorts enligt ÄSIM-metoden kompletterad med Katz ADL-index.

Undersökningen av biståndsbedömningen i Liljeholmen har gett resultat som stämmer väl med tidigare undersökningar. Beviljade insatser ligger i stort sett på samma nivå som för övriga undersökta stadsdelar. Betydande skillnader i biståndsbedömningen har påvisats mellan olika handläggare, men dessa förefaller dock i Liljeholmsundersökningen ha något mindre omfattning. Det är viktigt att notera att undersökningar av detta slag inte kan svara på frågan om vad som är ”rätt” bistånd givet vissa behov. Vad som däremot kan ifrågasättas mot bakgrund av denna och de tidigare undersökningarna av samma slag är om det finns klara riktlinjer för biståndsbedömningen, som är kända och tillämpade av alla handläggare. En tydlig diskussion kring dessa frågor bör därigenom bli en viktig följd av undersökningen.

Sven-Erik Wånell

Direktör

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Sammanfattning

I syfte att klarlägga om det finns systematiska skillnader mellan olika socialdistrikt när det gäller handläggarnas bedömning av biståndsbehov inom äldreomsorgen har Äldrecentrum de senaste åren genomfört ett antal undersökningar avseende biståndsbedömningen i olika socialdistrikt och stadsdelar i Stockholm (jfr Äldrecentrums rapporter 1996:3, 1996:8, 1997:12, 1998:8, 2000:1, 2001:4, 2001:5). Föreliggande rapport redovisar en ytterligare undersökning med samma metodik avseende biståndsbedömningen inom stadsdelen Liljeholmen.

Undersökningen har involverat tio handläggare och omfattat en granskning av sammanlagt 278 biståndsbeslut, d v s i genomsnitt 28 beslut per handläggare. Fördelningen av beslut på handläggarna är emellertid mycket ojämn. För fyra av handläggarna understiger antalet beslutade ärenden femton. För dessa handläggare har det inte bedömts meningsfullt att göra någon djupare statistisk analys.

Registreringen har omfattat beviljad vårdinsats och bedömt vårdberoende. Vidare har en registrering gjorts av olika faktorer som kan tänkas ha inverkat på biståndsbesluten. De personer som granskningen omfattar har av olika skäl blivit aktuella för biståndsbedömning under den aktuella perioden – 8 mars till 12 september 2002. De representerar inte något slumpmässigt urval bland vårdtagarna. Knappt 40% är nya ärenden, d v s personer som ej tidigare erhållit bistånd av äldreomsorgen. Endast personer 65 år och äldre ingår i undersökningen.

För varje granskat ärende har liksom vid föregående undersökningar registrerats dels personliga uppgifter som ålder, kön, civilstånd, sam- eller ensamboende, dels uppgifter om tidigare boendeform, vårdnivå och vårdinsats. Vidare har en bedömning gjorts enligt ÄSIM-metoden av brister i omgivning - bostadens kvalitet och tillgänglighet samt tillgången till informellt socialt stöd - och det personliga

vårdberoendet. Den senare bedömningen omfattar funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och dement beteende samt skattning av Katz ADLindex. Utgående ifrån vårdberoendebedömningen har en gruppering gjorts av de undersökta personerna i vårdberoendeklasser - lätta, medellätta, medeltunga och tunga. Slutligen har registrerats resultatet av biståndsbedömningen uttryckt som beviljad boendeform/vårdinsats och beslutad vårdnivå samt för personer, som beviljats vårdinsats i ordinärt boende eller serviceboende, beviljad hemtjänst och andra stödinsatser.

Bedömningarna av brister i omgivning och personligt vårdberoende har utförts av resp. biståndshandläggare. I syfte att säkerställa att bedömningen skett på ett likartat sätt har 59 ärenden, d v s cirka 20%, slumpmässigt utvalts för en kontrollmätning av en utomstående bedömare. Kontrollmätningen visade på relativt stora avvikelser – speciellt för två handläggare. Som följd härav korrigerades indexvärdena för vårdberoendet i proportion till den uppmätta avvikelsen i syfte att göra dessa jämförbara mellan handläggarna. Korrektionen gjordes för samtliga handläggare utom en, där överensstämmelsen redan från början var så gott som fullständig.

De erhållna uppgifterna har bearbetats statistiskt i syfte att klarlägga om det finns systematiska skillnader mellan handläggarna när det gäller det bistånd som beviljas en person i en viss situation med vissa behov. Huvuddelen av analysen har härvid varit inriktad på att beskriva fördelningen på beviljat bistånd - boendeform, vårdnivå och hemtjänstinsats - per klass av vårdberoende. Genom standardisering, d v s antaget att alla handläggare har samma fördelning på vårdberoendeklasser, har sedan en jämförelse kunnat göras mellan handläggarna. I syfte att klargöra inverkan också av andra faktorer än vårdberoendet har vidare gjorts regressionsanalyser med bland annat det föregående biståndsbeslutet - om ett sådant funnits – samt vårdtagarnas ålder, kön, sam/ensamboende, socialt stöd och bostadens tillgänglighet som förklarande variabler.

Som sammanfattning kan man konstatera att undersökningen av biståndsbedömningen i Liljeholmen gett resultat som stämmer väl med tidigare undersökningar, men att också vissa avvikelser kan noteras. Sålunda överensstämmer andelarna som beviljats olika boendeformer mycket väl med genomsnittet för tidigare undersökningar med undantag för att något fler än tidigare beviljats insatser i ordinärt boende utan hemtjänst. En osäkerhetsfaktor är dock det förhållandevis stora bortfallet vad gäller boendeform. Fördelningen på beslutad vårdnivå är i Liljeholmen-undersökningen mer koncentrerad till de mellanliggande vårdnivåerna än genomsnittet för tidigare undersökningar. Det är betydligt färre personer, som har fått beslut om vårdnivå 8 eller vårdnivå 1-2 och omvänt betydligt fler som tilldelats vårdnivå 3-7 än genomsnittligt. Det är också färre personer som fått avslag. Den genomsnittliga beviljade insatsen av hemhjälp i ordinärt boende och serviceboende är något lägre än genomsnittet för de tidigare undersökningarna. En något mindre andel än genomsnittligt av de undersökta personerna har beviljats insatser på kvällar och betydligt färre nattetid. Andelen som fått beslut om hemvårdsbidrag är också lägre än genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar och distrikt. Även dagverksamhet, avlastning och demensverksamhet har i Liljeholmen något mindre omfattning än genomsnittligt i de tidigare undersökta distrikten/stadsdelarna.

De observerade avvikelserna mot genomsnittet för tidigare undersökningar kan knappast förklaras av en annan sammansättning av de undersökta personerna. Något fler än tidigare, som genomsnitt räknat, bodde i bostäder med kvalitetsbrister och bostäderna hade en något sämre tillgänglighet. Det sociala stödet från anhöriga och andra närstående låg dock på samma nivå med vad som i genomsnitt tidigare uppmätts. Även den okorrigerade vårdberoendefördelningen enligt det s.k. SUM2-index överensstämde mycket väl med tidigare registrerade värden. Drygt 23% av vårdtagarna klassificerades som medeltunga eller tunga jämfört med 22% vid tidigare undersökningar. De uppmätta genomsnittsvärdena för de olika ÄSIM-variablerna stämde också väl med genomsnittet för de tidigare undersökningarna – endast när det gäller funktionsnedsättning kan en

mindre avvikelse uppåt noteras. Även genomsnittsvärdet för Katz-index överensstämde i stort sett med tidigare genomsnitt.

Denna undersökning visar - liksom de tidigare som Äldrecentrum gjort av samma slag - att det finns betydande skillnader mellan handläggarna i utfallet av biståndsbedömningen. Skillnader finns i såväl beviljad boendeform och beslutad vårdnivå som beviljat antal hemtjänsttimmar och andra stödinsatser i eget boende. Dessa skillnader kvarstår med i stort sett oförändrad omfattning även efter det att en standardisering gjorts för skillnader i vårdberoende mellan de olika grupperna av vårdtagare. Skillnaderna förefaller dock i Liljeholms-undersökningen ha mindre omfattning och är – till skillnad från de tidigare undersökningarna – statistiskt säkerställda endast på 10%-nivån¹.

Analysen visar att de faktorer som mest påverkar bedömningen av erforderlig vårdnivå är det personliga vårdberoendet och – oberoende härav – det tidigare biståndsbeslutet. Av de olika delfaktorerna inom vårdberoendebedömningen är det framförallt funktionsnedsättning, rörelsehinder och dement beteende som påverkar den beslutade vårdnivån. Inga andra variabler – kön, hög ålder, ensamboende, dåligt socialt stöd, bostadens tillgänglighet – påverkar statistiskt signifikant vårdnivåbeslutet. Även tilldelningen av hemtjänsttimmar bestäms i första hand av tidigare beslut och personligt vårdberoende. Funktionsnedsättningen är även här den viktigaste behovsvariabeln under det att demens inte synes påverka timtilldelningen.

¹ Detta innebär att sannolikheten för att de noterade skillnaderna skulle vara ett resultat av slumpen är mindre än en tiondel. I tidigare undersökningar har motsvarande sannolikhet varit mindre än 5%.

1. Bakgrund och syfte

Under åren 1996 - 1998 genomförde Äldrecentrum ett antal undersökningar, som syftade till att klarlägga eventuella systematiska skillnader när det gäller handläggarnas bedömning av biståndsbehov inom äldreomsorgen. Undersökningarna genomfördes med identisk metodik. I de första två undersökningarna, som genomfördes på uppdrag av Socialtjänsten i Stockholm, programstab äldre- och handikappomsorg, deltog tio socialdistrikt: Centrala stan, Katarina/Sofia, Vantör, Brännkyrka, Skärholmen, Bromma/Västerled hösten 1995 och Enskede, Skarpnäck, Norra Farsta och Hässelby/Vällingby sommaren 1996.

Fem ytterligare undersökningar med samma uppläggning har sedan utförts på uppdrag av resp. stadsdelsförvaltningar våren/sommaren 1997 i stadsdelen Söderled (motsv i stort Norra Farsta-distriktet), våren 1998 i stadsdelen Hornstull, hösten 1999 i stadsdelen Katarina-Sofia samt hösten 2000 i Hässelby/Vällingby och Vantör.

Uppläggning och resultat för de genomförda undersökningarna finns beskrivna i sju rapporter från Äldrecentrum². De två första undersökningarna innefattade en granskning av totalt 2 931 biståndsbeslut - ca 300 per distrikt - med avseende på beviljad vårdinsats och bedömt vårdberoende. Vidare gjordes en kartläggning av olika faktorer i distrikten som kunde tänkas inverka på biståndsbesluten. I syfte att säkerställa att bedömningen skett på ett likartat sätt i alla distrikt utvaldes 10% av ärendena, d v s ca 30 per distrikt, slumpmässigt för en kontrollmätning av en utomstående bedömare. Vid de stadsdelsvisa undersökningarna i Söderled, Hornstull, Katarina-Sofia, Vantör och Hässelby/Vällingby har på samma sätt granskats omkring

2 : Finns det systematiska skillnader i biståndsbesluten mellan socialhandläggarna i Stockholm (Rapporter/ Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1996:3 resp. 1996:8) och "Rapport från undersökning avseende biståndshandläggningen inom äldreomsorgen i Söderled", "...i Hornstull", "...Katarina-Sofia", "...i Vantör" samt "...i Hässelby/Vällingby (Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 1997:12, 1998:8, 2000:1, 2001:5 samt 2001:4).

300 biståndsbeslut per stadsdel. Kontrollmätning av vårdberoendet har i dessa fall gjorts för ca. 20% av ärendena.

De utförda undersökningarna har genomgående visat på stora skillnader i biståndsbesluten mellan såväl de undersökta distrikten/stadsdelarna som mellan de enskilda handläggarna. Detta har gällt boendeform för beviljad vårdinsats, beslutad vårdnivå och beviljat antal hemtjänsttimmar och andra stödinsatser i boendet. Skillnaderna har ofta varit betydligt större än vad som kan förklaras genom skillnader i vårdberoende eller andra faktorer som kan tänkas påverka biståndsbesluten.

Stadsdelsnämnden i Liljeholmen gav i december 2001 i uppdrag till Äldrecentrum att under våren-sommaren 2002 genomföra en undersökning av biståndsprövningen i stadsdelen med samma metodik som använts i de tidigare undersökningarna. I rapporten beskrivs uppläggning och resultat av denna undersökning.

2. Material och metod

2.1 Studiens uppläggning i stort

Undersökningens huvuddel har liksom tidigare bestått i en granskning av ett antal biståndsbeslut med avseende på beviljad vårdinsats och bedömt vårdberoende. Tio handläggare har deltagit i undersökningen. Liksom vid tidigare undersökningar har ett antal ärenden – denna gång 59 stycken, motsvarande cirka 20% – utvalts slumpmässigt för kontrollmätning av en utomstående bedömare. Kontrollerna har skett genom intervjuer med biståndsmottagare och/eller anhöriga, genom den dokumentation som funnits i personakter samt genom intervjuer med vårdpersonal. Tabell 2.1 visar antalet granskade ärenden resp. kontroller per handläggare.

