



UTVECKLING AV VÅRDBEROENDE I VÅRD- OCH OMSORGSBOENDE PÅ KUNGSHOLMEN

SNAC-K rapport nr 19

Mårten Lagergren
Rose-Marie Hedberg

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:5 ISSN 1401-5129



FÖRORD

SNAC – The Swedish National Study on Ageing and Care – är en långsiktig nationell studie av åldrandet och vården och omsorgen om de äldre, som initierats av regeringen och genomförs i fyra områden i Sverige. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är huvudman för den del av studien, som genomförs i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Denna del av studien stöds finansiellt förutom av regeringen också av Stockholms läns landsting och Stockholms stad. SNAC-studien har två kompletterande perspektiv – befolkning och vårdssystem.

Föreliggande rapport redovisar en analys av utvecklingen av vårdberoende och funktionsnedsättning inom vård- och omsorgsboendet på Kungsholmen under perioden 2003 -2010. Det som initierat analysen är observationen att de boende i demensboenden och övriga boenden tenderat att bli allt mer lika varandra. Denna oplanerade utveckling reser frågan om vilken eller vilka faktorer som ligger bakom och om det är en önskvärd utveckling eller ej.

Den bakomliggande orsaken visar sig vara en alltför stor inflyttning av personer med kognitiv nedsättning, men utan demensdiagnos, i de övriga boendena. Det finns skäl att ifrågasätta lämpligheten av denna utveckling. Demensboende är till för personer med demenssjukdom och för inflyttning till demensboende krävs demensdiagnos. För att rätta till utvecklingen krävs därför bättre resurser för utredning och diagnos av personer med kognitiva problem så att dessa personer kan få en adekvat vård.

Analysen av detta slag är endast möjliga att göra om man har en individbaserad, longitudinell registrering av beslut om insatser inom äldreomsorgen och av olika faktorer av relevans för insatsbeslutet. SNAC-studien ger dessa möjligheter och den redovisade analysen kan ses som ett exempel på hur insamlade data kan användas för att penetrera olika frågeställningar av strategisk betydelse inom äldreomsorgen.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum vill härmed framföra ett tack till all personal som medverkat i informationsinsamlingen och uttrycka förhoppningen att resultatet av denna och de fortsatta undersökningarna i SNAC-studien skall visa sig värdefulla i utvecklingen av en bättre vård och omsorg för de äldre.

Mårten Lagergren

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Nationell koordinator SNAC-studien

Projektledare SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING.....	3
MATERIAL OCH METOD.....	5
ALLMÄNT	5
INSAMLADE UPPGIFTER.....	6
DET KUMULATIVA OMSORGSTAGARREGISTRET	7
RESULTAT.....	9
OBSERVERADE UTVECKLINGEN 2003 – 2010 PER BOENDEFORM.....	9
<i>Demografi</i>	<i>9</i>
<i>Funktionsnedsättning</i>	<i>11</i>
<i>SNAC-index och fördelning på PADL-grupper.....</i>	<i>15</i>
ORO, NEDSTÄMDHET OCH BETEENDEPROBLEM I DEMENSBOENDE JÄMFÖRT MED ÖVRIGT BOENDE	18
VAD ÄR ORSAK TILL DEN OBSERVERADE UTVECKLINGEN?	22
<i>Utflytet – dödligheten.....</i>	<i>22</i>
<i>Förändring i graden av funktionsnedsättning hos de kvarboende.....</i>	<i>25</i>
<i>Inflydet av personer till vård- och omsorgsboendet.....</i>	<i>27</i>
DYNAMISK ANALYS - SAMMANFATTNING.....	32
DISKUSSION OCH SLUTSATSER	35
BILAGA 1	38
BILAGA 2	45

SAMMANFATTNING

Genom SNAC-K-studien, vårdsystemdelen, görs en löpande uppföljning av äldreomsorgen på Kungsholmen med avseende på insatser i olika boendeformer i förhållande till behov. I samband med detta har observerats att andelen svårt och mycket svårt kognitiv nedsatta personer i det övriga vård- och omsorgsboendet har ökat starkt. Någon motsvarande ökning i demensboendet har däremot inte skett. Den stora skillnaden i andelen personer med demenssjukdom som förut funnits ser därmed ut att vara på väg att försvinna. Detta aktualiserar frågan om och vad som orsakat utvecklingen och, om den bedöms som inte önskvärd, hur den kan åtgärdas.

I ett boende med en stabil situation, där andelen personer med kognitiv nedsättning inte förändras, balanseras inflyttningen av personer med kognitiv nedsättning av antalet avlidna personer med demenssjukdom och den fortgående försämringen av de kvarboende i detta avseende. I princip kan en utveckling av det slag som här observerats uppkomma genom förändringar i andelen avlidna, dvs att personer med demenssjukdom inte avlider i samma utsträckning som tidigare, de boende försämras kognitivt mer hastigt än tidigare eller inflyttningen av personer med kognitiv nedsättning överstiger vad som är förenligt med en stabil situation.

Analysen visar att dödligheten per år i de båda boendeformerna varierar något över åren men är som genomsnitt i stort densamma, ca 30 %, i båda boendeformerna. Förklaringen till den ökade förekomsten av kognitiv nedsatta i övrigt boende kan därför inte vara lägre dödlighet. SNAC-mätningen visar att - efter standardisering för graden av nedsättning - de boende i demensboende försämras snabbare kognitivt än i de övrigt äldreboende. Detta förhållande alltså snarare motverkar den observerade tendensen.

Förklaringen till den snabba ökningen av andelen kognitivt nedsatta i övrigt boende är därmed lokaliserad till inflyttningen i boendet. Genom den höga andelen kognitivt nedsatta bland dem som flyttar in i övrigt vård- och omsorgsboende har den genomsnittliga nedsättningen bland de boende successivt ökat. En simulering visar att om varje år tjugo svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta personer hade flyttat till demensboende i stället för till övrigt boende hade genomsnittliga graden av kognitiv nedsättning behållits oförändrad i båda boendeformerna. Sammanfattningsvis blir då slutsatsen den att den utveckling som skett beror på att en relativt hög andel kognitivt nedsatta personer beviljats plats i övrigt vård- och omsorgsboende.

En annan fråga är sedan om utvecklingen är önskvärd eller ej. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen 2010) bör socialtjänsten erbjuda ett småskaligt särskilt boende för personer med demenssjukdom. Man anför att ett sådant särskilt boende kan innebära förbättrad livskvalitet och ökat oberoende för det dagliga livets aktiviteter (ADL). Ingen av de studier som anförts har dock

påvisat att ett särskilt demensboende påverkar förändringen i funktionsförmåga över tiden.

Resultaten från SNAC-K antyder att förekomsten av oro, nedstämdhet och svårhanterliga beteendeproblem hos personer med kognitiv nedsättning är högre i övrigt boende än i demensboende. Mot bakgrund av detta och av Socialstyrelsens riktlinjer kan det finnas skäl att ifrågasätta utvecklingen. En anledning till att så många personer med kognitiv nedsättning beviljas plats i övrigt särskilt boende förefaller vara avsaknad av demensdiagnos. Den åtgärd som skulle krävas för att rätta till utvecklingen är därmed större resurser för utredning och diagnos av personer med kognitiva problem

INLEDNING

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har tillsammans med tre andra huvudmän erhållit statsbidrag för uppbyggnad av longitudinella¹ databaser innefattande data som beskriver de äldre och deras behov av vård och omsorg. Studien går under beteckningen SNAC – the Swedish National Study on Ageing and Care. Äldrecentrums del av studien bedrivs på Kungsholmen inkl. Essingeöarna och benämnes SNAC-K. Den stöds förutom av regeringen också av Stockholms kommun och Stockholms läns landsting.

Datainsamlingen inom SNAC-studien omfattar en befolknings- och en vård-systemdel. I befolkningsdelen undersöks ett representativt urval av befolkningen 60 år och äldre. Denna undersökning upprepas vart sjätte år för dem som är under 80 år och vart tredje år för de över 80 år samtidigt som nya 60-åringar resp. 81-åringar förs till. SNAC-studiens befolkningsdel avser att studera åldrandet och de olika faktorer som påverkar detta. Vårdsystemdelen är inriktad på att följa de äldre personer, som mottar långvarig vård och omsorg från kommun och/eller primärvård.. Insamlade data avser att beskriva hur vårdbehoven hos dessa personer utvecklas och hur de tillgodoses.

Den longitudinella datainsamlingen inom vårdsystemdelen gör det möjligt att följa utvecklingen av behov och insatser över tiden per individ. Man kan härigenom beräkna storlek och sammansättning av flödena av personer mellan olika behovs- och insatsnivåer i äldreomsorgen inkl. dödligheten och avslutandet av insatser. Man kan också studera hur dessa flöden påverkar sammansättningen av omsorgstagare per insatsnivå och se vilka kriterier som de facto tillämpas vid beviljandet av insatser, såsom exempelvis plats i särskilt boende med heldygnsomsorg².

Datainsamlingen i SNAC-K inleddes med en s.k. baslinjeundersökning våren 2001. Denna omfattade alla på Kungsholmen inkl. Essingeöarna bosatta 65 år och äldre, som erhöll långvariga vårdinsatser inom äldreomsorg och hemsjukvård. Registreringen omfattade olika faktorer avsedda att beskriva vårdbehovet samt de insatser som personerna hade fått beslut om per den 1 februari 2001. Sedan den 1 februari 2001 pågår en kontinuerlig datainsamling knuten till biståndshandläggningen inom äldreomsorgen samt till insättandet resp. avslutandet av hemsjukvård och/eller rehabilitering i hemmet. Med utgångspunkt från baslinjeundersökningen 2001 har ett kumulativt register byggts upp månadsvis med utnyttjande av denna löpande registrering. Metoden beskrivs närmare i avsnitt 2 - Material och metod. Under år 2002 – 2010 har nya tvärsnittsundersökningar

¹ Longitudinella data betyder i detta sammanhang data som följer individen över tiden och alltså gör det möjligt att analysera en utveckling på individnivå. Detta förutsätter att man kan koppla samman observationer vid olika tidpunkter för samma individ, t ex med hjälp av personnummer.