Tabell 2.1 Antal granskade ärenden samt kontroller per handläggare

Handläggare	Antal ärenden	Antal kontroller
A	35	5
B	7	3
C	38	9
D	61	9
E	19	8
F	3	2
G	48	10
H	5	2
I	11	4
J	52	7
Totalt Liljeholmen	279	59

Som framgår av tabell 2.1 är det en stor variation i antalet registrerade ärenden per

handläggare. För fyra av handläggarna – B, F, H och I – understiger antalet ärenden femton. Antalet ärenden är där för litet för att det skall gå att göra någon djupare statistisk analys av biståndsbedömningen. När i fortsättningen resultat redovisas per handläggare är dessa handläggare utelämnade. Uppgifterna finns dock med i de redovisningar som avser Liljeholmen totalt. Bortfallet av fyra handläggare medför också att elva av kontrollbedömningarna faller bort. Det återstår därmed 48 ärenden, som kontrollerats med avseende på vårdberoende-bedömningen av de totalt 253, som registrerats av de återstående sex handläggarna.

Undersökningen har utförts på samma sätt som tidigare undersökningar. I samband med att man fattat biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen har ordinarie biståndshandläggare registrerat olika uppgifter angående den person biståndsbeslutet gäller. Registreringen har avsett ärenden, som aktualiserats under perioden 8 mars till 12 september 2002. Liksom tidigare ingick endast personer 65 år och äldre i undersökningen.

De uppgifter som registrerats är, förutom personuppgifter som ålder och kön, uppgifter om tidigare och nu beviljad, boendeform, vårdnivå och vårdinsats. Vidare har registrerats uppgifter om bostadens kvalitet och tillgänglighet, socialt stöd samt personligt vårdberoende enligt ÄSIM-metoden och funktionsförmåga enligt Katz-ADL-index (se sid. 18). Det personliga vårdberoendet mäts i fem variabler - brister i funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och demens. Katz-ADL-index anger olika grader i förmågan att klara aktiviteter i dagligt liv såsom födointag, förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning etc. Registreringen har skett på i stort sett samma formulär och med stöd av samma skriftliga instruktioner som vid tidigare undersökningar (se bilaga 1), men liksom vid de föregående undersökningarna i Hornstull, Katarina-Sofia, Hässelby /Vällingby och Vantör har en viss utökning skett av de registrerade variablerna (jfr sid. 30).

2.2 De undersökta biståndsmottagarna - översiktlig redovisning

2.2.1 Allmänt

De 279 ärenden, som ingått i undersökningen, avser personer som av olika skäl blivit aktuella för biståndsbedömning under den aktuella perioden. Samma person kan i vissa fall ha bedömts mer än en gång. Knappt 40% av personerna (109) har ej tidigare varit beviljade bistånd, resten representerar omprövningar av tidigare biståndsbeslut. Andelen varierar mellan handläggarna från 31% (handläggare A och C) till 58% (handläggare E). I samband med biståndsprövningen har biståndshandläggarna registrerat uppgifter om de undersökta personerna avseende deras ålder, kön, civilstånd och om de var ensam- eller samboende. Nedan ges en översiktlig redovisning av dessa uppgifter.

Medelåldern för samtliga personer i undersökningen var 83,1 år med en variation mellan handläggargrupperna från 79,6 år (handläggare E) till 85,1 år (handläggare I). Av hela undersökningsgruppen var drygt en tredjedel män med en variation mellan handläggarna från 17% (handläggare A och H) till 53% (handläggare E). Drygt hälften (55%) av personerna i undersökningsgruppen var änkor eller änklingar, knappt en fjärdedel (23%) var gifta, drygt 10 procent var skilda och resten (11%) ogifta. Fördelningen på civilstånd skilde dock starkt mellan handläggarna. Av de klienter som bedömdes av handläggare E var endast en person gift (6%) mot nästan en tredjedel av dem som bedömts av handläggarna C, D och E. I "C-gruppen" utgjorde änkor/änklingar inte mer än 30 procent att jämföra med en dubbelt så stor andel av dem, som bedömts av handläggarna D och G. Andelen frånskilda varierade från 3% (handläggare D) till 28% (handläggare E). I hela undersökningsgruppen var huvuddelen (76%) ensamboende. Även här var skillnaderna stora mellan handläggarna. Av de personer, som bedömts av handläggare J var drygt 90% ensamboende, i I-gruppen endast sex av tio (62%).

Skillnaderna mellan handläggarna när det gäller de undersökta personernas sociala

förhållanden avspeglar skillnader mellan de bostadsområden inom stadsdelen, som resp. handläggare varit ansvarig för.

2.2.2 Tidigare bistånd

För samtliga personer som ingick i undersökningen har biståndshandläggarna registrerat uppgifter om de vårdinsatser, som var aktuella omedelbart före vårdberoendemätningen och det nya biståndsbeslutet. De uppgifter som registrerats avser tidigare vårdinsats och boende, vårdnivå, hemtjänstinsatser och stödinsatser.

Tidigare boendeform och vårdinsats

Den tidigare boendeformen och vårdinsatsen registrerades i fem grupper - ordinärt boende med resp. utan hemtjänst, servicehus, ålderdomshem samt sjukhem. Under boendeformen ålderdomshem ingår även de som bodde i gruppboende.

Tidigare boendeform har registrerats för 78% av de undersökta personerna. Bland dessa är den vanligaste tidigare boendeformen ordinärt boende (88%) med eller utan hemtjänst. En tiondel (11%) bodde sedan tidigare i servicehus. Endast en person bodde tidigare på sjukhem och ingen på ålderdomshem eller gruppboende.

Det finns vissa skillnader mellan handläggarna när det gäller registrerad tidigare boendeform för de undersökta personerna. Detta gäller särskilt serviceboendet. Av de personer, som bedömts av handläggarna G och J, bodde en sjättedel tidigare på servicehus, men ingen av de som bedömts av handläggare A.

Tidigare vårdnivå

Vårdnivå, eller omsorgsnivå, är det mått som används av socialtjänsten i Stockholm för att beskriva biståndsinsatsens omfattning. Vårdnivån anges i en skala från 1 till 8 enligt nedanstående definition:

- 1 - tillfällig hjälp i hemmet
- 2 - hjälp med serviceinsatser högst två gånger i veckan
- 3 - hjälp regelbundet vardagar
- 4 - hjälp regelbundet alla dagar i veckan
- 5 - hjälp flera gånger varje dag
- 6 - hjälp varje dag och tillsyn natt
- 7 - hjälp dagtid och regelbunden hjälp natt eller ålderdomshem och gruppbostad
- 8 - kontinuerlig hjälp dygnet runt eller sjukhem

I undersökningen har vårdnivåerna kompletterats med nivå 0 som innebär att inget bistånd tidigare varit beviljat.

Av de personer som ingick i undersökningen var som tidigare nämnts 39% inte tidigare beviljade något bistånd. Drygt en sjättedel (18%) var beviljade tillfällig hjälp eller serviceinsatser högst två gånger i veckan. Tre av tio (30%) var beviljade insatser i vårdnivå 3 - 5 och resten (12%) var beviljade hjälp i någon vårdnivåerna 6 eller 7. Ingen av de bedömda personerna var tidigare beviljad vårdnivå 8. Även med avseende på tidigare bistånd fanns stora skillnader mellan handläggarna. Andelen nya ärenden varierade från 31% (handläggare A och C) till 58% (handläggare E). Andelen som tidigare beviljats bistånd på nivå sex eller sju var som högst 23% (handläggare G) och lägst 5% (handläggare E).

Tidigare hemtjänstinsatser

För de personer, som vid tidpunkten för vårdberoendemätningen bodde i ordinärt boende eller på servicehus och var beviljade hemtjänst, har registrerats antalet beviljade timmar per vecka samt om man varit beviljad hjälp på kvällar och nätter. I den registrerade tiden har då denna hjälp inräknats. Vidare har registrerats om man haft hjälp i form av hemvårdsbidrag.

Även när det gäller tidigare hemtjänst fanns betydande variationer mellan handläggarna. Den genomsnittliga tidigare insatsen varierade från 2.8 timmar per vecka för de som bedömts av handläggare E till 17.1 veckotimmar för handläggare A. Totalt var genomsnittet 9.8 timmar per vecka, vilket väl överensstämmer med det som i genomsnitt brukat redovisas från tidigare undersökta stadsdelar.

Hjälp kvällar och nätter bland dem som tidigare fått bistånd varierade också mellan de olika grupperna. Genomsnittligt var andelen med hjälp kväll och/eller natt relativt hög (27% resp. 8%). Av de personer, som bedömdes av handläggare E hade dock ingen tidigare haft hjälp på kvälls- eller nattetid, medan bland de personer som bedömts av handläggarna C och G nästan en tredjedel tidigare hade hjälp kvällar och i G-gruppen nästan var femte hjälp nätter. I A- och E-grupperna hade ingen tidigare hjälp nattetid. Hemvårdsbidrag förekom endast i C-gruppen.

Tidigare stödinsatser

Som stödinsatser har registrerats dagvård, avlastning, dagverksamhet för dementa och tillgång till larm samt för första gången i denna undersökning korttidsboende. Registrering av rehabilitering i hemmet, som gjorts i några tidigare undersökningar, har här utgått. Registreringen avsåg endast de som bodde i ordinärt boende eller på servicehus. Avlastning förekom i ringa omfattning (4%) bland de som varit beviljade hemtjänst. Dagvård var ännu ovanligare – som genomsnitt 2% – och endast i två av grupperna – D och E. Dagvårdsinsatser för dementa personer var tidigare beviljad för

ännu färre personer – sammanlagt tre personer (1,5%). Nästan hälften (45%) hade tillgång till larm. Andelen varierade från 20% (A-gruppen) till två tredjedelar (J-gruppen).

2.3 ÄSIM-metoden för bedömning av brister i omgivning och personligt vårdberoende

Bedömningen av de undersökta personernas vårdberoende och brister i deras omgivning, som kan påverka deras behov av hjälp, har skett enligt den s.k. ÄSIM-metoden. Denna metod har utvecklats av Mårten Lagergren och utprovats i Solna och Sigtuna kommuner under en följd av år samt använts vid samtliga av Äldrecentrum genomförda, tidigare undersökningar av biståndshandläggningen. Formulär och anvisningar för ifyllandet av detta redovisas som bilaga till denna rapport. Gemensamt för alla variabler, som mäts enligt ÄSIM-metoden, är en skala som går från 0 till 3, där 0 betyder inga problem och 3 betyder mycket stora problem eller brister. De definitioner som styr valet av skalsteg finns i bilagan.

2.3.1 Brister i omgivningen

”Brister i omgivningen” är i ÄSIM-systemet ett samlingsbegrepp för biståndsmottagarens boendestandard, bostadens tillgänglighet samt det sociala stöd som biståndsmottagaren har från närstående. Uppgifter om detta har endast registrerats för de personer, som tidigare bott i ordinärt boende eller på servicehus.

Bostadens kvalitet bedöms utifrån den standard bostaden har. Värdet ”0” innebär att bostaden är anpassad efter det personliga behovet. *Bostadens tillgänglighet* bedöms utifrån hur tillgänglig bostaden är för personer med olika grad av rörelsehinder och där betyder ”0” att bostaden är tillgänglig för den som är rullstolsburen. *Socialt stöd* bedöms utifrån hur frekvent vårdtagaren får stöd av annan, närstående person. Värdet ”0” betyder i detta fall att vårdtagaren får hjälp och stöd från en person som bor i

samma hushåll.

2.3.2 Personligt vårdberoende

Vårdberoende mäts i ÄSIM-systemet på två sätt, dels genom de s.k. ÄSIM-variablerna - brister i funktionsförmåga, rörelsehinder, inkontinens, otrygghet och demens - dels genom Katz ADL-index. Summan av ÄSIM-variablerna ger ett index på vårdberoende (SUM 2), som går från 0 till 15. Liksom i de tidigare undersökningarna har vårdtagarna indelats i fyra vårdberoende-klasser - lätta, medellätta, medeltunga och tunga - utgående från detta index enligt följande definition:

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

Katz-skalan avser olika grader i förmågan att klara aktiviteter i dagligt liv såsom födointag, förflyttning, toalettbesök, på- och avklädning etc. Den innehåller 8 nivåer - A, B,.....,G samt Ö. A betecknar inga begränsningar i angivna aktiviteter, G totalt beroende av hjälp för samtliga och Ö är en extra klass för de som faller utanför den angivna ordningen i bortfall av förmåga. Vid beräkningen av medelvärdet för Katz ADL-index har A givits värdet 1 och G värdet 7. Kategori Ö har här utelämnats. I undersökningarna i Hässelby/Vällingby och Vantör gjordes gruppindelningen enligt ovan utgående från Katz-index beroende på det stora bortfallet för SUM2-index. Detta är dock inte aktuellt i denna undersökning, där bortfallet för SUM2-index inte uppgår till mer än 6%.

3. Resultat av biståndsbedömningen

3.1 Handläggarnas bedömning av brister i omgivningen och personligt vårdberoende

3.1.1 Brister i omgivningen

Bostadens kvalitet, bostadens tillgänglighet samt graden av socialt stöd har endast registrerats för de som bodde i ordinärt boende eller i servicehus. Resultatet av bedömningen framgår av tabell 3.1 nedan. Som nämnts ovan visar ett högt värde stora brister och ett lågt värde små brister. Liksom ovan redovisas i fortsättningen inga uppgifter för handläggare B, F, G och I, eftersom antalet personer som registrerats av dessa handläggare är för lågt för att det skall gå att dra slutsatser. Dessa observationer ingår emellertid i beräknade medelvärden för samtliga handläggare.