² I fortsättningen benämnt vård- och omsorgsboende

avseende de äldre i särskilt boende genomförts och även dessa data har förts på det kumulativa registret.

Resultaten från datainsamlingen i SNAC-K vårdssystemdel har redovisats i en följd av rapporter från SNAC-K-projektet. Den senaste rapporten (SNAC-K rapport Nr.17; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:8) beskriver utvecklingen avseende behov och insatser i äldreomsorgen för äldre personer på Kungsholmen och Essingeöarna perioden 2002 – 2009. I denna rapport redovisas bland annat utvecklingen av andelen personer med kognitiv nedsättning uppdelat på vård- och omsorgsboende med inriktning på personer med demens och övrigt vård- och omsorgsboende. Det visar sig här - som kommer att beskrivas närmare nedan - att andelen kognitivt nedsatta personer i resp. boendeform, som i början av perioden skilde starkt mellan de båda boendeformerna, efter hand har tenderat att bli allt mer lika. Detta har väckt frågan om vad som kan ligga bakom denna utveckling och – givet att den inte är önskvärd – hur den skulle kunna förändras så att boendenas ursprungliga profil återställes. Denna rapport är avsedd att ge ett svar på dessa frågor. Rapporten illustrerar samtidigt vilka möjligheter till analys och strategisk uppföljning av äldreomsorgen som man får genom tillgången till longitudinella data som följer individen.

MATERIAL OCH METOD

Allmänt

Som nämnts ovan finns vård- och omsorgsboendet på Kungsholmen i två former, nedan benämnda demensboenden och övriga boenden. Utvecklingen av antalet registrerade boende³ i resp. boendeform under perioden 2003 – 2010 framgår av tabell 1 nedan.

Tabell 1. Totalt antal vårdtagare per boendeform

År	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Demensboende	300	279	266	237	233	229	241	238
Övrigt boende	228	262	257	249	231	217	221	228
Totalt	528	541	523	486	465	446	462	466

Man ser här att det totala antalet boende personer minskat under perioden (12 %). Detta sammanhänger med den snabba befolkningsförändringen på Kungsholmen och Essingeöarna. Antalet personer 85 år och äldre, vilka utgör huvudparten av de boende, har under samma tid minskat med 15 procent. En viktig iakttagelse är också att minskningen av antalet boende enbart gäller demensboendena – efter en initial ökning 2003 har antalet platser i övrigt vård- och omsorgsboende återgått till utgångsläget.

Demensboende är som framgår av namnet avsedda för personer med demenssjukdom. För beviljande av sådant boende förutsätts att läkare satt demensdiagnos. Registreringen i SNAC-K görs av biståndsbedömare eller ansvarig person på utförarenhet. Då registreras kognitiv nedsättning i någon av fyra nivåer; ej nedsatt (0), lätt nedsatt (1), svårt nedsatt (2) och mycket svårt nedsatt (3). Nivåerna är definierade utifrån den s.k. Berger-skalan⁴. Detta innebär att det kan finnas avvikelser mellan demensdiagnosen och graden av kognitiv nedsättning. Genomsnittligt sett bör dock graden av kognitiv nedsättning vara betydligt högre för dem som beviljas plats i demensboende jämfört med dem som flyttar till övrigt vård- och omsorgsboende.

³ Uppgifterna avser antalet personer som är registrerade i det kumulativa registret. Det finns här ett visst bortfall p.g.a. ej samtycke till registrering (ca 4%). Vidare saknas registrering för ett 40-tal personer av vilka de flesta är utspridda på boenden utanför stadsdelen.

⁴ Berger-skalan innehåller sju nivåer, som i SNAC-K reducerats till fyra för att få överensstämmelse med de fyr-gradiga skalor som används i SNAC-K för andra former av funktionsnedsättning.

Demensboendena på Kungsholmen verkar inte skilja sig särskilt mycket från de övriga boendena när det gäller bemanning. Skillnaderna i personaltäthet, uttryckt som antal årsarbetare per plats, är större mellan de enskilda boendena än mellan genomsnittet för resp. typ av boende. Andelen personal med längre utbildning (sjuksköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster) verkar inte heller skilja mellan boendeformerna. När det gäller andelen undersköterskor i förhållande till biträden saknas uppgifter, inte heller finns uppgifter på hur stor andel av personalen som har särskild utbildning avseende vård av personer med demenssjukdom. Skillnader finns mellan boendena när det gäller val och omfattning av olika aktiviteter för de boende, men även här är förmodligen skillnaderna mellan de enskilda boenden större än mellan resp. boendeform.

Insamlade uppgifter

De resultat, som redovisas i denna rapport, är baserade på data som har insamlats om alla personer (65 år och äldre) med beviljat särskilt boende av Kungsholmens stadsdelsnämnd genom årliga tvärsnittsundersökningar per den 1 mars åren 2003 – 2010. Samkörningar har gjorts med register över avlidna under perioden 1 febr. 2001 – 28 febr. 2010 i syfte att validera och komplettera registrerade uppgifter avseende dödsfall samt med Stockholms stads register över omsorgstagare inom äldreomsorgen per den 1 mars åren 2001 – 2010 för att komplettera registrerade uppgifter om avslutande av insatser. Stadens register har också använts för en kontroll av fullständigheten i datainsamlingen samt för rättning av personnummer mm. Under våren 2005 genomfördes ett omfattande rättningsarbete utgående ifrån stadens register för åren 2001 – 2004. Detta har sedan följts upp med en ny rättningssomgång för perioden 2004 – 2007. Till följd av detta omfattande rättningsarbete överensstämmer inte helt de uppgifter, som redovisas i denna rapport, med de uppgifter för åren 2001 – 2006 som lämnats i tidigare rapporter (SNACK-K rapport nr. 1, 5, 7, 10, 12, 13). Under de två första åren av datainsamlingen förekom vissa inkörningsproblem med relativt stora bortfall. För den skull används i de analyser som presenteras nedan endast data från perioden 2003 – 2010.

Datainsamlingen vid tvärsnittsundersökningarna har utförts av ansvarig personal vid utförarenheterna. Sammanförandet av registrerade uppgifter från olika källor förutsätter de registrerade personernas informerade samtycke. Omkring 20 personer i vård- och omsorgsboende (4,3 %) hade den 1 mars 2010 uppgivit att de inte önskade att uppgifter om dem ingick i undersökningen. Dessa personer ingår därför inte i det redovisade materialet. Genom att andelen är så pass låg har den ingen större betydelse för uppgifternas tillförlitlighet.

Vid registreringen har ett undersökningsformulär, s.k. protokoll använts, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Undersökningsprotokollet omfattar

- personuppgifter (personnummer, ev. utomnordisk härkomst, civilstånd, samboende)
- boendeform
- boendestandard
- omgivningsfaktorer (tillgänglighet till bostaden)
- funktionsnedsättning och övriga behovspåverkande faktorer
- behov av särskilda sjukvårdsinsatser
- beviljat bistånd enligt SoL/LSS
- pågående insatser enligt HSL.

Registreringen av funktionsnedsättning omfattar beroende i aktiviteter för dagligt liv, s.k. ADL, rörelsehinder, kognitiv nedsättning samt inkontinens (urin och faeces). ADL-beroende avser dels s.k. instrumentella aktiviteter, IADL (tvätt, städning, matlagning, matinköp, transport med allmänna kommunikationer), dels personliga aktiviteter, PADL(bad/dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning, födointag). För ADL noteras oberoende (0), delvis beroende (1) samt helt beroende (2) enligt internationellt vedertagna definitioner. Kognitiv nedsättning, rörelsehinder och inkontinens bedöms efter en fyragradig skala, där ”0” betecknar ingen nedsättning och ”3” mycket svår nedsättning. De bedömda värden (utom IADL och bad/dusch) läggs sedan samman i ett index, SNAC-index, som går från 0 till maximalt 23. Med hjälp av detta index görs sedan en indelning i fem s.k. PADL-grupper, där grupp 1 representerar de omsorgstagare, som har minst funktionsnedsättning, och grupp 5 de mest funktionsnedsatta.

Det kumulativa omsorgstagarregistret

Grundidén i datainsamlingen inom SNAC vårdsystemdelen är att utgående från en baslinje-undersökning, som avser samtliga omsorgstagare, successivt föra på alla större förändringar i behovspåverkande faktorer eller vårdinsats. På detta sätt skapas ett fortlöpande aktuellt register över alla omsorgstagare, som sedan kan användas både för att ta ut ett tvärsnitt vid en viss tidpunkt och för att följa utvecklingen av (grupper av) individer över tiden. Det kumulativa registret har skapats med utgångspunkt från 2001 års baslinjeundersökning. Insamlade uppgifter i den löpande registreringen har sedan successivt förts på månadsvis på individnivå genom uppdatering av registrerade variabelvärden. Till detta har sedan efter februari månad resp. år lagts på registreringarna från tvärsnittsundersökningarna 2002 - 2010. En närmare beskrivning av det kumulativa registret och de förändringar som skett under åren ges i SNAC-K rapport nr.17, bilaga 2.

Registret per den 1 mars 2010 omfattade totalt 5 527 personer. Av dessa var dock endast 1823 personer aktuella omsorgstagare, varav 510 personer i vård- och omsorgsboende. Övriga personer i det kumulativa registret var antingen avlidna eller så hade insatserna avslutats av annan orsak. Genom metoden att utnyttja uppgifter, som insamlats vid senaste beslutstillfälle alt. tvärsnittsundersökning, kommer registrerade uppgifter att vara mer eller mindre aktuella. Tabell 2 visar fördelningen på senaste registreringstillfälle för de aktuella omsorgstagare i vård- och omsorgsboende, som ingick i registret den 1 mars 2010.

Tabell 2. Fördelning vid senaste registreringstillfälle per boendeform för aktuella omsorgstagare i vård- och omsorgsboende den 1 mars 2010

Tvärsnitt:	2008	0803-0902	2009	0903-1002	2010	Samtliga
Demensboende	0	0	17	15	206	238
Övrigt boende	2	1	22	12	190	228
Totalt	2	1	39	27	396	466

Det framgår att endast en mindre del (9,0 %) av registreringarna gick tillbaka till 2009 års tvärsnittsundersökning eller tiden före denna och huvuddelen av uppgifterna (85 %) kommer från den senaste tvärsnittsundersökningen. Aktualiteten får därmed betraktas som godtagbar.

RESULTAT

Observerade utvecklingen 2003 - 2010 per boendeform

Demografi

Som påpekats ovan har det under perioden 2003 – 2010 skett en påtaglig utjämning när det gäller sammansättningen av de boende med avseende på funktionsnedsättning i de båda formerna av vård- och omsorgsboende. Den analys som presenteras i denna rapport avser att klarlägga mekanismerna bakom denna utveckling.

Till att börja med finns det vissa skillnader mellan boendeformerna när det gäller fördelningen på ålder och kön. Diagrammen 1 - 3 visar medelålder, andelen personer 85 år och äldre samt andelen kvinnor per boendeform samt totalt åren 2003 – 2010.

Diagram 1. Medelålder per boendeform, 2003 - 2010

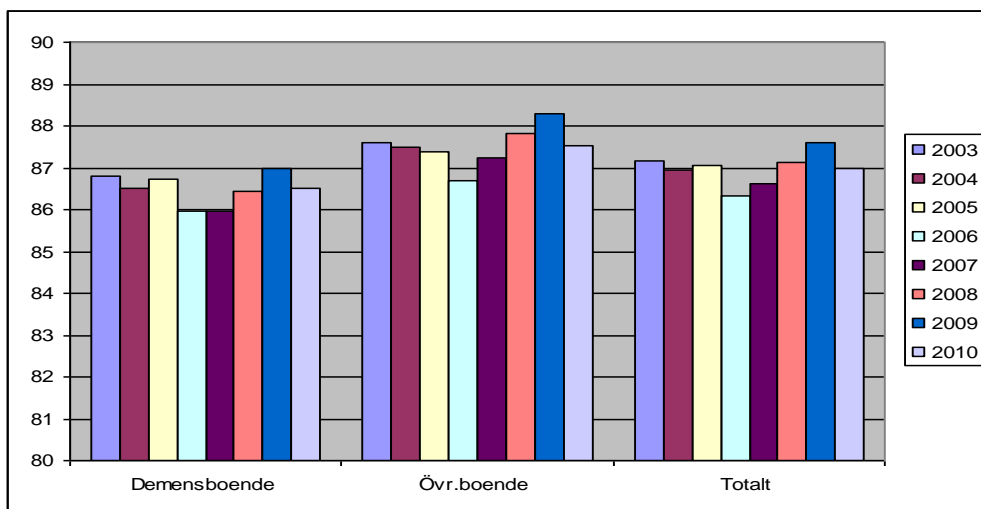


Diagram 2. Andel personer 85 år och äldre per boendeform, procent

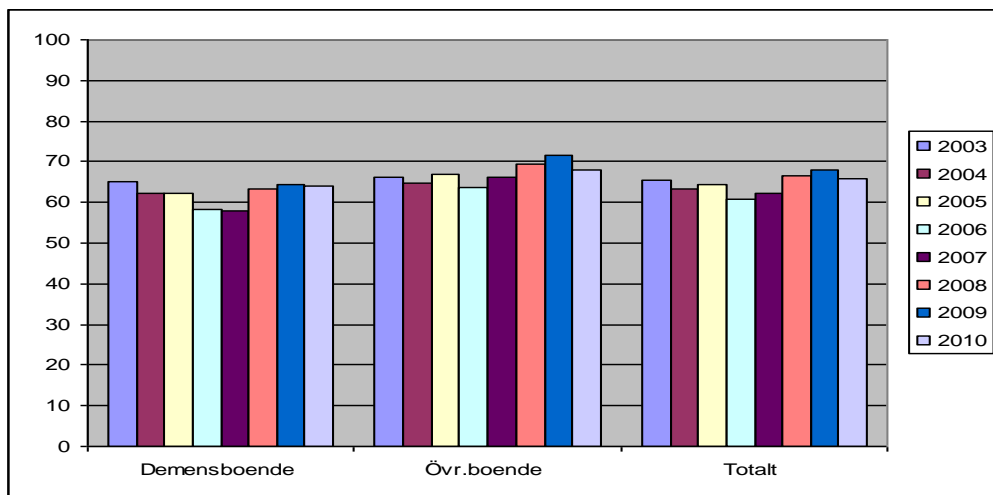
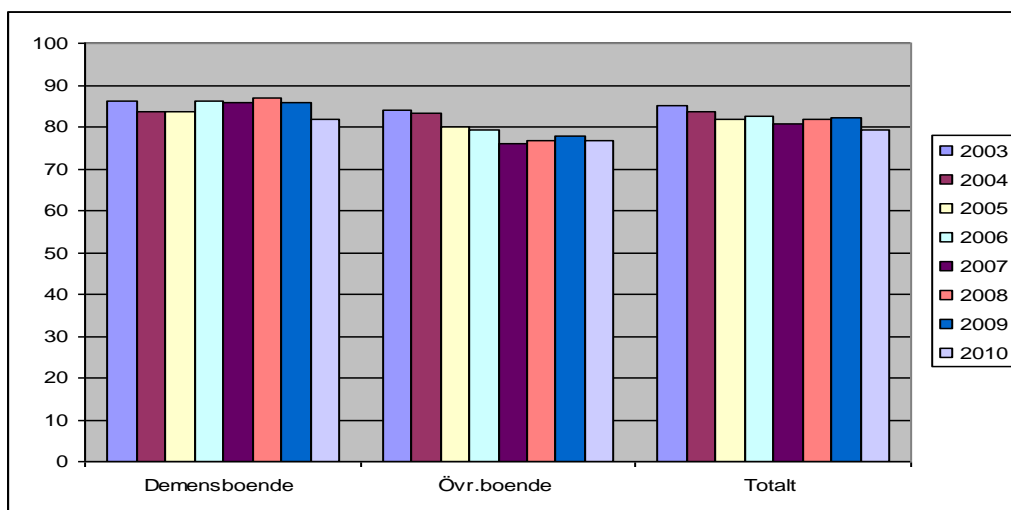


Diagram 3. Andel kvinnor per boendeform, procent

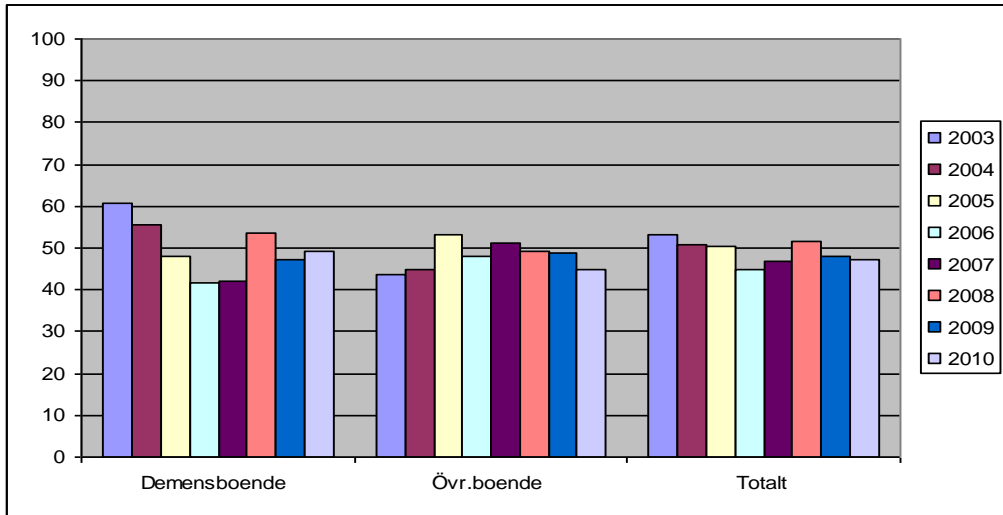


I båda boendeformerna har andelen personer 85 år och äldre ökat och andelen kvinnor minskat de senaste fyra-fem åren. Detta avspeglar befolkningsförändringarna på Kungsholmen. Man ser att medelåldern bland de boende är något högre i övrigt boende än i demensboende och att skillnaden i ålderssammansättning har ökat med tiden, speciellt när det gäller andelen 85 år och äldre. Omvänt är andelen kvinnor lägre i de övriga boendena och även denna skillnad har vuxit under perioden.

Funktionsnedsättning

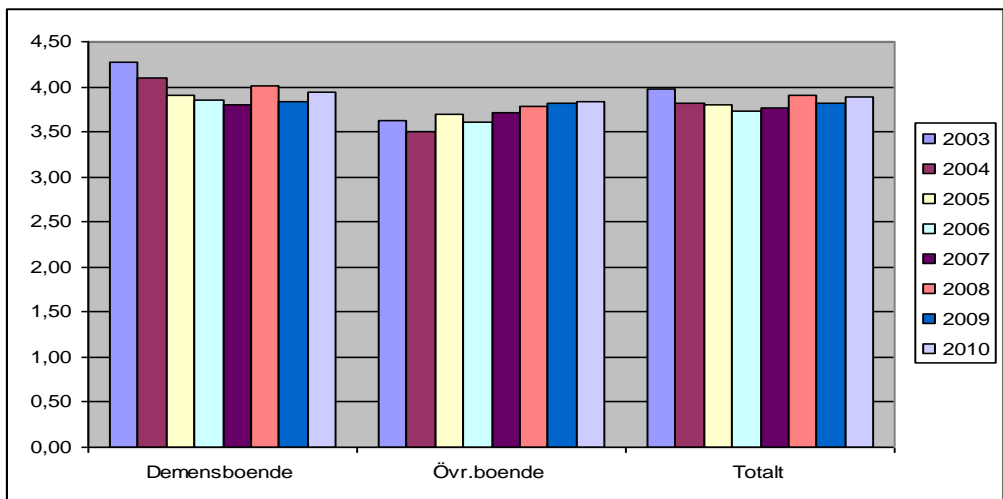
Diagrammen 4 – 12 visar olika aspekter på funktionsnedsättningen och hur denna förändrats för de boende i de båda boendeformerna under perioden.