Tabell 3.1 Brister i omgivningen

Handläggare	Bostadens kvalitet	Bostadens tillgänglighet	Brister i socialt stöd
A	0.93	1.35	1.67
C	1.00	1.61	1.33
D	0.98	1.48	1.36
E	0.64	2.07	1.43
G	0.95	2.18	1.67
J	0.70	1.74	1.00
Totalt Liljeholmen	0.86	1.67	1.58
Samtliga stadsdelar/ socialdistrikt	0.62	1.41	1.59

Boendekvalitén för de undersökta personerna i Liljeholmen var som framgår av tabell 3.1 något sämre än genomsnittet för tidigare undersökta distrikt/stadsdelar. Andelen med bostäder anpassade till personliga behov var som man kan vänta högre för dem

som tidigare bodde i servicehus än för de i ordinärt boende – 36% resp. 12%. Bostädernas standard och anpassning till de boendes personliga behov skiljer, som framgår av tabellen ovan, ganska avsevärt mellan de undersökta personerna för olika handläggare – delvis men inte helt som följd av olikheter i andelen servicehusboende. Av dem som bedömts av handläggare C, där 20% bodde på servicehus, hade ingen tillgång till bostad med hög standard, som var anpassad till personliga behov. I E-gruppen, där endast en person bodde på servicehus, hade mer än en tredjedel (37%) en bostad anpassad till personliga funktionshinder.³ Genomgående var dock bostadskvalitén hög i alla grupper. Endast en person bodde i en bostad med låg standard innebärande att bostaden saknade minst en av kvalitetskriterierna varmt och kallt vatten, centralvärme, modern spis eller toalett, dusch eller bad inomhus.

Även bostädernas tillgänglighet var för de undersökta personerna i Liljeholmen något sämre än genomsnittet för tidigare undersökta distrikt/stadsdelar. Variationen mellan handläggarna var emellertid stor även i detta fall. Mer än två tredjedelar (69%) av de personer, som bedömts av handläggare G, bodde i en bostad med mycket dålig tillgänglighet, dvs. en bostad som inte är tillgänglig för andra personer än de som saknar rörelsehinder. Även i E-gruppen bodde mer än hälften av personerna i lägenheter med så dålig tillgänglighet. Av de som bedömts av handläggare A bodde å andra sidan mindre än en tredjedel i en sådan bostad och mer än en tredjedel i bostäder som är tillgängliga även för en rullstolsburen person. Det senare gällde också för samtliga personer i serviceboende utom en. Anmärkningsvärt är att av de personer som bodde i bostäder med mycket låg tillgänglighet en tredjedel (32%) hade svåra eller mycket svåra rörelsehinder.

Det sociala stödet från anhöriga eller andra närstående överensstämde väl med vad som uppmätts som genomsnitt i de tidigare undersökningarna. Totalt fick nästan var tredje person (30%) hjälp dagligen av anhörig eller annan person. Av de som tidigare inte haft

³ Dessa avvikande resultat antyder brister i registreringen, vilket också bekräftats genom kontrollmätningen, som gav låg samstämmighet mellan bostadsbedömare och kontrollmätning när det gäller bostadskvalitén (jfr sid. 24)

bistånd var andelen betydligt högre än för de tidigare vårdtagarna – 41% resp. 23%. Andelen med dagligt stöd varierade mellan grupperna från 16% (handläggare J) till 47% (handläggare C). Mindre än var tionde (9%) var helt eller så gott helt utan socialt stöd. I A-gruppen var det endast en person, som tillhörde denna kategori, medan i G-gruppen en av sju var utan socialt stöd (14%). Skillnaderna mellan handläggargrupperna i detta avseende var mindre än vad som observerats i tidigare studier.

3.1.2 Personligt vårdberoende

De undersökta personernas fördelning på vårdberoendeklasser enligt ÄSIM-metodens uppdelning framgår av tabell 3.2 nedan. Liksom tidigare redovisas inte B-, F, H och I-grupperna separat, men ingår i den totala redovisningen för Liljeholmen. Bortfallet i vårdberoendebedömningen enligt ÄSIM uppgår till totalt 17 personer eller 6%.

Tabell 3.2 Vårdberoendeklasser (SUM2-index) per handläggare, procent

Handläggare	Lätta	Medel- lätta	Medel- tung	Tunga	%	N
A	42.3	19.2	23.1	15.4	100	26
C	42.1	50.0	5.3	2.6	100	38
D	41.0	36.1	18.0	4.9	100	61
E	33.3	50.0	5.6	11.1	100	18
G	20.8	41.7	35.4	2.1	100	48
J	40.8	34.7	16.3	8.2	100	49
	Lätta	Medel- lätta	Medel- tung	Tunga	%	N
Tot. Liljeholmen	38.2	38.6	17.6	5.7	100	263

Samtl.stadsdelar/ 42.0 35.4 16.9 5.8 100 2882
Distrikt

Som framgår av tabell 3.2 överensstämmer fördelningen av de undersökta personerna på vårdberoendeklasser relativt väl med tidigare undersökta distrikt. Jämfört med genomsnittet för dessa är dock andelen medellätta högre och andelen lätta lägre. Övriga kategorier överensstämmer mycket väl. Fördelningen skiljer sig i hög grad mellan handläggarna. Av de personer som registrerades av handläggarna A och G tillhörde mer än en tredjedel kategorin medeltunga eller tunga. I C-gruppen var denna andel inte mer än 8%. Genomsnittet för respektive ÄSIM-variabel och deras summa samt för Katz ADL-index framgår av tabell 3.3.

Tabell 3.3 Genomsnitt för personligt vårdberoende

Handläggare	Funktions- nedsätt- ning	Rörelse- hinder	Inkonti- nens	Otrygg- het	Dement beteende	SUM2	Katz
A	1.83	1.49	1.07	0.94	1.03	5.38	4.03
C	1.57	1.11	0.43	0.46	0.43	4.00	2.76
D	1.74	1.30	0.49	0.66	0.49	4.67	2.82
E	1.79	1.21	0.78	0.84	0.58	5.00	2.74
G	1.96	1.63	0.40	1.02	0.38	5.38	3.54
J	1.65	1.08	0.45	0.90	0.51	4.65	2.55
Tot. Liljeholmen	1.73	1.31	0.53	0.75	0.50	4.65	2.55
Samtl. stadsdelar/ distrikt	1.62	1.31	0.47	0.72	0.47	4.57	2.72

Vårdberoendet bland de undersökta personerna i Liljeholmen överensstämmer som framgår av tabell 3.3 väl med genomsnittet för tidigare undersökningar. En mindre avvikelse uppåt kan noteras för funktionsnedsättning. I övrigt ligger avvikelserna inom

felmarginalen. Skillnaderna mellan handläggarna, när det gäller det genomsnittliga vårdberoendet, uttryckt som summan av vårdberoendevariablerna (SUM 2), är dock stora. Speciellt A- och G-grupperna uppvisar höga genomsnittliga vårdberoendevärden. Dessa grupper ligger också högst mätt med Katz-måttet. C-gruppen har det genomsnittligt lägsta vårdberoendet enligt Sum2 – J-gruppen enligt Katz ADL-index. En skillnad mellan SUM2 och Katz är att det senare inte inkluderar emotionella och kognitiva faktorer. Korrelationen mellan måtten är dock hög. Den uppmätta korrelationen mellan de båda måtten - 0.81 efter uteslutande av Katz Ö-kategorin – var på samma höga nivå som vid tidigare undersökningar, vilket visar på god kvalitet i vårdberoende-bedömningen.

3.2 Kontrollbedömning och korrigering

I likhet med vid tidigare undersökningar har ett antal slumpvis utvalda vårdberoendemätningar kontrollerats genom en oberoende bedömare. Syftet med kontrollbedömningarna har varit att få ett mått på hur samstämmiga bedömningarna är mellan handläggarna med avseende på såväl ÄSIM-variablerna för bedömning av personligt vårdberoende och brister i omgivningen som Katz ADL-index. En målsättning i kontrollbedömningarna har varit att de skulle ske i så omedelbar anslutning som möjligt till biståndshandläggarnas vårdberoendemätning och i vart fall inte mer än två veckor senare.

Totalt har 59 personer kontrollbedömts, dvs. drygt 20%. Samma metodik har använts för kontrollmätningen som vid föregående undersökningar (jfr föregående rapporter). Elva av de kontrollmätta personerna tillhör dock de handläggargrupper, som har uteslutits på grund av för få personer per handläggare. Det återstår därmed 48 kontrollmätta personer för jämförelse med registrerade mätvärden från de sex återstående handläggarna. Fullständiga mätvärden föreligger för samtliga kontrollmätta personer.

Kontrollmätningen visar relativt god reliabilitet – ungefär som genomsnittligt vid tidigare undersökningar. Av någon anledning ligger dock reliabiliteten i Katz ADL-index betydligt sämre än genomsnittligt (0,39 jämfört med genomsnitt 0,76 vid tidigare undersökningar). Även bostadskvalitet har låg korrelation mellan registrering och kontroll (0,36). För övriga bedömningsvariabler ligger motsvarande korrelationer mellan 0,4 och 0,7. Avvikelserna per handläggare och den genomförda korrigeringen av vårdberoendebedömningen redovisas i bilaga. Efter korrektionen har de undersökta personerna fördelats på SUM2-baserade vårdberoendeklasser efter samma indelningsgrund som redovisats ovan. Den resulterande fördelningen framgår av tabell 3.5 nedan. I fortsättningen kommer endast att redovisas resultat som utgår från dessa korrigerade värden för fördelningen på vårdberoendeklasser.

Tabell 3.5. Vårdberoendeklasser (SUM2) per handläggare efter korrigering , procent.

Handläggare	Lätta	Medel- lätta	Medel- tunga	Tunga	%	N
A	42.3	19.2	23.1	15.4	100	26
C	63.2	29.0	5.3	2.6	100	38
D	57.4	31.2	6.6	4.9	100	61
E	33.3	50.0	5.6	11.1	100	18
G	41.7	45.8	10.4	2.1	100	48
J	69.4	20.4	4.1	6.1	100	49
Tot. Liljeholmen	54.0	32.7	8.0	5.3	100	263

Som framgår av tabell 3.5 innebär korrigeringen ganska stora förändringar i fördelningen på vårdberoendeklasser. Framförallt ökar andelen lätta och medellätta vårdtagare medan andelen medeltunga i stort sett halveras. Andelen tunga förblir ungefär oförändrad.

3.3 Beviljad vård

För samtliga personer som ingår i undersökningen har biståndshandläggarna registrerat uppgifter om den beviljade vårdinsatsen. De uppgifter som registrerats avser den boendeform vårdinsatsen beviljats för samt beviljad vårdnivå, hemtjänstinsatser och stödinsatser.

3.3.1 Boendeform för beviljad vårdinsats

Den boendeform som vårdinsatsen beviljats för har registrerats i fem grupper - ordinärt boende med resp. utan hemtjänstinsatser, servicehus med hemtjänstinsatser, ålderdomshem/gruppboende samt sjukhem. Resultaten framgår av tabell 3.6 nedan.

För 53 personer saknas registrerad uppgift om boendeform för beviljad insats. Detta är ett betydligt större bortfall än vid de flesta av de tidigare undersökningarna. De 19 personerna, som angetts ha boendeformen "Ordinärt boende utan hemtjänst", har fått olika slag av stödinsatser (dagvård, avlastning, hemvårdsbidrag etc.) utom en som fått avslag). De flesta av dessa har fått beslut om hemvårdsbidrag eller larm. Tre personer har beviljats avlastning, en korttidsboende och en demensdagvård. Härtill kommer sedan ett antal personer med olika stödinsatser, där boendeformen inte angetts.

Tabell 3.6 Fördelning på boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare i procent.

Handläggare	Ordinärt boende utan hemtj.	Ordinär boende med hemtj.	Service- hus	Ålder- domshem /grupp-boende	Sjukhem %	N	
A	19.2	42.3	3.9	11.5	23.1	100	26
C	12.5	65.6	18.8	0.0	3.1	100	32
D	10.9	61.8	12.7	3.6	10.9	100	55
E⁴	0.0	78.6	21.4	0.0	0.0	100	14
G	5.9	47.1	38.2	2.9	5.9	100	34
J	2.2	73.9	15.2	0.0	8.7	100	46
Tot. Liljeholmen	8.4	60.6	19.0	3.1	8.9	100	226
Samtl. stadsdelar/	4.9	61.0	20.9	3.5	9.7	100	2882

Distrikt

Fördelningen mellan de olika boendeformerna överensstämmer mycket väl med genomsnittet för tidigare undersökningar med undantag för att en högre andel beviljats andra stödinsatser än hemtjänst i ordinärt boende. Andelen, som beviljats sjukhemsboende, varierar som synes mycket starkt mellan handläggarna. En handläggare (A) har beviljat sjukhemsboende för var fjärde av de undersökta personerna, medan en handläggare (E) överhuvudtaget inte beviljat denna boendeform⁵. Även när det gäller de övriga boendeformerna inom det särskilda boendet var skillnaderna mycket stora mellan handläggarna. Totalt varierade andelen beslut om särskilt boende mellan handläggarna mellan 22% och 47%. För boende med heldygnsomsorg (ålderdomshem och sjukhem) varierande andelen från 0% (handläggare E) till 35% (handläggare A).