Diagram 4. Andel beroende i alla personliga ADL-aktiviteter per form av boende, (%)



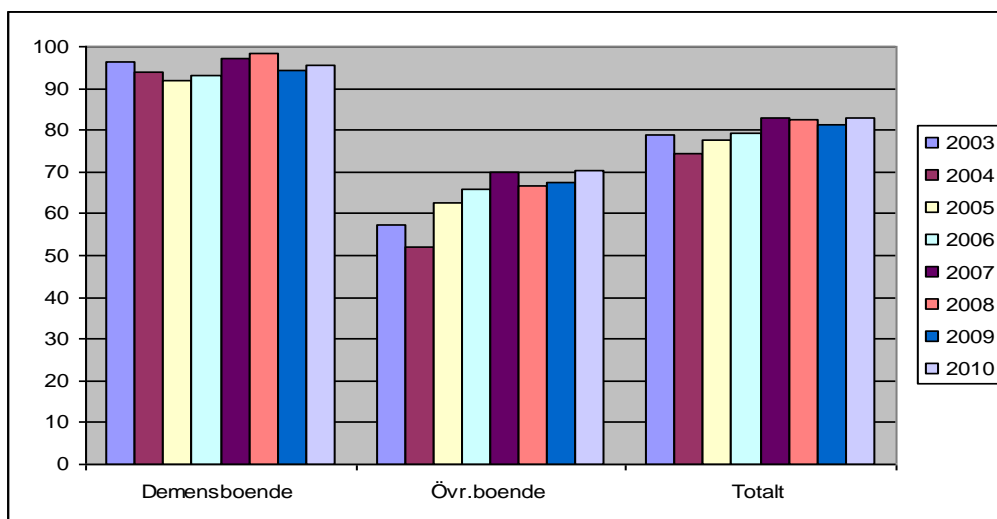
Personer, som är beroende av hjälp för alla aktiviteter för dagligt liv, är naturligtvis de mest vårdkrävande. Nästan hälften av de boende i vård- och omsorgsboende faller inom denna kategori. Här kan man se en viss minskning för demensboende i början av perioden. Omkring hälften av minskningen har sedan återtagits. Andelen i övrigt boende var till en början betydligt lägre än i demensboende, men 2010 är den ungefär densamma.

Diagram 5. Genomsnittligt antal PADL-beroenden per form av boende, (%)



Det genomsnittliga antal beroenden i personliga aktiviteter för dagligt liv följer ett likartat mönster. Den boende är som genomsnitt beroende av hjälp i fyra aktiviteter av fem möjliga. Den stora skillnaden mellan boendeformerna i i början av perioden har jämnats ut så att man i slutet ligger på samma nivå. Totalt ligger genomsnittet på samma nivå som i början efter det att en nedgång i början av perioden följts av en lika stor uppgång.

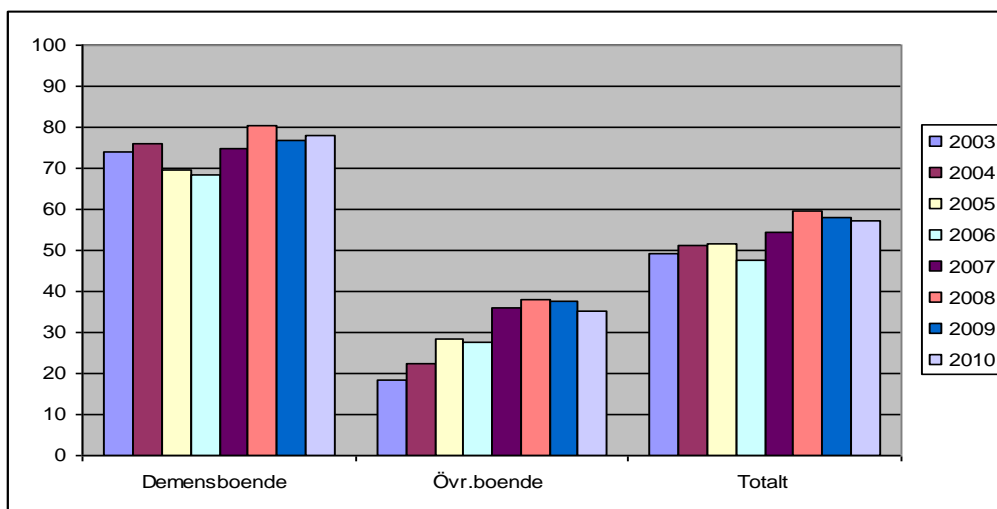
Diagram 6. Andel med kognitiv nedsättning (1 - 3) per form av boende, procent



Nästan alla i demensboende har, som man kan vänta sig, en kognitiv nedsättning (man kan möjligen undra varför det inte är 100 %!). Men även i övrigt boende har tre av fyra personer kognitiv nedsättning efter det att andelen stigit från drygt hälften vid periodens början. Totalt förefaller andelen kognitivt nedsatta vara stigande.

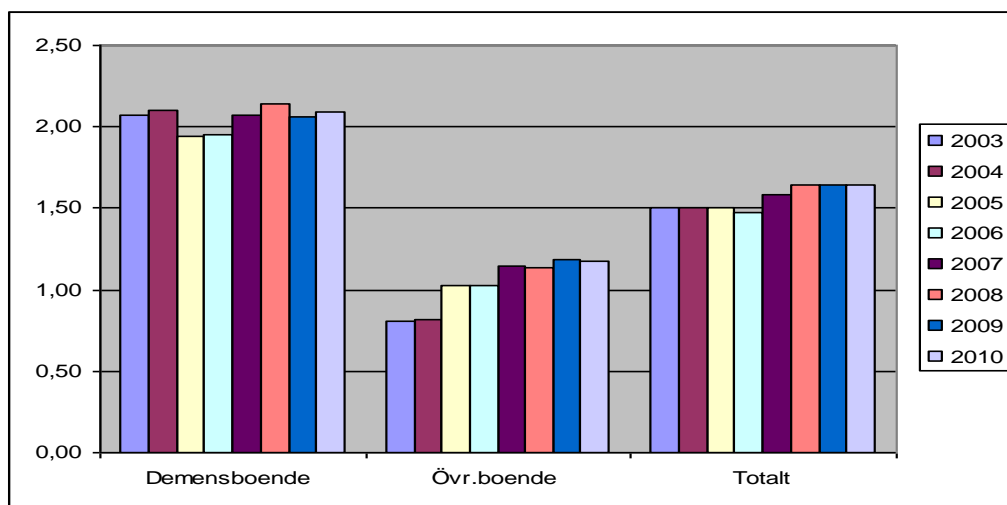
Begränsar man sig till personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning (diagram 7) sjunker andelen väsentligt, speciellt i övrigt boende. Anmärkningsvärt här är dock att andelen fördubblats under perioden, från 18 % till 37 %. Detta innebär att endast 70 % av de i vård- och omsorgsboende med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning nu bor i demensboende mot 83 % år 2003.

Diagram 7. Andel med svår – mycket svår kognitiv nedsättning (2 – 3) per form av boende (%)



Utvecklingen kan också illustreras av den genomsnittliga nedsättningen per boendeform (diagram 8). I demensboende har detta genomsnitt legat i stort sett stilla kring 2,0 (max = 3), i övrigt boende har genomsnittet ökat från 0,8 till 1,2, d v s med cirka 50 % på sju år!

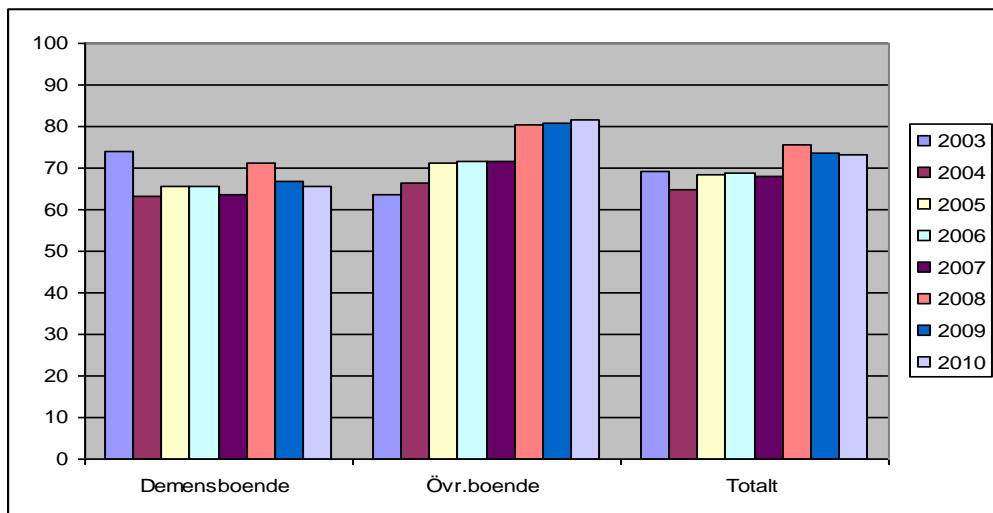
Diagram 8. Genomsnittlig kognitiv nedsättning per form av boende, procent



Andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder (diagram 9) visar inte riktigt samma dramatiska utveckling, men mönstret med stillastående eller nedgång i

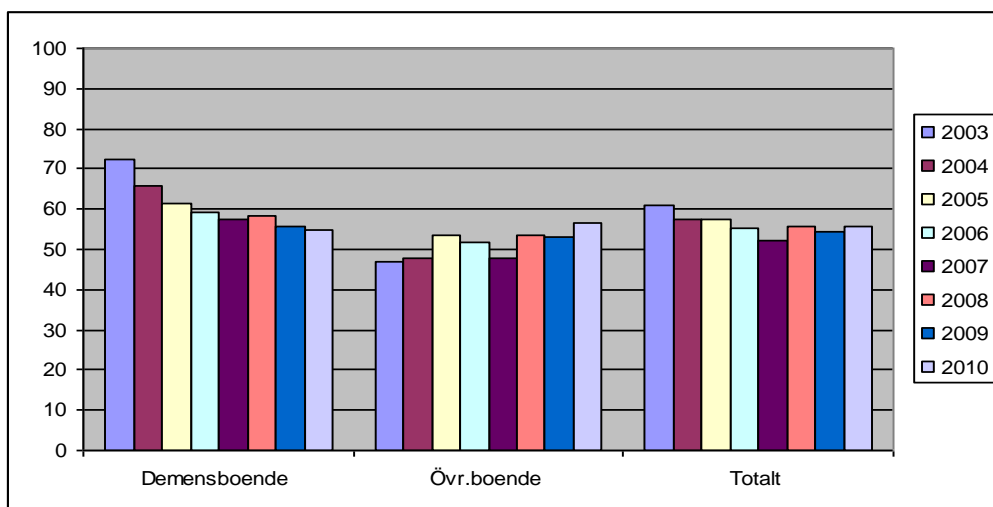
demensboende och uppgång i det övrigt boende är detsamma. Totalt ligger andelen på i stort sett oförändrad nivå.