3.3.2 Beviljad vårdnivå

4 Avsaknaden av vårdtagare som beviljats ålderdomshem eller sjukhem kan bero på bortfall vid angivandet av boendeform för 5 vårdtagare.

5 I fallet med handläggare A sammanhänger dock detta med en mycket hög andel medeltunga och tunga vårdtagare. Som kommer att framgå nedan (se mom. 3.4.1) är andelen sjukhemsbeslut inte anmärkningsvärt hög när hänsyn tagits till detta.

Vårdnivå, eller omsorgsnivå, är som beskrivits ovan (se sid.15) det mått som används av socialtjänsten i Stockholm för att beskriva biståndsinsatsens omfattning. Det stora antalet vårdnivåer, 9 st, innebär att det på vissa nivåer endast finns ett fåtal individer representerade. Om materialet istället indelas i klasser kan en tydligare jämförelse göras mellan handläggarna. Den klassindelning som valts är 0, 1 - 2, 3 - 5, 6 - 7 samt 8. Fördelningen på vårdnivåer enligt denna indelning redovisas i tabell 3.7. Uppgift på beslutad vårdnivå saknas för 19 personer (7%).

Tabell 3.7 Beviljad vårdnivå, klasser, %

Handläggare	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
A	0.0	28.6	22.9	31.4	17.1	100	35
C	0.0	33.3	39.4	24.2	3.0	100	33
D	3.5	19.0	43.1	27.6	6.9	100	58
E	0.0	22.2	61.1	16.7	0.0	100	18
G	2.4	12.2	51.2	29.3	4.9	100	41
J	2.0	19.6	56.9	21.6	0.0	100	51
Tot. Liljeholmen	1.5	22.7	45.4	25.0	5.4	100	260
Samtl. stadsdelar/	4.8	29.3	44.5	9.3	12.2	100	2882

Distrikt

Fördelningen på vårdnivåer är i Liljeholmen-undersökningen mer koncentrerad till de mellanliggande vårdnivåerna än genomsnittet för tidigare undersökningar. En betydligt lägre andel personer har fått beslut om vårdnivå 8 eller vårdnivå 1-2 och en högre andel vårdnivå 3-7 än genomsnittligt. Avslagen, d v s de fyra personer som fått vårdnivå 0, är också färre. Skillnaderna mellan de olika handläggarna när det gäller beslutad vårdnivå är mycket stora. Andelarna med beslut om låg vårdnivå (1- 2) varierar mellan 12 och 33 procent. Även för vårdnivå 3-5 är spridningen stor – från 23% till 61% . Mycket stora

skillnader kan också noteras för de högsta vårdnivåerna. Andelarna för vårdnivå 6-8 sammantagna varierar mellan 17 och 48 procent. Två av handläggarna (E och J) har inte placerat någon person på vårdnivå 8, medan handläggare A beslutat om denna nivå för mer än var sjätte person.

3.3.3 Beviljade hemtjänstinsatser

För de personer som beviljats hemtjänst i ordinärt boende eller på servicehus har det beviljade antalet hemtjänsttimmar per vecka registrerats. I beviljade hemtjänsttimmar inräknas också eventuell hjälp på kvällar och nätter. Hjälptiden redovisas i absoluta tal i tabell 3.8 och andelen beslut om kvälls- och/eller natthjälp som procentandel (av samtliga personer, som inte beviljats boende på ålderdomshem eller sjukhem). För 55 personer som beviljats hemtjänst i ordinärt boende eller serviceboende har insatsens omfattning inte angetts. Dessa ingår följaktligen ej i redovisningen av antalet hemtjänsttimmar.

Den beviljade hjälpen uppgår i denna undersökning till i genomsnitt 8.8 timmar hemtjänst per vecka, vilket är lägre än genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar och distrikt (10.0 tim.). Variationen mellan handläggarna är som synes mycket stor – från 6.2 till 11.3 veckotimmar. De som fått beslut om serviceboende har som genomsnitt tilldelats mer hjälp än vårdtagarna i ordinärt boende – 12,1 timmar per vecka jämfört med 8.3 för de i ordinärt boende.

Tabell 3.8 Beviljade hemtjänstinsatser

Handläggare	Genomsn. antal tim. per vecka	Hjälp kvällar	Hjälp nätter	Hemvårds- bidrag	N⁶
A	10.5	3.8%	0.0%	7.7%	15; 26
C	7.6	27.0%	10.8%	13.5%	26; 37
D	8.9	20.8%	3.8%	7.5%	35; 53
E	6.2	10.5%	0.0%	5.3%	15; 19
G	11.3	33.3%	6.7%	0.0%	29; 45
J	8.2	22.9%	2.1%	0.0%	39; 48
Tot. Liljeholmen	8.8	21.8%	4.8%	5.2%	159; 252
Samtl. Stadsdelar/	10.0	24.4%	8.3%	7.5%	2361

Distrikt

Andelen beslut om hemtjänstinsatser på kvällar ligger ganska nära genomsnittet för tidigare undersökningar, medan beviljade insatser nattetid har betydligt lägre omfattning. Även här är skillnaderna påfallande stora mellan handläggarna – större än som tidigare uppmäts. Andelen som fått beslut om hemvårdsbidrag är lägre än genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar och distrikt.

I tabell 3.9 nedan redovisas fördelningen av beviljade hemtjänstinsatser på antal timmar per vecka för dem som beviljats hemtjänst i ordinärt boende eller serviceboende.

Tilldelningen av antalet hemtjänsttimmar är som redan framgått av tabell 3.8 något lägre än genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar och distrikt. Andelen som tilldelats mer än 20 timmar per vecka uppgår inte till mer än 6% mot drygt 13 % som genomsnitt för de övriga studerade områdena. Betydligt fler än genomsnittligt har fått små insatser – 1-2 timmar per vecka. Skillnaderna mellan handläggarna är liksom i tidigare

6 Antal personer, som beviljats hemtjänst och där insatsen angetts, resp. samtliga med beslut om hjälp i ordinärt boende eller serviceboende (inkl. korttidsboende).

undersökningar betydande. Exempelvis har handläggare A beviljat mer än 10 veckotimmar hemtjänst i 27% av fallen mot 59% för handläggare G. Handläggare G har å andra sidan beslutat om högst 5 veckotimmar för mindre än en fjärdedel mot nästan sex av tio (57%) för handläggare E.

Tabell 3.9 Fördelning av beviljade hemtjänstinsatser på antal timmar per vecka (i procent för de som fått beslut om hemtjänst)

Hand- läggare	1 – 2 tim/v	3 - 5 tim/v	6 –10 tim/v	11 –20 tim/v	21 –40 tim/v	40 - tim/v	%
A	27.3	18.2	27.3	18.2	0.0	9.1	100
C	36.0	16.0	16.0	28.0	4.0	0.0	100
D	24.2	21.2	18.2	30.3	6.1	0.0	100
E	28.6	28.6	14.3	28.6	0.0	0.0	100
G	9.1	13.6	18.2	50.0	9.1	0.0	100
J	27.8	19.4	13.9	33.3	5.6	3.8	100
Tot. Liljeholmen	27.0	19.1	17.1	30.9	4.6	1.3	100
Samtl. stadsdelar/ distrikt	11.7	34.3	18.3	22.4	11.7	1.7	100

3.3.4 Beviljade stödinsatser

Som stödinsatser har registrerats beslut om dagvård, regelbunden avlastning, dagverksamhet för dementa samt korttidsboende (se tab. 3.11 nedan). Registreringen avser endast de personer som inte fått beslut om boende på ålderdomshem eller sjukhem. Totalt omfattar dagverksamhet, avlastning och demensverksamhet i Liljeholmen något mindre än genomsnittligt i de tidigare undersökta distrikten/stadsdelarna. För larm finns jämförbara siffror endast för Hässelby-Vällingby och Vantör. Andelen med larm i Liljeholmen-undersökningen ligger klart under det som uppmättes i dessa tidigare undersökningar. Beslut om korttidsboende har inte ingått i de föregående

undersökningarna. ”Totalt Liljeholmen” omfattar som tidigare samtliga handläggare.

Det framgår av tab.3.11 att även omfattningen av beviljade stödinsatser skiljer en hel del mellan handläggarna. Andelen som beviljats dagvård resp. avlastning varierar från 0 till 6 resp. 8%. Hälften av handläggarna har beviljat demensverksamhet, totalt fem personer. Larm är betydligt vanligare. En tredjedel av personerna har beviljats detta, men för en av handläggarna (J) gäller detta omkring hälften och för en annan (E) endast en av arton. Kortidsboende har beviljats i ett ganska stort antal fall, men även detta med stor variation mellan handläggarna.

Tabell 3.11 Beviljade stödinsatser, procent.

Handläggare	Dagvård	Avlastning	Demens- verksamhet	Larm	Korttid boende	N
A	0.0	0.0	11.5	34.6	26.9	26
C	2.7	2.7	0.0	13.5	10.8	37
D	5.7	7.5	0.0	26.4	13.2	53
E	5.6	5.3	5.3	5.3	21.1	19
G	4.4	4.4	0.0	22.2	15.6	45
J	0.0	4.2	2.1	50.0	4.2	45
Tot. Liljeholmen	3.2	4.4	2.0	28.6	12.7	252
Samtl. stads- delar/distrikt	7.4	5.1	2.6	46,7⁷		2382

3.4 Beviljade vårdinsatser givet kategori av vårdberoende

⁷ Endast Hässelby/Vällingby och Vantör

I följande avsnitt redovisas sambandet mellan vårdberoende och beviljat bistånd med uppdelning på boendeform, vårdnivå och insats av hemtjänst. Vårdberoendet beskrivs i vårdberoendeklasser, dvs som lätt, medellätt, medeltungt eller tungt, utgående från SUM2-index korrigerat per handläggare m h t resultatet av kontrollmätningen (jfr bilaga). Som jämförelse visas också motsvarande resultat som genomsnitt från tidigare undersökningar. Redovisade siffror från Liljeholmen inkluderar samtliga handläggare, således även som tidigare uteslutits vid presentationen av resultat per handläggare.

3.4.1 Boendeform för beviljade vårdinsatser

Fördelningen på boendeform för beviljade vårdinsatser givet vårdberoende beskrivs i tabell 3.12A. Som jämförelse visas också i tabell 3.12B motsvarande genomsnittssiffror för tidigare undersökta stadsdelar/distrikt.

Som vid tidigare undersökningar finns det ett tydligt samband mellan det personliga vårdberoendet och valet av boendeform för beviljade vårdinsatser. För de lätta och medellätta vårdtagarna är liksom tidigare det vanligast förekommande biståndsbeslutet hemtjänstinsatser i ordinärt boende eller serviceboende. Andelarna varierar mellan 79% för de med medellätt vårdberoende till 91% för de med lätt vårdberoende. Detta stämmer mycket väl med tidigare undersökningar. De medeltunga är ganska jämnt fördelade mellan boendeformerna. Det vanligast alternativet är sjukhemsboende. Tre av de medeltunga vårdtagarna har fått stödinsatser i ordinärt boende utan hemtjänst. Två av dessa har fått hemvårdsbidrag och en korttidsboende. Samtliga dessa personer var gifta. Av de tunga vårdtagarna har majoriteten fått sjukhemsboende, men även övriga boendeformer är representerade. Antalet är så lågt att det är svårt att dra några närmare slutsatser.

Tabell 3.12 Vårdberoendeklass och boendeform för beviljade vårdinsatser, i procent.

A. Liljeholmen

Grad av vårdberoende	Vanligt boende utan hemtj.	Vanligt boende med hemtj.	Service- hus	Ålder- domshem	Sjukhem	%	N
Lätta	8.7	72.4	18.9	0.0	0.0	100	127
Medellätta	7.5	56.7	22.4	6.0	7.5	100	67
Medeltunga	20.0	20.0	20.0	6.7	33.3	100	15
Tunga	0.0	12.5	12.5	12.5	62.5	100	8

B. Genomsnitt för tidigare undersökta distrikt

Grad av Vårdberoende	Vanligt boende utan hemtj.	Vanligt boende med hemtj.	Service- hus	Ålder- domshem	Sjukhem	%	N
Lätta	7.2	71.6	20.3	0.5	0.5	100	1296
Medellätta	3.9	62.9	21.6	4.4	7.2	100	1041
Medeltunga	2.0	37.3	23.6	8.9	28.2	100	407
Tunga	0.0	21.7	12.3	8.7	57.2	100	138

Genom att studera fördelningen på boendeform för beviljade vårdinsatser för varje kategori av vårdberoende för sig kan man tydligare se om det finns skillnader i bedömningen mellan handläggarna i dessa avseenden. Detta redovisas i tabellerna 5.1 A - D i tabellavsnittet. Som tidigare innefattas endast de handläggare som registrerat minst femton ärenden.

Som framgår av tabell 5.1 kvarstår stora skillnader mellan handläggarna när det gäller fördelningen av insatser på respektive boendeform, även sedan man avgränsat jämförelsen till respektive kategori av vårdberoende. Ett sätt att tydliggöra denna

skillnad är att liksom tidigare beräkna ett standardiserat medelvärde för respektive andel per handläggare. Detta innebär att man vid medelvärdesberäkningen antar att alla handläggare har samma fördelning av vårdtagare på vårdberoendeklass. Eventuella skillnader mellan handläggarna avspeglar då den sammantagna skillnaden i bedömningen givet vårdberoendeklassen.

Tabell 3.13 nedan visar fördelningen på boendeform för beviljade vårdinsatser per handläggare efter en sådan standardisering för vårdberoendet. ”Totalt Liljeholmen” avser här endast de sex handläggare som ingår i analysen.

Tabell 3.13. Boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare efter standardisering av vårdberoende

Handläggare	Ingen hjälp	Vanligt boende	Service- hus	Ålder- domshem	Sjukhem	%	N
A	22.6	65.2	2.0	7.8	2.3	100.0	20
C	16.1	61.7	18.2	0.0	4.0	100.0	32
D	10.7	61.2	12.5	3.9	11.7	100.0	55
E	0.0	81.1	15.9	0.5	2.5	100.0	14
G	6.0	49.9	36.6	1.8	5.8	100.0	34
J	2.9	69.2	15.1	0.0	12.8	100.1	44
Tot. Liljeholmen	9.1	62.8	18.6	2.5	7.0	100.0	199
Samtl. stadsdelar/ distrikt	4.9	61.0	20.9	3.5	9.7	100.0	2882

De resultat som visas i tabell 3.13 ovan kan jämföras med motsvarande tabell 3.6 som avser samma fördelning före standardisering för vårdberoendet. Som man kan se kvarstår en del av de skillnader, som kunde konstateras i tabell 3.6, men det har också skett stora förändringar. Den mycket höga andelen sjukhemsboende som beviljats av handläggare A

visar sig som exempel beror på vårdtagarnas sammansättning. Med jämförbara vårdtagare framstår A som mest restriktiv när det gäller beviljandet av denna boendeform! Å andra sidan kvarstår även efter standardisering att handläggare D beviljat sjukhem för en hög andel vårdtagare och detsamma gäller i ännu högre grad handläggare J. Även de mycket stora skillnaderna i andelarna som getts serviceboende kvarstår oförändrade.

Anm. Ett problem vid standardiseringen är att det saknas observationer i vissa vårdberoendegrupper för vissa handläggare. För att metoden skall fungera måste man då anta en fördelning av de beslutade insatserna i dessa grupper. Denna fördelning har här genomgående antagits vara densamma som genomsnittet för de handläggare, där det funnits observationer. Detta är anledningen till att även de handläggare, som saknar sjukhemsplaceringar, får en viss andel sådana efter standardisering.

3.4.2 Beviljad vårdnivå givet kategori av vårdberoende

I föregående avsnitt har redovisats hur - givet vårdberoendet - besluten om boendeform för beviljad vårdinsats skiljer sig mellan handläggarna. I det följande redovisas på samma sätt per handläggare sambandet mellan vårdberoende och beslutad vårdnivå. Vårdberoendet anges som tidigare i vårdberoendeklasser baserade på SUM2-index och vårdnivåerna har även här kompletterats med en nivå 0 som indikerar att inget bistånd beviljats. Fördelningen på beviljad vårdnivå per klass av vårdberoende framgår av tabell 3.14 nedan. Liksom ovan redovisas också genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar/distrikt som jämförelse.

Tabell 3.14 Vårdberoendeklass och beviljad vårdnivå

A. Liljeholmen

Grad av	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
---------	---	-----	-----	-----	---	---	---

vårdberoende

Lätta	3.1	38.2	53.4	5.4	0.0	100	131
Medellätta	0.0	7.7	48.6	39.8	3.8	100	78
Medeltunga	0.0	9.5	19.1	47.6	23.8	100	21
Tunga	0.0	0.0	14.3	71.5	14.3	100	14

B. Genomsnitt för tidigare undersökta distrikt

Grad av	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
vårdberoende							
Lätta	7.7	55.4	35.0	1.0	0.7	100	1296
Medellätta	3.5	12.2	62.6	11.2	10.4	100	1041
Medeltunga	0.7	2.2	36.3	25.8	35.0	100	407
Tunga	0.0	0.7	13.1	22.5	63.8	100	138

Mönstret när det gäller beviljad vårdnivå stämmer väl med tidigare undersökningar. För samtliga kategorier av vårdtagare kan dock noteras att betydligt fler än genomsnittligt tilldelats vårdnivå 6-7 och – utom för kategorin medeltunga – färre de lägsta vårdnivåerna. Vidare har betydligt färre personer i samtliga kategorier – men i särskilt hög grad de tunga vårdtagarna - tilldelats vårdnivå 8.

På samma sätt som i föregående avsnitt har fördelningen på beslutad vårdnivå beräknats för varje kategori av vårdberoende för sig. Resultatet redovisas i tabell 5.2 A - D i tabellavsnittet. Man ser i tabell 5.2 att också när det gäller beslutad vårdnivå är skillnaderna stora mellan handläggarna även sedan en avgränsning gjorts till vårdberoendekategori. Tabell 3.15 visar fördelningen på beviljad vårdnivå per handläggare efter standardisering för vårdberoende med samma metod som beskrivits i föregående avsnitt. ”Totalt Liljeholmen” avser här endast de sex handläggare som ingår i analysen.

Tabell 3.15. Beviljad vårdnivå per handläggare efter standardisering av

vårdberoende, klasser i procent

Handläggare	0	1 -2	3 -5	6 -7	8	%	N
A	0.0	42.1	41.0	9.2	7.7	100.0	26
C	0.0	30.0	35.9	27.8	6.3	100.0	33
D	3.3	17.9	41.7	28.8	8.3	100.0	58
E	0.0	25.7	68.1	6.3	0.0	99.9	17
G	3.4	15.1	51.9	26.1	3.6	100.0	41
J	1.6	14.6	52.8	30.9	0.0	99.9	48
Tot.Liljeholmen	1.8	22.4	47.1	24.7	4.0	100.0	223
Samtl. stadsdelar/ distrikt	4.	29.3	44.5	9.3	12.2	100.0	2882

En jämförelse med de ostandardiserade värdena i tabell 3.7 visar på samma sätt, som när det gällde boendeformen, att spännvidden mellan handläggarna när de gäller de mest omfattande vårdinsatserna är ganska stora även om hänsyn tas till skillnader i vårdberoendefördelning. Dock har det skett en del förändringar. Andelen vårdtagare på nivåerna 6 –8 för handläggare A reduceras från 48% till 17%, när fördelningen räknas om med utgångspunkt från vårdberoendefördelningen hos samtliga vårdtagare. Omvänt ökar motsvarande andel hos handläggare J från 22% till 31%. Fortfarande kvarstår dock att handläggare E beviljar denna vårdnivå för väsentligt färre vårdtagare än de övriga handläggarna.

3.4.3 Beviljad hemtjänst givet kategori av vårdberoende

För de personer, som beviljats vårdinsatser i ordinärt boende eller på servicehus, har undersökts sambandet mellan personligt vårdberoende och omfattningen av de beslutade

hemtjänstinsatserna. Dessa mäts med tre variabler: Antalet timmar per vecka som vårdtagaren får hjälp av vårdbiträde i bostaden samt förekomsten av kvälls- resp. natthjälp. Biståndets omfattning, uttryckt som timmar per vecka, inkluderar den tid som vårdtagaren får hjälp på kvällar och nätter. Liksom tidigare indelas vårdberoendet i klasser från lätta till tunga baserat på korrigerade SUM2-värden. Fördelningen av beviljade hemtjänstinsatser per klass av vårdberoende för Liljeholmen resp. genomsnittet för tidigare undersökta distrikt framgår av tabell 3.16 nedan.

Fler av de lätta vårdtagarna i Liljeholmen än genomsnittligt har fått små hemtjänstinsatser, men paradoxalt nog har också fler fått större insatser, 11 – 20 timmar per vecka. Samma tendenser gäller i viss mån även de medellätta vårdtagarna, men är där mera oklara. De medeltunga och tunga vårdtagarna som fått beslut om hemtjänst i ordinärt boende eller serviceboende är mycket fåtaliga, vilket gör det svårt att jämföra. De medeltunga vårdtagarna förefaller dock sämre tillgodosedda än genomsnittligt från tidigare undersökningar. Endast två tunga vårdtagare (efter korrigerings) har fått hemtjänstbeslut. Den genomsnittliga tilldelningen av hemtjänst givet vårdberoendet framgår av tabell 3.17. I den yttersta högra kolumnen anges här medelvärdet per handläggare standardiserat för vårdberoendet, dvs under antagandet att alla handläggare har samma fördelning av vårdtagare på vårdberoendeklasser (jfr ovan).⁸

Tabell 3.16 Fördelning på beviljade hemtjänstinsatser per vårdberoendeklass (procent)

A. Liljeholmen

Grad av	1-2	3-5	6-10	11-20	21-40	41-	N
----------------	------------	------------	-------------	--------------	--------------	------------	----------

⁸ Observera att genomsnittet ”Totalt Liljeholmen” här endast avser de sex handläggare, som inkluderats i analysen. Detta för att kunna kontrollera att det totala medelvärdet blir detsamma före och efter standardisering.

vårdberoende	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	
Lätta	35.3	21.6	17.2	23.3	1.7	0.9	116
Medellätta	11.8	15.7	15.7	43.1	9.8	3.9	51
Medeltunga	0.0	14.3	42.9	28.6	14.3	0.0	7
Tunga	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	2

B. Samtliga distrikt

Grad av	1-2	2-5	6-10	11-20	21-40	41-	N
vårdberoende	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	tim/v	
Lätta	20.7	53.8	15.7	8.3	1.6	0.0	1152
Medellätta	3.7	19.3	24.4	36.5	14.3	1.7	914
Medeltunga	2.0	6.5	9.4	35.4	40.7	6.1	248
Tunga	2.1	0.0	8.5	19.1	51.0	19.1	47

Genomsnittsvärdena avseende tilldelning av hemtjänst ligger som framgår av tabell 3.17 något över genomsnittet från de tidigare undersökningarna för de två lättare vårdberoende-kategorierna, men under för de medeltunga och tunga. De två senare kategorierna omfattar dock ett litet antal personer, vilket gör det svårt att dra bestämda slutsatser. Det låga antalet är dock inte exceptionellt, eftersom de flesta medeltunga och tunga vårdtagare beviljas sjukhems- eller ålderdomshemsboende.

Tabell 3.17 Genomsnitt för beviljad hemtjänst per kategori av vårdberoende

Handläggare	Lätta	Medel- lätta	Medel- tung	Tunga	Medel tim/v	Standard. tim/v
A	9.5	8.8	(14.0)	(23.0)	10.5	9.6
C	7.9	6.5	-	-	7.6	7.1

D	6.9	16.1	-	(10.5)	8.9	9.3
E	5.4	7.3	(2.8)	-	6.3	5.8
G	7.9	13.9	(14,3)	-	11.2	9.8
J	5.9	16.0	(21.6)	-	8.2	9.2
Tot. Liljeholmen	7.1	11.9	14.7	(16.8)	8.8	8.8
Samtl.distrikt	4.5	12.9	21.3	28.8	10.0	10.0

Anm. Värden inom parentes betecknar grupper med mindre än 5 observationer. Vid standardiseringen har celler, där det saknas observationer ersatts med medelvärdet för de övriga handläggarna för motsv. vårdberoendekategori.

Man kan konstatera ett samband mellan graden av personligt vårdberoende och beslutade hemtjänstinsatser. För de flesta handläggarna ökar den beviljade hjälpen med vårdberoendenivån (på ett undantag när; de med mindre än fem observationer ej inräknade). Skillnaderna mellan handläggarna, när det gäller omfattningen av beviljad hemtjänst, är som framgått tidigare (jfr tab. 3.8) mycket stora – från i genomsnitt 6.3 veckotimmar för handläggare E till 11.2 timmar per vecka för handläggare G. Standardiseringen innebär, som man kan se, en viss minskning av denna spännvidd från 5.8 till 9.6 veckotimmar. Medelvärdet sjunker i särskilt hög grad för handläggare A och G beroende på en högre andel mer vårdberoende vårdtagare i ordinärt boende och serviceboende.

På samma sätt som ovan har en sammanvägd jämförelse gjorts mellan handläggarna av fördelningen på beviljade hemtjänstinsatser under antagandet att alla har samma vårdberoendefördelning. Tabell 3.18 nedan visar den sammanlagda effekten efter en sådan standardisering med avseende på vårdberoendeklass. ”Totalt Liljeholmen” avser här endast de sex handläggare som ingår i analysen.

Tabell 3.18. Beviljade hemtjänstinsatser per handläggare efter standardisering av vårdberoende, timmar per vecka

Hand- Läggare	1-2 tim/v	3-5 tim/v	6-10 tim/v	11-20 tim/v	21-40 tim/v	40- tim/v	N
A	29.6	21.9	21.6	18.2	1.3	7.4	15
C	32.8	15.4	17.3	29.9	4.6	0.0	26
D	19.7	17.9	21.7	31.9	8.7	0.0	35
E	29.3	22.0	25.7	22.4	0.6	0.0	15
G	12.3	17.4	24.4	36.1	9.8	0.0	29
J	25.8	17.7	12.6	36.7	7.2	0.0	39
Tot. Liljeholmen	25.1	18.2	18.2	32.1	5.7	0.6	159
Samtl. stads- Delar/distrikt	11.7	34.3	18.3	22.4	11.7	1.7	2361

Sammanfattningsvis kan man konstatera att liksom vid tidigare undersökningar standardiseringen för skillnader i vårdberoendefördelning inte nämnvärt påverkar skillnaderna i tilldelning av insatser. Klyftan mellan den som beviljat mest och den som beviljat minst är ungefär lika stor efter det att hänsyn tagits till olikheterna i vårdberoende hos de undersökta personerna. Det är alltså andra faktorer som spelar in.