Diagram 9. Andel med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per form av boende, (%)



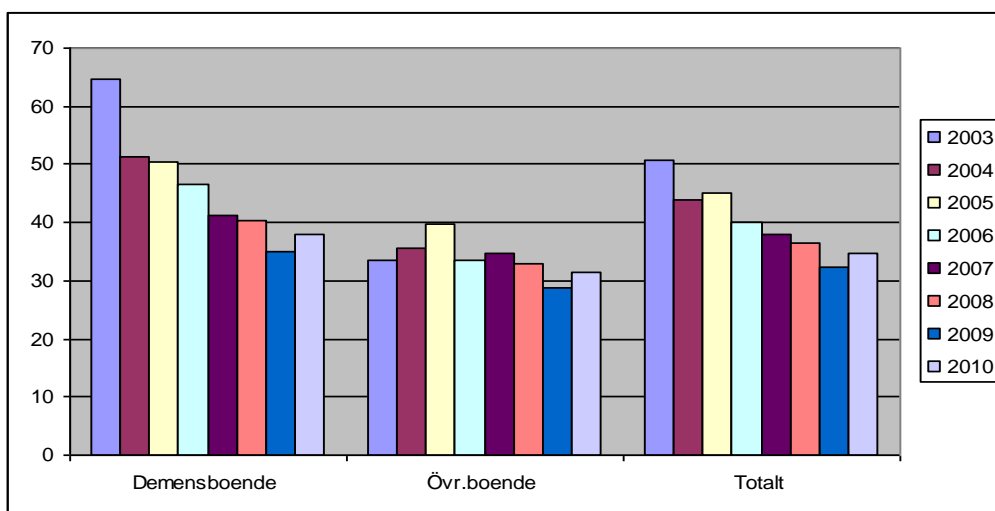
Detta mönster upprepas när det gäller andelen med svår eller mycket svår urininkontinens. Resultatet blir här en påtaglig utjämning mellan de båda formerna av boende så att andelarna urininkontinenta i slutet av perioden är desamma (drygt 50 %).

Diagram 10. Andel med svår eller mycket svår urininkontinens per form av boende, procent



När det gäller andelen med avföringsinkontinens har utvecklingen varit mycket positiv under perioden, men som man kan se av diagram 11, gäller detta i stort sett bara demensboendet, där andelen svårt eller mycket svårt avföringsinkontinenta sjunkit från 65 % till 40 % (år 2009 35 %). I övrigt boende ligger man - efter uppgång och därpå följande nedgång - kvar på ungefär samma nivå som tidigare, d v s om kring en tredjedel.

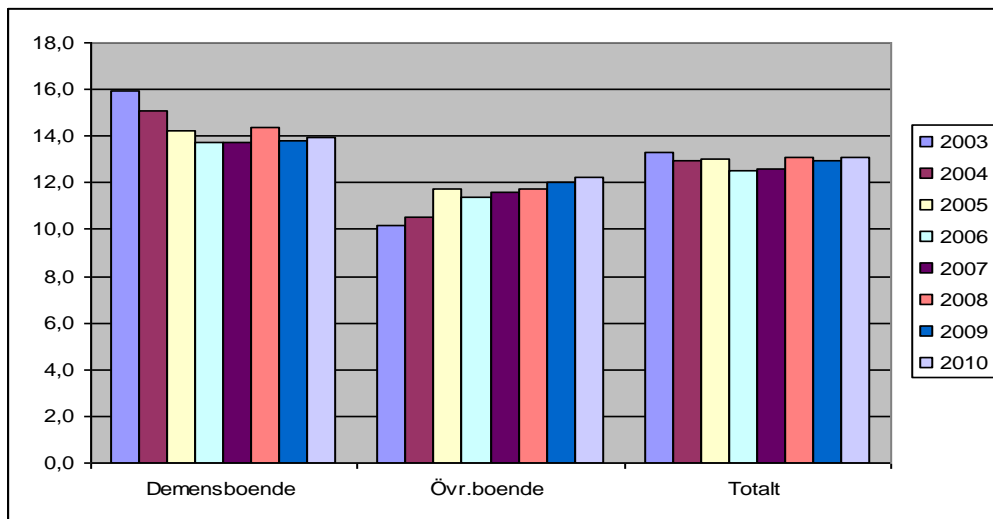
Diagram 11. Andel med svårt eller mycket svårt avföringsinkontinens per boendeform (%)



SNAC-index och fördelning på PADL-grupper

Utvecklingen av de olika indikatorerna på funktionsnedsättning kan sammanfattas genom SNAC-index. I detta ingår beroende i ADL-aktiviteterna, kognitiv nedsättning, rörelsehinder, urin- och avföringsinkontinens. Som man kan vänta sig följer utvecklingen av SNAC-index det mönster som tidigare observerats för flera indikatorer - en minskning i demensboende, kraftig i början men sedan stabiliserad, och en stadig ökning i övrigt boende. Effekten av detta är att skillnaden i genomsnittligt index sjunkit från 5,77 enheter till 1,39. Härigenom är den relativa skillnaden reducerad från 57 % till 11 % på bara sju år!

Diagram 12. Genomsnittligt SNAC-index per form av boende



Utgående från SNAC-index görs en indelning i s.k. PADL-grupper med stigande grad av funktionsnedsättning. Tabell 3 A - C visar fördelningen på PADL-grupper (se nedan) för resp. form av vård- och omsorgsboende under perioden.

Tabell 3. Fördelningen på PADL-grupper för vård- och omsorgsboende, 2003 - 2010, (%)

A. Demensboende	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingen nedsättning	0	0	0	0	0	0	1	0
Lätt nedsättning	12	15	19	18	19	14	20	17
Nedsatt	18	24	23	30	29	27	28	31
Mkt nedsatt	34	28	31	31	32	34	24	26
Helt nedsatt	35	32	26	21	20	25	27	25

B. Övrigt boende	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingen nedsättning	13	13	10	10	8	6	5	4
Lätt nedsättning	23	25	23	24	24	23	20	19
Nedsatt	31	22	18	21	26	28	32	34
Mkt nedsatt	28	31	34	31	27	30	29	32
Helt nedsatt	5	10	15	14	15	13	14	12

C. Totalt	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ingen nedsättning	6	6	5	5	4	3	3	2
Lätt nedsättning	17	20	21	21	22	19	20	18
Nedsatt	24	23	21	25	28	27	30	32
Mkt nedsatt	32	29	32	31	30	32	26	29
Helt nedsatt	22	21	21	17	18	19	21	19

Man konstaterar här för det första, att PADL-grupp 1 (Ingen nedsättning⁵) knappast längre förekommer i dessa boendeformer. År 2003 tillhörde en av sju personer i övrigt vård- och omsorgsboende denna grupp. Lätt nedsatta (grp 2) har ökat i demensboende och minskat i övrigt boende. Totalt är andelen ganska oförändrad. Mellangruppen "Nedsatta" (grp 3) har ökat i båda boendeformerna, men mest i demensboende. Totalt har andelen i denna grupp ökat starkt. Gruppen "Mycket nedsatta" har minskat sin andel i demensboende och ökat i övrigt boende där dess andel nu är större än i demensboende från att ha varit tvärtom vid periodens början. Andelen "Helt nedsatta" (grp 5) uppvisar den största relativa förändringen. Den var vid periodens början sju gånger större i demensboende än i övrigt boende, men detta är nu betydligt utjämnat. Fortfarande är dock andelen avsevärt större i demensboende än i det övriga. Totalt sett har andelen i denna grupp minskat något. Läger man samman grupperna "mycket" och "helt nedsatta" har andelen i demensboende minskat från 70 % till 52 %, samtidigt som den ökat i övrigt boende från 33 % till 44 %. Uppenbarligen har någonting hänt!

Den dramatiska förändringen på en så kort tid väcker naturligtvis flera frågor; Hur kommer sig nu detta? Vad är det som hänt? Är det fråga om en planerad utveckling eller har det bara blivit så? En annan fråga gäller utvecklingens konsekvenser; Är det här bra eller dåligt? Vad innebär det för de boende? Vad innebär det för personalen? En annan fråga är, om man menar att detta inte är planerat och önskvärt; Hur skall man vrida utvecklingen tillbaka till det ursprungliga läget? För detta krävs förstås att man förstår hur det har gått till och vilka faktorer som inverkat.

Fortsättningen av denna rapport kommer huvudsakligen att handla om den första frågan: Hur kommer sig nu detta? Av svaret på den frågan framgår sedan också hur utvecklingen kan rättas till om man så önskar. Utvecklingens konsekvenser kommer i viss mån att belysas genom att se på olika indikatorer på de boendes psykiska tillstånd som oro, nedstämdhet och beteendeproblem. En analys avseende utvecklingen av dessa faktorer följer i nästa avsnitt.