4. Diskussion och slutsatser

Syftet med undersökningen av biståndsbedömningen i Liljeholmen har varit att studera hur olika faktorer påverkar biståndsbedömningen och om det finns skillnader i denna mellan olika handläggare. Genom att tidigare undersökningar genomförts med samma metodik i andra distrikt/stadsdelar är det genom studien också möjligt att se om

biståndsbedömningen i Liljeholmen skiljer sig från dessa i några avseenden.

Undersökningen i Liljeholmen tog relativt lång tid att genomföra men bedöms ha god kvalitet. Sammanlagt deltog tio handläggare i registreringen. För fyra av dessa var emellertid antalet registrerade ärenden så lågt att det inte var möjligt att ta med dem i de analyser som syftar till att belysa skillnader i biståndsbedömningen mellan handläggarna.

Som helhet kan man konstatera att det med vissa undantag råder god överensstämmelse mellan resultatet av denna undersökning och de föregående som Äldrecentrum genomfört av samma slag. Sålunda överensstämmer andelarna som beviljats olika boendeformer mycket väl med genomsnittet för tidigare undersökningar med undantag för att något fler än tidigare beviljats stödinsatser i ordinärt boende utan hemtjänst. En osäkerhetsfaktor är dock det förhållandevis stora bortfallet när det gäller boendeform.

Fördelningen på beslutad vårdnivå är i Liljeholmen-undersökningen mer koncentrerad till de mellanliggande vårdnivåerna än genomsnittet för tidigare undersökningar. Det är betydligt färre personer, som har fått beslut om vårdnivå 8 eller vårdnivå 1-2 och omvänt betydligt fler som tilldelats vårdnivå 3-7 än genomsnittligt. Det är också färre personer som fått avslag.

Den genomsnittliga beviljade insatsen av hemhjälp i ordinärt boende och serviceboende är något lägre än genomsnittet för de tidigare undersökningarna. En något mindre andel än genomsnittligt av de undersökta personerna har beviljats insatser på kvällar och betydligt färre natttid. Andelen som fått beslut om hemvårdsbidrag är också lägre än genomsnittet för tidigare undersökta stadsdelar och distrikt.

De observerade avvikelserna mot genomsnittet för tidigare undersökningar skulle kunna bero på en annan sammansättning av de undersökta personerna. Något fler i Liljeholmen än i staden i stort bodde i bostäder med kvalitetsbrister och bostäderna hade en något

sämre tillgänglighet. Det sociala stödet från anhöriga och andra närstående låg dock på samma nivå med vad som i genomsnitt tidigare uppmätts.

Bortfallet i registreringen av vårdberoendet var i Liljeholmen-undersökningen lågt, men det var relativt stor avvikelse mellan handläggarnas bedömning och kontrollbedömningen. För samtliga handläggare innebar avvikelsen att kontrollbedömaren – som genomsnitt räknat – angav ett lägre vårdberoende än handläggaren. Vårdberoendefördelningen överensstämde mycket väl med tidigare registrerade värden. Drygt 23% av vårdtagarna klassificerades som medeltunga eller tunga jämfört med 22% vid tidigare undersökningar. De uppmätta genomsnittsvärdena för de olika ÄSIM-variablerna stämde också väl med genomsnittet för de tidigare undersökningarna – endast när det gäller funktionsnedsättning kan en mindre avvikelse uppåt noteras. Även genomsnittsvärdet för Katz-index överensstämde i stort sett med tidigare genomsnitt.

Som följd av de konstaterade avvikelserna bedömdes det nödvändigt att korrigera vårdberoendemätningen. Detta gjordes för fem av de sex handläggare, som hade tillräckligt många registrerade ärenden för analys av biståndsbedömningen. Till skillnad från tidigare undersökningar korrigerades bedömningen även för handläggare, där avvikelsen inte var signifikant, i syfte att få en mer rättvisande jämförelse.

Efter korrigering på basis av kontrollbedömningen minskade det genomsnittliga vårdberoendet och andelen tunga och medeltunga vårdtagare sjönk från 23 till 13%. En effekt av att korrigera vårdberoendebedömningen på detta sätt är att tilldelningen av insatser i förhållande till behoven framstår som något mer generös än den annars skulle ha varit. Det är dock värt att framhålla att korrigeringen är avsedd att möjliggöra en rättvisande analys av skillnader *mellan* handläggarna i biståndsgivningen. Man kan inte utgå från att kontrollbedömningen är mer ”rätt”. Dennas funktion är enbart att fungera som ett riktmärke mot vilket de andra bedömningarna sedan kan jämföras inbördes.

En uppdelning av biståndsbesluten avseende boendeform på de olika

vårdberoendekategorierna föranleder ingen annan slutsats än den som framförts ovan. Överensstämmelsen med genomsnittet för tidigare undersökningar är god för alla vårdberoendekategorier. Också placeringen på vårdnivå stämmer i stort sett med tidigare undersökningar, men det kan noteras att i samtliga kategorier betydligt fler än genomsnittligt tilldelats vårdnivå 6-7 samt att - för de två lättare kategorierna - färre beviljats insatser på de lägsta vårdnivåerna. Vidare har betydligt färre personer i samtliga kategorier – men i särskilt hög grad de tunga vårdtagarna - tilldelats vårdnivå 8. Den genomsnittliga insatsen av hemtjänst mätt i timmar per vecka ligger i Liljeholmen-studien lägre än genomsnittligt för samtliga vårdberoendekategorier utom de lätta, där man beviljat betydligt större insatser. Skillnaderna i beviljad insats mellan de olika vårdberoendekategorierna är därigenom betydligt mindre än vad som tidigare uppmätts som genomsnitt.

Sammanfattningsvis kan man alltså konstatera att undersökningen i Liljeholmen, totalt sett, gett resultat som inte avviker anmärkningsvärt från tidigare undersökningar av beviljade vårdinsatser i relation till vårdberoendet.

Det andra syftet med undersökningen var att klargöra eventuella skillnader i biståndsbedömningen mellan handläggarna. Som nämndes i inledningen av denna rapport visade tidigare undersökningar av biståndshandläggningen i stadsdelarna Söderled, Hornstull med flera att det fanns stora skillnader mellan handläggarnas bedömningar, som inte kunde relateras till motsvarande skillnader i vårdtagarnas vårdberoende eller andra kända faktorer som kunde antas påverka biståndsbesluten. Den undersökning, som nu gjorts i Liljeholmen, visar också att det finns stora skillnader i biståndsbedömningen mellan de enskilda handläggarna, men skillnaderna förefaller här ha mindre omfattning och är – till skillnad från de flesta av de tidigare undersökningarna – statistiskt säkerställda endast på 10%-nivån⁹.

⁹ Detta innebär att sannolikheten för att de noterade skillnaderna skulle vara ett resultat av slumpen är mindre än en tiondel. I tidigare undersökningar har motsvarande sannolikhet varit mindre än 5%.

Dock är det ändå fråga om en betydande variation. När det gäller boendeform för beviljad vårdinsats varierade andelen som beviljats sjukhemsboende mellan handläggarna från 0 till 23 procent. Andelen, som fått serviceboende, varierade från 4 till 38 procent och andelen som fått sig tilldelad hjälp i ordinärt boende från 42 till 79 procent.

Besluten rörande vårdnivå uppvisade ett liknande variationsmönster. Andelen som beviljats någon av de tre högsta nivåerna (6 - 8), vilket innebär hjälp åtminstone flera gånger varje dag, skilde mellan som lägst 17 procent och som högst 48 procent. En handläggare beviljade insatser högst två gånger i veckan i 12% av fallen, en annan för en tredjedel.

Omfattningen av beviljad hemtjänst skilde sig också i hög grad mellan handläggarna. En handläggare tilldelade sex av tio av de, som beviljats hjälp i ordinärt boende eller serviceboende, mer än 10 timmar hemtjänst per vecka, medan en annan endast tilldelade hjälp av så stor omfattning till mer än drygt en fjärdedel. Skillnaderna i tilldelning avspeglas också i medelvärdet, som varierade mellan 6.2 och 11.3 timmar per vecka. Stora skillnader kunde vidare noteras när det gäller andra insatser i eget boende som exempelvis hjälp kvällar (variation från 4% till 33%), hjälp nätter (från 0% till 11%) och demensverksamhet (lägst 0% och högst 12%).

I den diskussion av olika tänkbara förklaringar till olikheterna i biståndsbedömningen, som förts i rapporterna från de tidigare undersökningarna, konstaterades att tilldelningen av olika insatser måste bestämmas utifrån den sökandes behov. Förutom det personliga vårdberoendet influeras detta också av andra faktorer som bostadens egenskaper, tillgängligheten till alternativa hjälpinsatser mm. På samma sätt som i de tidigare undersökningarna har i denna studie ett antal olika förhållanden registrerats som skulle kunna inverka på behovsbedömningen. De mest betydelsefulla avser det personliga vårdberoendet, som uppskattats dels genom ÄSIM-metoden, dels genom Katz ADL-index. Dessa metoder har tidigare genomgående gett samstämmiga resultat och

resultaten har då presenterats utifrån ÅSIM-index, som ger en mer fullständig beskrivning av det personliga vårdberoendet.

I rapportens tabellbilaga redovisas tabeller för varje vårdberoendeklass (lätta, medellätta, medeltunga och tunga) över fördelningen på boendeform för beviljad vårdinsats, vårdnivå och tilldelade veckotimmar hemtjänst. Dessa värden har sedan utnyttjats som underlag för att beräkna en standardiserad fördelning för varje handläggare, d v s den fördelning av besluten handläggarna skulle haft om fördelningen på vårdberoendeklasser hade varit densamma för alla handläggare.

Liksom vid de tidigare undersökningarna kan man nu konstatera att skillnaderna i hög grad kvarstår även efter det att en sådan standardisering för skillnader i vårdberoende har gjorts. Trots att det varit fråga om ganska avsevärda skillnader i vårdberoendefördelningen mellan de olika handläggarna räcker alltså dessa skillnader – liksom vid tidigare undersökningar – inte till för att förklara skillnaderna i biståndsbedömning. Fortfarande efter standardisering för vårdberoendet varierar andelen som beviljats sjukhemsboende från 2 till 13 procent, andelen som beviljats vårdnivå 6-8 från 6 till 37 procent och medelantalet veckotimmar hemtjänst från 5.8 till 9.8. Standardiseringen har sålunda i vissa fall lett till en viss minskning av skillnaderna, men i andra fall till en ökning. Variationen i biståndsbesluten synes kvarstå även efter hänsyn tagits till skillnader i vårdberoende hos de undersökta personerna.

Frågan är då om det finns andra behovsrelaterade faktorer, som kan ha påverkat biståndsbedömningen. Liksom i tidigare undersökningar registrerades förutom vårdberoendet också tidigare boendeform, vårdnivå och beviljad hemtjänst, ålder, kön, ensam/samboende samt brister i omgivningen såsom bostadens kvalitet och tillgänglighet samt socialt stöd. Dessa data har på samma sätt som i dessa undersökningar bearbetats med hjälp av s.k. lineär regressionsanalys i syfte att undersöka samband mellan dessa variabler och resultatvariablerna. I tabell 5.4 – 5.6 i tabellbilagan redovisas resultaten avseende beviljad vårdnivå, beviljat antal

hemtjänststimmar samt –utöver tidigare undersökningar av enskilda stadsdelar - beviljat boende med heldygnsomsorg (för definitioner av variabler mm se Äldrecentrum rapport 1996:8). Till skillnad från tidigare undersökningar visar emellertid dessa analyser inga signifikanta skillnader i resultat mellan biståndshandläggarna på 5%-nivån.

De faktorer som enligt analysen mest påverkar bedömningen av erforderlig vårdnivå är det personliga vårdberoendet och – oberoende härav – det tidigare biståndsbeslutet. Av de olika delfaktorerna inom vårdberoendebedömningen är det framförallt funktionsnedsättning, rörelsehinder och dement beteende som påverkar den beslutade vårdnivån. Inga andra variabler – kön, hög ålder, ensamboende, dåligt socialt stöd, bostadens tillgänglighet – påverkar statistiskt signifikant vårdnivåbeslutet.

Även tilldelningen av hemtjänststimmar bestäms i första hand av tidigare beslut och personligt vårdberoende. Funktionsnedsättningen är även här den viktigaste behovsvariabeln under det att demens inte synes påverka timtilldelningen. Om det tidigare beslutet inte tas med i analysen får ensamboende en stark inverkan. Att denna variabel ”försvinner” då det tidigare beslutet tas med som tänkbar förklaring, beror förstås på att ensamboendet redan påverkat det tidigare beslutet. Funktionsnedsättningen däremot kan ha förvärrats sedan föregående beslut.

Beslut om boende med heldygnsomsorg påverkas enligt regressionsanalysen likaså mest av vårdberoendet, men här är det i första hand demens som är den viktigaste delkomponenten. Även bostadens tillgänglighet inverkar signifikant, men inga andra av de analyserade variablerna.