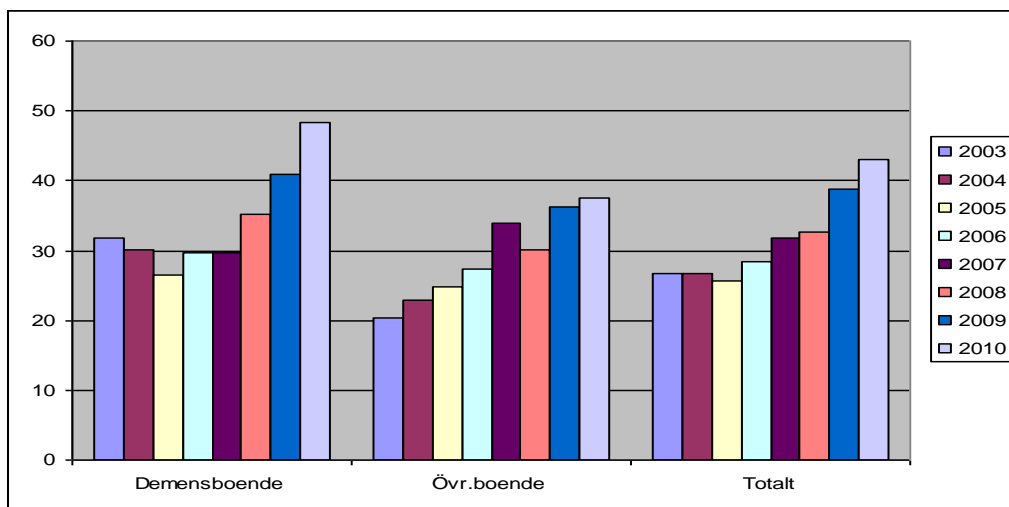
⁵ Det bör påpekas att personer med "Ingen nedsättning" mycket väl kan ha ett behov av stöd och hjälp. De har dock ingen funktionsnedsättning av den karaktär som här avses.

Oro, nedstämdhet och beteendeproblem i demensboende jämfört med övrigt boende

Som angetts ovan omfattar registreringen i SNAC-vårdssystemdelen också några indikatorer som avser de boendes tillstånd i psykiskt avseende. Indikatorerna avser graden av oro, nedstämdhet och förekomsten av svårhanterligt beteende. På samma sätt som övriga indikatorer i SNAC-registreringen används här en fyragradig skala som går från "0" (inga problem) till "3" (mycket svåra problem). Definitioner av de olika skalstegen finns i bilaga 1. I samtliga fall är det här fråga om en bedömning som gjorts av ansvarig personal på resp. utförarenhet.

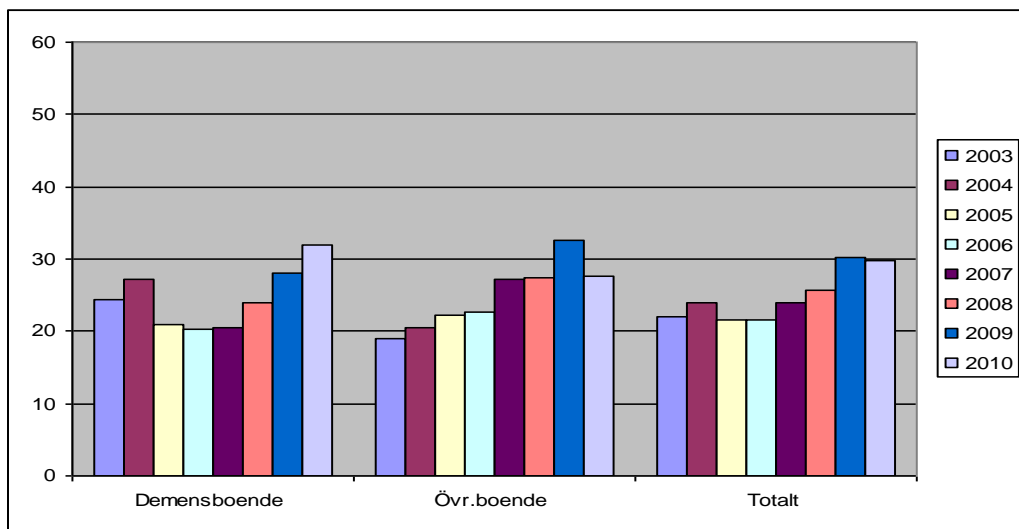
Diagrammen 13–15 visar utvecklingen av andelen personer med svåra eller mycket svåra problem när det gäller oro, nedstämdhet och beteendestörningar vid resp. form av vård- och omsorgsboende under perioden 2003–2010.

Diagram 13. Andel med svår eller mycket svår oro per form av boende, procent



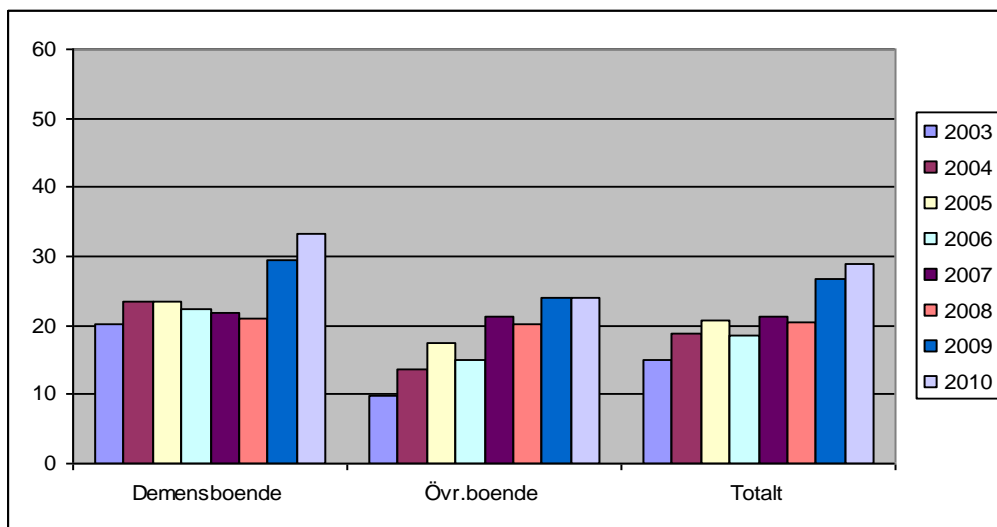
I båda formerna av boende har andelen med svår eller mycket svår oro ökat väsentligt under perioden. Andelen har genomgående legat högre i demensboende än i övrigt boende. Motsvarande utveckling av andelen med svår eller mycket svår nedstämdhet visas i det följande diagram 14.

Diagram 14. Andel med svår eller mycket svår nedstämdhet per form av boende, (%)



Även när det gäller andelen med nedstämdhet kan man konstatera en klar tendens till ökning under perioden. Den är dock inte så utpräglad som för förekomsten av oro. Nedstämdheten förefaller vara något mer utbredd i demensboende än i övrigt boende, men skillnaden är inte så stor som skillnaden i förekomsten av oro och vissa år har andelen nedstämda varit högre i övrigt boende. Förekomsten av svåra eller mycket svåra problem med svårhanterligt beteende i de båda boendeformerna visas i diagram 15.

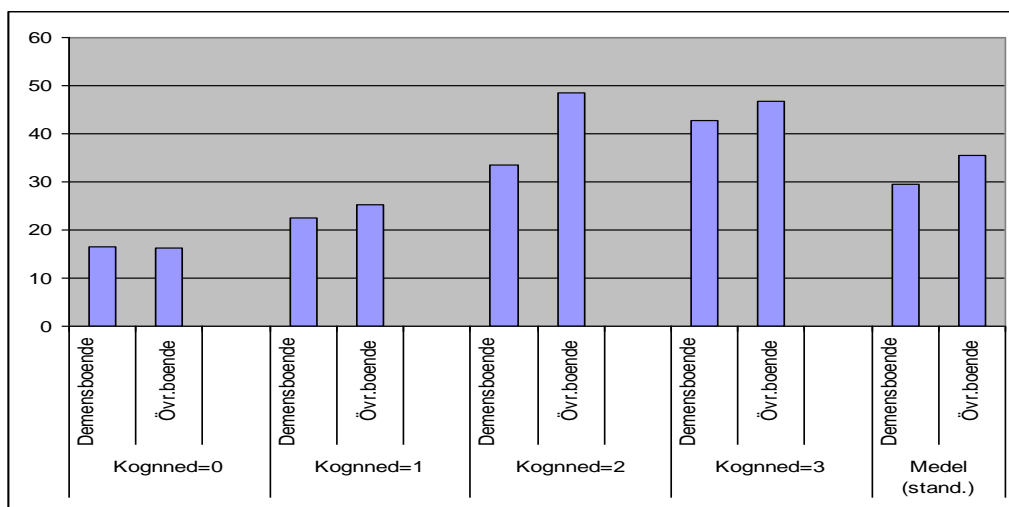
Diagram 15. Andel med svåra eller mycket svåra beteendeproblem per form av boende, procent.



Mönstret är här detsamma som för de båda tidigare psykiska indikatorerna. Andelen med problem har ökat i båda boendeformerna under perioden - mest påtagligt dock i det övrigt boende. Genomgående ligger emellertid andelen där lägre än i demensboende. De snabba kasten i utvecklingen antyder en viss subjektivitet i bedömningen men tendenserna är trots detta tydliga.

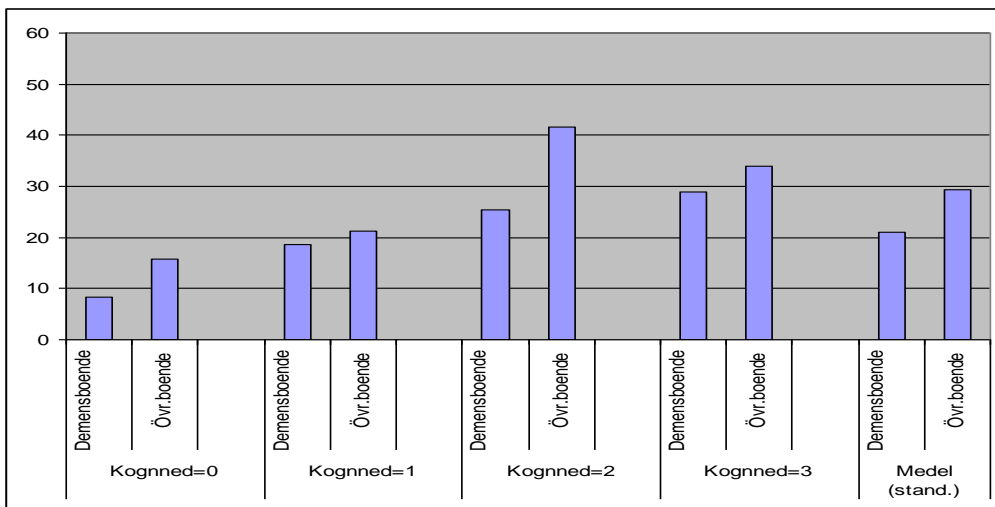
En slutsats av ovanstående skulle kunna vara, att demensboende är sämre (än övrigt vård- och omsorgsboende) för omsorgstagarna eftersom en högre andel av de boende här är oroliga, nedstämda och uppvisar problem i beteendet. Emellertid visar analyser att det finns ett starkt samband mellan kognitiv nedsättning och förekomsten av oro, nedstämdhet och beteendeproblem. Eftersom andelen med kognitiv nedsättning är högre i demensboende än i övrigt boende, blir jämförelsen av detta skäl inte rättvisande. Genom att jämföra andelen med oro, nedstämdhet och beteendeproblem *per grad av kognitiv nedsättning* får man en mer rättvisande bild. Man kan sedan också beräkna andelen standardiserad för förekomsten av kognitiv nedsättning, d v s den andel man skulle få om denna förekomst var densamma i de båda boendeformerna. Diagrammen 16 - 18 visar andelarna med svår resp. mycket svår oro, nedstämdhet och beteendeproblem per grad av kognitiv nedsättning i de båda boendeformerna år.

Diagram 16. Andel med svår - mycket svår oro per grad av kognitiv nedsättning och form av boende (%).



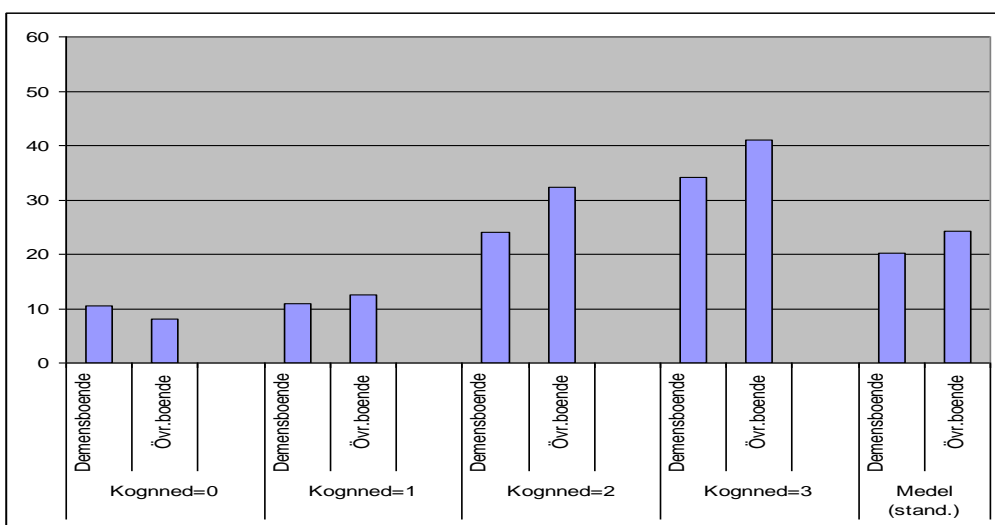
Här kan man se att för varje grad av kognitiv nedsättning, är en större andel av dem i övrigt boende än i demensboende oroliga. Den standardiserade andelen oroliga blir därmed högre, 36 % jämfört med 30 %. Skillnaden är störst för dem med svår kognitiv nedsättning. För dem utan kognitiv nedsättning är andelen oroliga lika hög i båda boendeformerna.

Diagram 17. Andel med svår eller mycket svår nedstämdhet per grad av kognitiv nedsättning och form av boende, procent.



Även när det gäller nedstämdhet resulterar en uppdelning på graden av kognitiv nedsättning i att övrigt boende faller sämre ut än demensboende och liksom när det gäller oron är det framförallt för personer med svår nedsättning (grad2) som skillnaden är som störst. Den standardiserade andelen svårt eller mycket svårt nedstämda, d v s antaget att förekomsten är kognitiv nedsättning är densamma, 21 % i demensboende och 29 % i övrigt boende.

Diagram 18. Andel med svåra eller mycket svåra problem med svårhanterligt beteende per grad av kognitiv nedsättning och form av boende, procent



Resultatet för förekomsten av beteendeproblem är likartat. Andelen med problem växer starkt med graden av kognitiv nedsättning. Den är genomgående högre i de övrigt boende än i demensboende och skillnaden är störst bland dem med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning. Ett undantag är här personer utan kognitiv nedsättning, men denna grupp är ytterst liten i demensboende, så detta saknar betydelse för jämförelsen av boendeformer. Den standardiserade andelen med svåra eller mycket svåra problem är i detta fall 20 % i demensboende och 24 % i övrigt boende.

Den korrekta slutsatsen av den jämförande analysen blir alltså att om förekomsten av psykiska problem som oro, nedstämdhet och beteendestörningar är en valid indikator på boendeformens lämplighet för den boende, så är demensboende att föredra framför övrigt boende - speciellt för personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning.

Vad är orsak till den observerade utvecklingen?

Den utveckling som observerats är att sammansättningen av omsorgstagarna i övrigt vård- och omsorgsboende med avseende på olika former av funktionsnedsättning förändrats under perioden 2003–2010 så att den blivit mer och mer lik sammansättningen av omsorgstagarna i demensboende. Utvecklingen av antal och sammansättning av omsorgstagarna i ett boende styrs av antal och sammansättning av inflödet av nya personer i boendet, förändringen över tiden hos de personer som bor där samt antal och sammansättning av utflödet av personer, i detta fall huvudsakligen genom dödsfall. I princip kan alltså en förändring i omsorgstagarnas sammansättning uppkomma antingen genom inflödet, genom förändringen av omsorgstagarna över tiden eller genom utflödet eller genom en kombination av dessa faktorer. I fortsättningen kommer utvecklingen av dessa olika faktorer analyseras närmare och jämföras mellan demensboende och övrigt boende.

Utflödet - dödligheten

Den helt dominerande delen av utflödet av personer från vård- och omsorgsboendet utgörs av dödsfall. Normalt är de som dör i sämre skick än de personer som flyttar in. Omsättningen av personer i vård- och omsorgsboendet är ganska hög - normalt cirka 30 personer per år. I en stabil situation med oförändrat antal personer och oförändrad sammansättning av dessa med avseende på funktionsnedsättning är antalet utflyttande lika stort som antalet inflyttande och skillnaden i graden av funktionsnedsättning mellan de ut- och de inflyttande uppvägs av den gradvisa försämringen av de kvarvarande boende. Minskar dödligheten och antalet platser behålls oförändrat måste antalet inflyttande personer minska i samma mån. Gradens av funktionsnedsättning hos de boende ökar då som genom-

snitt, eftersom de nu överlevande personerna - allt annat lika - är i sämre skick än de inflyttande. Detsamma gäller även om inflyttningen behålls oförändrad, varvid alltså antalet platser måste öka. Ökad överlevnad av de boende skulle därmed kunna vara en förklaring till den observerade utvecklingen - förutsatt att detta endast gäller övrigt boende eller att eller nedgången i dödlighet i demensboende kompenseras av förändringen i någon annan faktor. Så vad har hänt med dödligheten? Tabell 4 visar utvecklingen under perioden 2003–2010 per form av boende. Dödligheten är räknad fr.o.m. den 1 mars ett år t o m den 28 februari det följande.⁶

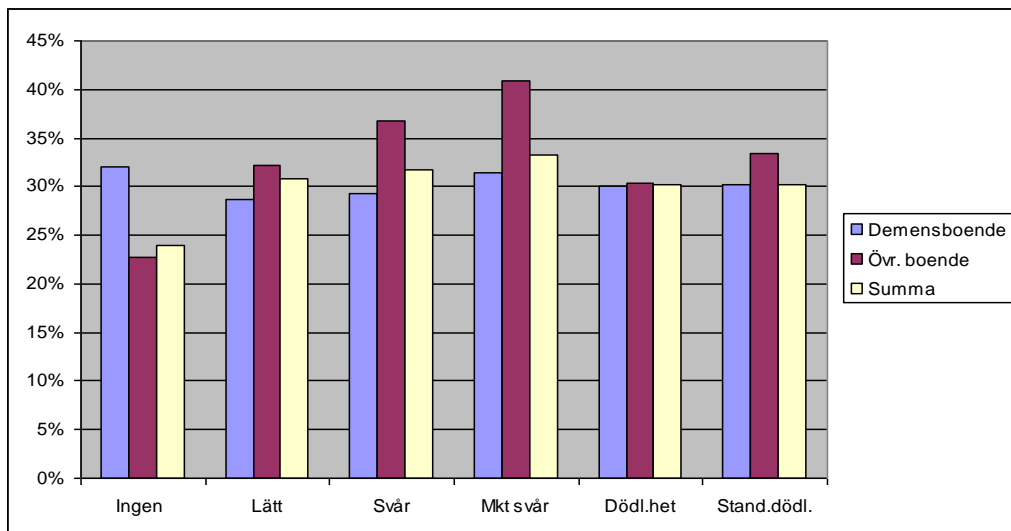
Tabell 4. Dödlighet per form av boende, 2003 - 2010, procent

Boendeinriktning	2003/ 2004	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	Medel- tal
Demens	30,3	30,1	32,7	30,0	32,2	30,1	25,3	30,1
Övrigt	30,7	31,7	27,6	26,5	32,0	31,8	29,0	29,9
Totalt	30,5	30,9	30,2	28,2	32,1	30,9	27,1	30,0

Det finns en variation mellan åren, men som genomsnitt överensstämmer dödligheten i demensboende och övrigt boende mycket väl och det går heller inte att se någon stadig förändring över tiden. Minskad dödlighet över tiden eller lägre dödlighet i övrigt boende än i demensboende kan därför inte vara förklaringen till den observerade utvecklingen. En annan förklaring skulle kunna vara att dödsrisken för de kognitivt nedsatta varit lägre i övrigt boende än i demensboende och att genomsnittet därigenom dragits upp på grund av lägre utflöde av nedsatta personer. Som framgår av diagram 19 nedan har dödligheten per grad av kognitiv nedsättning som genomsnitt över perioden i stället varit något högre i övrigt boende än i demensboende. Detta kan alltså inte heller vara förklaringen till att man fått en ökning av andelen kognitivt nedsatta.

⁶ Det bör betonas att en ettårsdödlighet på ca 30 % inte utesluter att många personer dör mycket kort tid - inom några veckor - efter inflyttningen. Risken att dö är inte likformig över boendetiden.