Antalet ärenden per handläggare har i Liljeholmsundersökningen varit lägre än

genomsnittligt vid tidigare undersökningar (28 jämfört med 39) och dessutom betydligt mer ojämnt fördelat. Efter uteslutning av de fyra handläggare som registrerat mindre än 15 ärenden är dock genomsnittsantalet ärenden per handläggare i nivå med tidigare. Antalet ärenden har varit för lågt för att regressionsanalysen skulle kunna påvisa statistiskt signifikanta avvikelser mellan handläggarna (på 5%-nivån), trots att det funnits klara indikationer på avvikelser. Eftersom sådana statistiskt säkerställda avvikelser kunnat konstateras i tidigare undersökningar med ungefär lika många observationer måste man dock dra slutsatsen, att avvikelserna i detta fall varit relativt sett mindre. Liljeholmen förefaller alltså ha uppnått en något högre samstämmighet i biståndsbedömningen än tidigare undersökta stadsdelar/distrikt. Detta utesluter inte att samstämmigheten skulle kunna förbättras ganska avsevärt genom en högre uppmärksamhet härpå och med tydligare normer för biståndshandläggningen.

Tabeller

Tabell 5.1 Vårdberoende och boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare

A: Lätt vårdberoende och boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare

Handläggare	Ordinär boende utan hem-tjänst	Vanligt boende med hem-tjänst	Service-hus	Ålder-domshe	Sjukhet %	N
A	30,0	70,0	0,0	0,0	0,0 100	10
C	9,1	72,7	18,2	0,0	0,0 100	22
D	14,7	67,6	17,6	0,0	0,0 100	34
E	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0 100	6
G	6,3	62,5	31,3	0,0	0,0 100	16
J	0,0	80,6	19,4	0,0	0,0 100	31
Tot. Liljeholmen	7,5	56,7	22,4	6,0	7,5 100	127
Samtl. stadsdelar/ distrikt	7,2	71,6	20,3	0,5	0,5 100	1296

B: Medellätt vårdberoende och boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare

Handläggare	Ordinär boende utan hem-tjänst	Vanligt boende med hem-tjänst	Service-hus	Ålder-domshe	Sjukhet %	N
A	0,0	80,0	0,0	20,0	0,0 100	5
C	12,5	62,5	25,0	0,0	0,0 100	8
D	6,7	66,7	6,7	13,3	6,7 100	15
E	0,0	71,4	28,6	0,0	0,0 100	7
G	7,7	30,8	61,5	0,0	0,0 100	13
J	10,0	60,0	0,0	0,0	30,0 100	10
Tot. Liljeholmen	7,5	56,7	22,4	6,0	7,5 100	67
Samtl. stadsdelar/ distrikt	3,9	62,9	21,6	4,4	7,2 100	1041

C: Medeltungt vårdberoende och boendeform för beviljad vårdnivå per handläggare

Handläggare	Ordinärt boende utan hem-tjänst	Vanligt boende med hem-tjänst	Service-hus	Ålder-domshen	Sjukhem %	%	N
A	66,7	0,0	0,0	0,0	33,3	100,0	3
C	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	1
D	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	3
E	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1
G	0,0	50,0	0,0	25,0	25,0	100,0	4
J	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0	2
Tot. Liljeholmen	20,0	20,0	20,0	6,9	33,3	100,0	15
Samtl. stadsdelar/ distrikt	2,0	37,3	23,6	8,9	28,2	100,0	407

D: Tungt vårdberoende och boendeform för beviljad vårdinsats per handläggare

Handläggare	Ordinärt boende utan hem-tjänst	Vanligt boende med hem-tjänst	Service-hus	Ålder-domshen	Sjukhem %	%	N
A	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	100,0	2
C	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
D	0,0	33,3	0,0	0,0	66,7	100,0	3
E	-	-	-	-	-	-	0
G	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
J	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1
Tot. Liljeholmen	0,0	12,5	12,5	12,5	62,5	100,0	8
Samtl. stadsdelar/ distrikt	0,0	21,7	12,3	8,7	57,2	100,0	138

Tabell 5.2 Vårdberoende och beviljad vårdnivå per handläggare**A: Lätt vårdberoende och beviljad vårdnivå, klasser i %**

Handläggare	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
A	0,0	72,7	27,3	0,0	0,0	100,0	11
C	0,0	42,9	47,6	9,5	0,0	100,1	21
D	6,1	33,3	54,5	6,1	0,0	99,9	33
E	0,0	33,3	66,7	0,0	0,0	100,0	6
G	6,3	25,0	62,6	6,3	0,0	100,0	16
J	3,0	27,2	63,7	6,1	0,0	100,0	33
Tot. Liljeholme	3,1	38,2	53,4	5,4	0,0	100,0	131
Samtl. stadsdelar/ distrikt	7,7	55,4	35,0	1,0	0,7	100,0	1296

B. Medellätt vårdberoende och beviljad vårdnivå, klasser i %

Handläggare	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
A	0,0	0,0	80,0	0,0	20,0	100,0	11
C	0,0	22,2	33,3	44,4	0,0	100,0	9
D	0,0	0,0	33,3	61,1	5,6	100,0	18
E	0,0	25,0	75,0	0,0	0,0	100,0	8
G	0,0	5,3	47,4	47,4	0,0	100,0	19
J	0,0	0,0	60,0	40,0	0,0	100,0	10
Tot. Liljeholmen	0,0	7,7	48,6	39,8	3,8	100,0	78
Samtl. stadsdelar distrikt	3,5	12,2	62,6	11,2	10,4	100,0	1041

C: Medeltungt vårdberoende och beviljad vårdnivå, klasser i %

Handläggare	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
A	0,0	33,3	0,0	50,0	16,7	100,0	6
C	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	2
D	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	100,0	4
E	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	1
G	0,0	0,0	40,0	20,0	40,0	100,0	5
J	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	2
Tot. Liljeholmen	0,0	9,5	19,1	47,6	23,8	100,0	21
Samtl. stadsdelar distrikt	0,7	2,2	36,3	25,8	35,0	100,0	407

D: Tungt vårdberoende och beviljad vårdnivå, klasser i %

Handläggare	0	1-2	3-5	6-7	8	%	N
A	0,0	0,0	25,0	75,0	0,0	100,0	4
C	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	99,9	1
D	0,0	0,0	33,3	33,3	33,3	99,9	3
E	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	2
G	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	1
J	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	3
Tot. Liljeholmen	0,0	0,0	14,3	71,5	14,3	100,0	14
Samtl. stadsdelar distrikt	0,0	0,7	13,1	22,5	63,8	100,0	138

Tabell 5.3 Vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser per handläggare

A: Lätt vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser							
Hand- läggare	1 - 2 tim/v	3 - 5 tim/v	6 - 10 tim/v	11 - 20 tim/v	21 - 40 tim/v	40- tim/v	N
A	44,4	22,2	11,1	11,1	0,0	11,1	9
C	35,0	15,0	10,0	35,0	5,0	0,0	20
D	29,6	25,9	18,5	25,9	0,0	0,0	27
E	33,3	16,7	33,3	16,7	0,0	0,0	6
G	15,4	23,1	30,8	23,1	7,7	0,0	13
J	38,7	19,4	16,1	25,8	0,0	0,0	31
Tot.	35,3	21,6	17,2	23,3	1,7	0,9	116
Liljeholmen							
Samtl.	20,7	53,8	15,7	8,3	1,6	0,0	1152
stadsdelar/ distrikt							
B: Medellätt vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser							
Hand- läggare	1 - 2 tim/v	3 - 5 tim/v	6 - 10 tim/v	11 - 20 tim/v	21 - 40 tim/v	40- tim/v	N
A	0,0	25,0	50,0	25,0	0,0	0,0	4
C	33,3	16,7	33,3	16,7	0,0	0,0	6
D	0,0	0,0	28,6	42,9	28,6	0,0	7
E	25,0	25,0	12,5	37,5	0,0	0,0	8
G	7,1	7,1	7,1	64,3	14,3	0,0	14
J	0,0	16,7	0,0	66,7	16,7	0,0	6
Tot.	11,8	15,7	15,7	43,1	9,8	3,9	51
Liljeholmen							
Samtl.	3,7	19,3	24,4	36,5	14,3	1,7	914
stadsdelar/ distrikt							

C: Medeltungt vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser

Hand- läggare	1 - 2 tim/v	3 - 5 tim/v	6 - 10 tim/v	11 - 20 tim/v	21 - 40 tim/v	40- tim/v	N
A	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1
C	-	-	-	-	-	-	0
D	-	-	-	-	-	-	0
E	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
G	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	2
J	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	2
Tot.	0,0	14,3	42,9	28,6	14,3	0,0	7
Liljeholmen Samtl. stadsdelar/ distrikt	2,0	6,5	9,4	35,4	40,7	6,1	248

D: Tungt vårdberoende och beviljade hemtjänstinsatser

Hand- läggare	1 - 2 tim/v	3 - 5 tim/v	6 - 10 tim/v	11 - 20 tim/v	21 - 40 tim/v	40- tim/v	N
A	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	1
C	-	-	-	-	-	-	0
D	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1
E	-	-	-	-	-	-	0
G	-	-	-	-	-	-	0
J	-	-	-	-	-	-	0
Tot.	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	2
Liljeholmen Samtl. stadsdelar/ distrikt	2,1	0,0	8,5	19,1	51,0	19,1	47

Tabell 5.4 Regressionsanalys avseende beviljad vårdnivå

Variabel	Paramete r-estimat	T-värde	Signifikans	P-värde
Intercept	1.65	2.89	**	0.0043
Tidigare vårdnivå	0.16	4.18	****	< 0.0001
Kön	-0.14	-0.74		0.4597
Ålder 74 - 85	-0.29	-1.05		0.2943
Ålder 85 -	-0.33	-1.16		0.2465
Boende	0.29	0.97		0.3348
Socialt stöd	0.05	0.18		0.8610
Bostadstillgänglighet	0.26	1.53		0.1286
Funktionsförmåga	1.88	8.52	****	<0.0001
Rörelsehinder	0.96	4.60	****	<0.0001
Inkontinens	0.08	0.31	***	0.7564
Otrygghet	0.41	1.44		0.1509
Dement beteende	0.76	2.65	**	0.0087
Handläggare A	0.12	0.29		0.7695
Handläggare C	0.60	1.57		0.1167
Handläggare D	0.67	1.92		0.0556
Handläggare E	0.40	0.89		0.3721
Handläggare G	0.43	1.18		0.2396
Handläggare J	0.44	1.23		0.2218

Tabell 5.5 Regressionsanalys avseende beviljat antal hemtjänsttimmar

Variabel	Parameter- r-estimat	T-värde	Signifikans	P-värde
Intercept	-4.73	-0.70		0.4868
Tidigare beviljad hemtjänst	0.77	6.39	****	<0.001
Kön	0.16	0.08		0.9402
Ålder 74 – 85	-2.40	-0.66		0.5143
Ålder 85 -	0.00	0.00		0.9977
Boende	4.28	1.35		0.1806
Socialt stöd	-0.32	-0.13		0.8967
Bostadstillgänglighet	-1.15	-0.62		0.5363
Funktionsförmåga	7.08	3.29	**	0.0016
Rörelsehinder	3.82	1.62		0.1097
Inkontinens	-0.16	-0.04		0.9960
Otrygghet	5.95	1.33		0.1892
Dement beteende	0.31	0.08		0.9391
Handläggare A	-4.26	-0.92		0.3606
Handläggare C	-2.64	-0.67		0.5066
Handläggare D	-0.75	-0.20		0.8445
Handläggare E	-1.19	-0.23		0.8224
Handläggare G	-2.57	-0.63		0.5303
Handläggare J	-1.96	-0.54		0.5944

Tabell 5.6 Regressionsanalys avseende beviljat boende med heldygnssomsorg

Variabel	Paramete r-estimat	T-värde	Signifikans	P-värde
Intercept	-0.13	-1.22		0.2254
Kön	0.01	0.35		0.7280
Ålder 74 - 85	-0.07	-1.28		0.2012
Ålder 85 -	-0.03	-0.55		0.5822
Boende	0.05	0.98		0.3279
Socialt stöd	-0.01	-0.23		0.8221
Bostadstillgänglighet	0.07	2.21	*	0.0284
Funktionsförmåga	0.03	0.72		0.4712
Rörelsehinder	0.11	2.85	**	0.0047
Inkontinens	0.11	2.34	*	0.0202
Otrygghet	-0.03	-0.49		0.6237
Dement beteende	0.32	6.10	*****	< 0.0001
Handläggare A	-0.04	-0.53		0.5962
Handläggare C	-0.01	-0.07		0.9413
Handläggare D	0.05	0.82		0.4129
Handläggare E	-0.07	-0.93		0.3555
Handläggare G	-0.02	-0.29		0.7702
Handläggare J	0.01	0.13		0.8969

Bilaga 1. ÄSIM-metoden: Blankett och anvisningar för ifyllande

Administrativa uppgifter

1.Löpnummer	2.Stadsdelsnr	3. Datum	4.Handläggare	5.Kod

Personuppgifter

6.Födelse år/mån	7.Kön	8.Civil- stånd	9.Ensam/ sambo

Pågående insatser

10.Vård- nivå	11.Hemtj t/v	12a.Hjälp kvällar	12b.Hjälp nätter	12c. Dag- verksamhet	12d.Demens- dagvård	12e. Avlast- ning/växelvård	12f. Hem- vårdsbidrag

12g. Larm	13. Boende- form	14a. Akut- sjukhus	14b. Ger. klinik

Nu beslutade insatser

15.Vård- nivå	16.Hemtj t/v	17a.Hjälp kvällar	17b.Hjälp nätter	17c. Dag- verksamhet	17d. Demens- dagvård	17e. Avlast- ning/växelv	17f. Hemvårds- bidrag

17g. Larm	18. Boende- form	19. Korttids- boende

Brister i omgivningen

20.Bostadens kvalitet	21. Tillgäng- lighet	22. Socialt stöd

Personligt vårdberoende

23.Funkt. nedsättn	24.Rörelse- hinder	25. Inkonti- nens	26.Otrygghet	27.Dement beteende	28. Katz ADL

Anvisningar för biståndshandläggaren för ifyllande av blanketten för vårdtyngdsmätning enligt ÄSIM-metoden

Siffrorna hänvisar till kolumnerna i blanketten

Administrativa uppgifter.

- | | |
|----------------|---|
| 1. Löpnummer | Ifylls inte av handläggaren |
| 2. Stadsdelsnr | Stadsdelsnummer |
| 3. Datum | Datum för beslutet/vårdtyngds-mätningen |
| 4. Handläggare | Handläggarens namn/signatur |
| 5. Kod | Fyrsiffrig kod. Stadsdelsnr +handläggarens nr
1:sta och 2:dra siffran anger stadsdel
3:dje och 4:de siffran anger handläggarens nr
ex. 1101 och 1102 |

Personuppgifter

- | | |
|-----------------|---|
| 6. Födelsedatum | Anger år och månad, ex född i nov. 1918 blir 1811 |
| 7. Kön | Kön |
| 8. Civilstånd | G=gift, G=ogift,
Ä=änka/änkling,.
S=frånskild |
| 9. Ensam/sambo | S=sammanboende, E=ensamboende |

Pågående insatser

- | | |
|-------------------|---|
| 10. Vårdnivå | Ifylls med siffra vårdnivåer 1 - 8 enligt Äldreomsorgen Sthlms stad, 0 = ingen hjälp |
| 11. Hemtjänst t/v | Ifylls med antal timmar per vecka som personen tidigare beviljats. Om hjälpen getts av två personer dubblas tiden. Kvälls- och nattpatrull ska ingå i den beräknade tiden. Tiden för ev beviljat hemvårdsbidrag ska ingå i den beräknade tiden. Antal timmar ifylls inte vid nivå 0 och vid boende med heldygnssomsorg, |

12. Tilläggsuppgifter/ Här noteras med kryss under resp rubrik om personen får hemtjänst under kvällar och /eller nätter, dagvård, dagverksamhet, hemvårdsbidrag mm. enligt följande:
 12 a = hjälp kväll; 12 b = hjälp natt; 12 c = dagverksamhet; 12 d = demensdagvård; 12 e = avlastning/växelvård; 12 f = hemvårdsbidrag; 12 g = larm
13. Boendeform Här anges med sifferkod den boendeform som personen har haft
 0 = vanligt boende utan hemtjänst
 1 = vanligt boende med hemtjänst
 2 = serviceboende/servicehus
 3 = ålderdomshem/gruppboende
 4= sjukhem
- 14a. Akutsjukhus Här anges med **A** om personen vistas på eller kommit hem från akutsjukhus
- 14b. Geriatrisk klinik Här anges med **G** om personen vistas på eller kommit hem från geriatrisk klinik
- Nu beslutade insatser/vård**
15. Vårdsnivå Ifylls med siffra, avgiftsvårdsnivå 1 - 8 enligt Äldreomsorgen Sthlms stad, 0= ingen hjälp
16. Hemtjänst t/v Ifylls med antal timmar per vecka som personen nu beviljas. Om hjälpen ges av två personer dubblas tiden. Tiden för kvälls- och nattpatrull ingår i den beräknade tiden liksom tiden för ev beviljat hemvårdsbidrag, Antal timmar ifylls inte vid nivå 0 eller vid boende med heldygnsomsorg.
17. Tilläggsuppgifter Här noteras med kryss under resp rubrik om personen får hemtjänst under kvällar och/eller nätter dagvård, dagverksamhet, hemvårdsbidrag mm enligt följande
 17a = hjälp kväll
 17b = hjälp natt
 17c = dagverksamhet
 17d = demensdagvård
 17e = avlastning/växelvård
 17f = hemvårdsbidrag

17g = larm

18. Boendeform Här anges med sifferkod den boendeform som personen har eller genom biståndsbeslut kommer att få.
 0 = vanligt boende utan hemtjänst
 1 = vanligt boende med hemtjänst
 2 = serviceboende, servicehus
 3 = ålderdomshem/gruppboende
 4 = sjukhem
19. Korttidsboende Här noteras med kryss om personen beviljas plats på kommunalt korttidsboende.

Brister i omgivningen

20. Bostadens kvalitet Noteringar av bostadens kvalitet görs med sifferkod (endast för personer som bor i vanligt boende eller serviceboende dvs boendeformerna 0, 1 eller 2.) För samtliga noteringar gäller att det finns fyra nivåer (0-3) där 0 betyder "inga problem" och 3 "mycket stora problem" enligt kod:
 3 = mycket dålig bostad. (saknar minst fyra av nedanstående kvalitetskriterier)
 2= dålig bostad (saknar ett av kvalitetskriterier)
 1= god bostad (saknar inget kvalitetskriterium)
 0= bostaden är anpassad till det personliga behovet

nedanstående

Kvalitetskriterier

- kallvatten
- varmvatten
- centralvärme
- modem spis (el/gas)
- toalett inomhus
- dusch eller bad inomhus

21. Tillgänglighet Noteringar görs med sifferkod (endast för personer som bor i eget boende eller serviceboende),
 3= bostaden är tillgänglig endast för den som saknar rörelsehinder
 2= bostaden är tillgänglig även för personer med lätta rörelsehinder (hiss)
 1= bostaden är tillgänglig även för personer med relativt svåra rörelsehinder men ej för rullstolsburna (hiss, fåtal trappsteg)
 0= bostaden är tillgänglig även för rullstolsburna (hiss, ramp)

22. Socialt stöd
- Noteringar görs med sifferkod (endast för personer som bor i vanligt boende eller serviceboende):
- 3= personen är helt eller så gott som helt utan socialt stöd
 - 2 =personen får stöd minst en gång i veckan av anhörig eller annan (i annat hushåll).
 - 1= personen får dagligen stöd av anhörig eller annan
 - 0= personen får hjälp och stöd från kapabel person som bor i samma hushåll.

Personligt vårdberoende

23. Funktionsnedsättning
- Funktionsnedsättningar noteras för samtliga personer i en skala från 0 (inget beroende) till 3 (mycket stort beroende) enligt följande: Bedömningarna grundas på förmågan att klara följande aktiviteter: Matinköp, matlagning, veckostädning, handla, ärenden post och bank, småtvätt, bäddning, medicinering, bad och dusch, rakning, hand- och ansiktstvätt, toalettbesök, av- och påklädning, uppstigning/sänggående, födointag.
- 3= personen är beroende av hjälp för samtliga ovanstående aktiviteter
 - 2= beroende av hjälp för de flesta av ovanstående aktiviteter
 - 1= klarar de flesta av dessa aktiviteter utan hjälp
 - 0 =klarar samtliga aktiviteter utan hjälp

24. Rörelsehinder
- Notering om rörelsehinder görs för samtliga personer med en siffra enligt nedanstående:
- 3= personen är rullstolsburen eller sängbunden
 - 2= personen kan röra sig inomhus med hjälpmedel eller viss hjälp men inte ute. (Här inkluderas rullstol om personen själv kan ta sig i och ur samt manövrera rullstolen själv)
 - 1= personen kan gå utomhus med hjälpmedel eller viss hjälp
 - 0 = personen kan gå utan svårigheter

25. Inkontinens
- Notering om kontinens/inkontinens görs med sifferkod enligt nedanstående:
- 3= personen är urin- och faecesinkontinent
 - 2= personen har svår urininkontinens / har kateter
 - 1= personen har lätt urininkontinens
 - 0= personen är helt kontinent

26. Otrygghet

Notering om oro och otrygghet/trygghet görs med sifferkod enligt nedanstående:

3 = personen uppvisar mycket svår oro, otrygghet eller depression

2 = personen visar svår oro, otrygghet eller depression

1 = personen är lätt orolig, otrygg eller deprimerad

0 = personen har ingen oro, otrygghet eller depression

28. Dement beteende

Notering om dement beteende görs med sifferkod enligt nedanstående:

3 = personen visar starkt dement beteende, är helt förvirrad

2 = personen är tämligen dement, ofta förvirrad

1 = personen är något oklar, ibland förvirrad

0 = personen är helt klar

28. Katz index

Notering om personens inplacering enligt Katz index görs med bokstav enligt nedan:

A= Oberoende vid födo-intag, förflyttning, toalettbesök, av- och påklädning och badning, är kontinent

B = beroende vid en av aktiviteterna

C = beroende vid badning och ytterligare en aktivitet

D = beroende vid badning, av- och påklädning och ytterligare en aktivitet

E = beroende vid badning, av- och påklädning, toalettbesök och ytterligare en aktivitet

F = beroende vid badning, av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning och ytterligare en aktivitet

G = beroende vid samtliga sex aktiviteter

Ö = övriga, beroende vid minst två aktiviteter men ej klassificerbara som C, D, E eller F.

Bilaga 2. Kontrollmätning och korrigerig av vårdberoende- bedömningen

Tabell 1 visar den genomsnittliga avvikelser mellan handläggarnas bedömning och kontrollmätningen, dels i absoluta tal, dels i procent för ÄSIM SUM2-index.

Tabell 1. Avvikelse i SUM2-index mellan handläggarnas bedömning och kontrollmätningen

Handläggare	Genomsn. avvikelse absoluta tal	Avvikelse i %	Antal kontrollerade observationer
A	+0.40	+ 11	5
C	+0.67	+ 20	9
D	+0.89	+ 28	9
E	+0.13	+ 3	8
G	+1.20	+32	10
J	+1.71	+ 63	7
Tot. Liljeholmen	+0.73	+ 22	48

Liksom vid alla tidigare undersökningar ger kontrollmätningen lägre värden på vårdberoendeindex än biståndshandläggarnas registrering. Mätfelet kan ses som ”normalt” om genomsnittsvärden baserade på 48 personer avviker högst 10 procent från varandra (jfr tidigare rapporter). Avvikelsen som genomsnitt för samtliga kontrollerade personer (22%) ligger betydligt över denna felmarginal. Med fem personer kontrollerade per handläggare kan en avvikelse på maximalt 35 % anses som acceptabel – med tio kontrollerade personer, 25%. Handläggarna G och J faller utanför detta osäkerhetsintervall.

Det bedömdes fördensskull nödvändigt att korrigera vårdberoendebedömningen för att få jämförbarhet. Detta har gjorts med utgångspunkt från avvikelsen i medelvärde för SUM2-index. Till skillnad från vid föregående undersökningar korrigeras emellertid nu resultaten för samtliga handläggare (utom handläggare E) av SUM2-värdet så att medelvärdet av detta reduceras med ett approximativt lika stort värde som den konstaterade avvikelsen mellan kontroll och registrering. Korrigeringen sker med ett eller två skalsteg med början ”nerifrån”, dvs med de vårdtagare som har de lägsta SUM2-värdena (större än ett). Tabell 2 visar medelvärdet för SUM2 före resp. efter korrigeringen samt differensen mellan dessa värden.

Tabell 2. Medelvärde för SUM2-index per handläggare före resp. efter korrigering

Handläggare	Medelvärde före korrigering	Medelvärde efter korrigering	Differens
A	5.38	5.04	- 0.34
C	4.00	3.39	- 0.61
D	4.67	3.80	- 0.87
E	5.00	5.00	- 0.0
G	5.38	4.17	- 1.21
J	4.65	3.06	-1.59
Tot. Liljeholmen	4.70	3.86	- 0.84

Genom korrigeringen förändras rangordningen mellan handläggargrupperna med avseende på vårdberoendet. Det högsta genomsnittliga vårdberoendet noteras nu för A- och E-grupperna och det lägsta för J-gruppen.

Baksidestext

Mätningar i syfte att klarlägga om det finns systematiska skillnader mellan olika socialdistrikt och handläggare när det gäller bedömningen av biståndsbehov inom äldreomsorgen har genomförts av Äldrecentrum i ett stort antal stadsdelar och tidigare socialdistrikt i Stockholm. Denna rapport redovisar en ytterligare undersökning med samma metodik avseende biståndsbedömningen inom stadsdelen Liljeholmen.

Enligt undersökningen ligger beviljade insatser i Liljeholmen på i stort sett samma nivå som för övriga undersökta stadsdelar. Betydande skillnader i biståndsbedömningen har påvisats mellan olika handläggare, men dessa förefaller dock i Liljeholmsundersökningen ha något mindre omfattning. Undersökningar av detta slag kan inte svara på frågan om vad som är ”rätt” bistånd givet vissa behov. Däremot är det viktigt att mot bakgrund av undersökningen diskutera riktlinjerna för biståndsbedömningen och hur de tillämpas.