Diagram 19. Dödlighet per grad av kognitiv nedsättning per boendeform



Den följande tabellen 5 visar graden av funktionsnedsättning hos de personer som dött (mätt den 1 mars högst ett år före personen dog) uttryckt dels som genomsnittligt SNAC-index, dels som genomsnittlig kognitiv nedsättning.

Tabell 5. Medelvärde för SNAC-index samt kognitiv nedsättning för avlidna per form av boende, 2003 - 2010

Medelvärde	2003	2003	2003	2003	2007	2008
SNAC-index						
Demensboende	15,92	15,09	14,24	13,73	13,70	14,40
Övrigt boende	10,15	10,56	11,71	11,38	11,60	11,76
Totalt	13,33	13,0	13,02	12,52	12,59	13,09

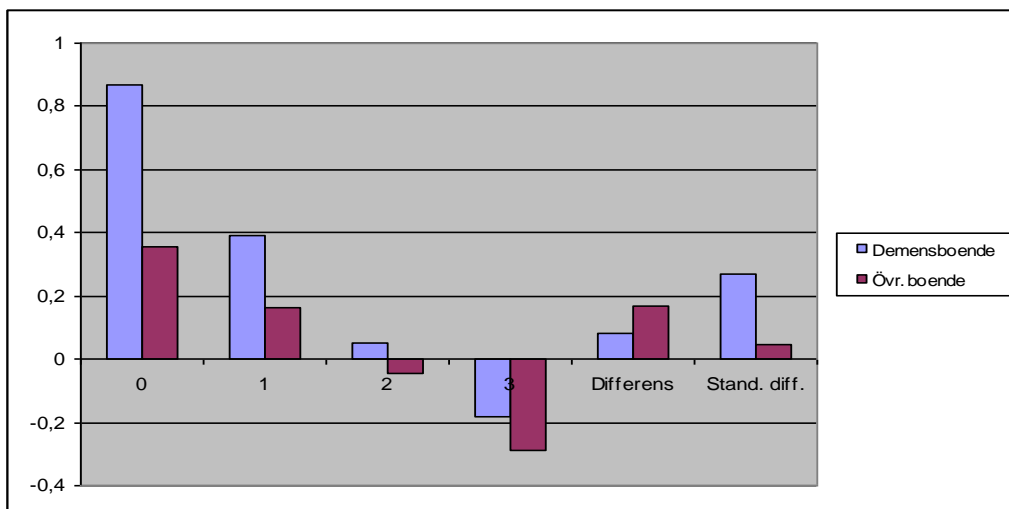
Genomsnittl. kogn.nedsättn.	2003	2004	2005	2006	2007	2009
Demensboende	2,07	2,10	1,94	1,95	2,08	2,14
Övrigt boende	0,80	0,81	1,03	1,03	1,15	1,13
Totalt	1,51	1,50	1,50	1,48	1,59	1,64

Här kan man se att de avlidna i demensboende varit något mindre nedsatta⁷ i slutet än i början av perioden 2003-10. Detta gäller dock inte för kognitiv nedsättning, där läget varit stabilt bortsett från viss variation mellan åren. I övrigt boende var läget stabilt för SNAC-index (bortsett från det första året), men här ökade i stället graden av kognitiv nedsättning bland de avlidna. Detta avspeglar förstås den förändrade sammansättningen av de boende som tidigare observerats (jfr diagram 8).

Förändring i graden av funktionsnedsättning hos de kvarboende

En annan tänkbar förklaring till den observerade utvecklingen skulle kunna vara att de som bor i övrigt vård- och omsorgsboende försämras snabbare än de som bor i demensboende med avseende på funktionsförmåga i allmänhet och kognitiv funktion i synnerhet. Genom den snabbare försämringen skulle då - allt annat lika - andelen kognitivt nedsatta öka med tiden. Som angetts ovan mäts graden av kognitiv nedsättning i SNAC-studien genom en fyrgradig skala från 0 till 3. Begränsningen i skalan gör att en försämring måste mätas i förhållande till utgångsläget. Den som klassats som 3, d v s mycket nedsatt kan ju inte få ett högre värde. Diagram 20 nedan visar den genomsnittliga förändringen i kognitiv nedsättning under ett år givet initial kognitiv nedsättning per form av boende för personer, som under året befunnits sig i detta boende.

Diagram 20. Genomsnittlig förändringen i kognitiv nedsättning under ett år givet initial kognitiv nedsättning per form av boende, 2003 - 2009

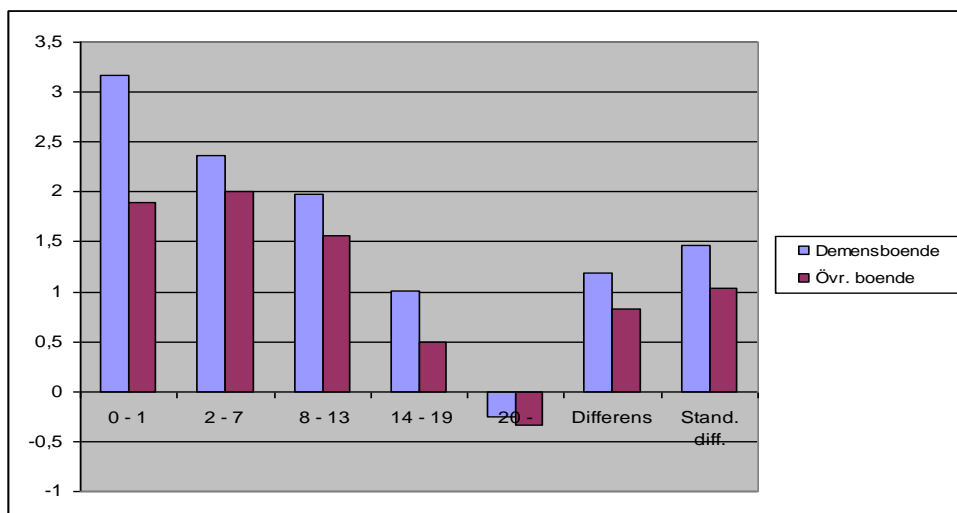


⁷ Mätt genom SNAC-index den 1 mars högst ett år före dödsfallet.

Som genomsnitt går försämringen i kognition snabbast i övrigt boende, men detta är endast skenbart eftersom försämringstakten beror starkt på utgångsläget och fördelningen av detta skiljer starkt mellan boendeformerna. Standardiserar man för detta (genom att anta att båda boendeformerna har samma fördelning på kognitiv nedsättning) finner man - kanske något överraskande - att försämringen går betydligt snabbare i demensboendet, 0,27 enheter per år jämfört med 0,05. Resultatet är dock osäkert, eftersom antalet personer med ingen eller endast lätt kognitiv nedsättning⁸ är få i demensboendet och allmänt förekommande i övrigt boende. Att en del personer, som ett år bedömts som ”mycket svårt nedsatta (3)”, ett år senare bedöms som endast ”nedsatta (2)” avspeglar den osäkerhet som givetvis finns i bedömningen. Med reservation för osäkerheten kan det ändå finnas anledning att fundera över, varför det tycks som fler personer med lätt nedsättning utvecklar svår nedsättning under ett år i demensboende jämfört med övrigt boende.

En motsvarande analys kan göras med avseende på den totala funktionsnedsättningen sådan den mäts genom SNAC-index. Nedsättningen i utgångsläget har här för enkelhetens skull sammanförts i PADL-grupper (se sid.9). Diagram 21 visar den genomsnittliga förändringen i SNAC-index under ett år givet initial PADL-grupp per form av boende för personer som under året befunnits sig i detta boende.

Diagram 21. Genomsnittlig förändringen i SNAC-index under ett år givet initial PADL-grupp (intervall för SNAC-index) per form av boende,



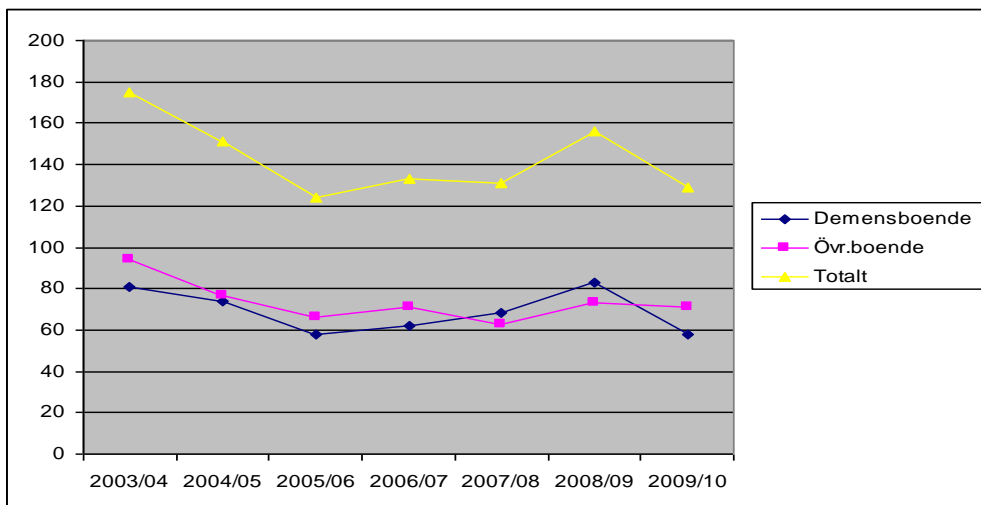
⁸ Som bedömt av personalen – samtliga boende har demensdiagnos

Precis som för kognitiv nedsättning är försämringen snabbare vid låg initial funktionsnedsättning beroende på takeffekten. Anmärkningsvärt är dock att med undantag för den mest nedsatta PADL-gruppen, där taket i princip är nått, går försämringen i funktionsförmåga, så som den mäts med SNAC-index, snabbare i demensboende än i det övrigt boende. Såväl med som utan standardisering för utgångsläget är den genomsnittliga försämringstakten högre. Snabbare individuell försämring av de kvarboende i övrigt boende kan alltså inte vara förklaringen till att såväl kognitiv nedsättning som allmän funktionsnedsättning ökat kraftigt i detta boende. Den enda faktor som då återstår att analysera är inflödet.

Inflödet av personer till vård- och omsorgsboendet

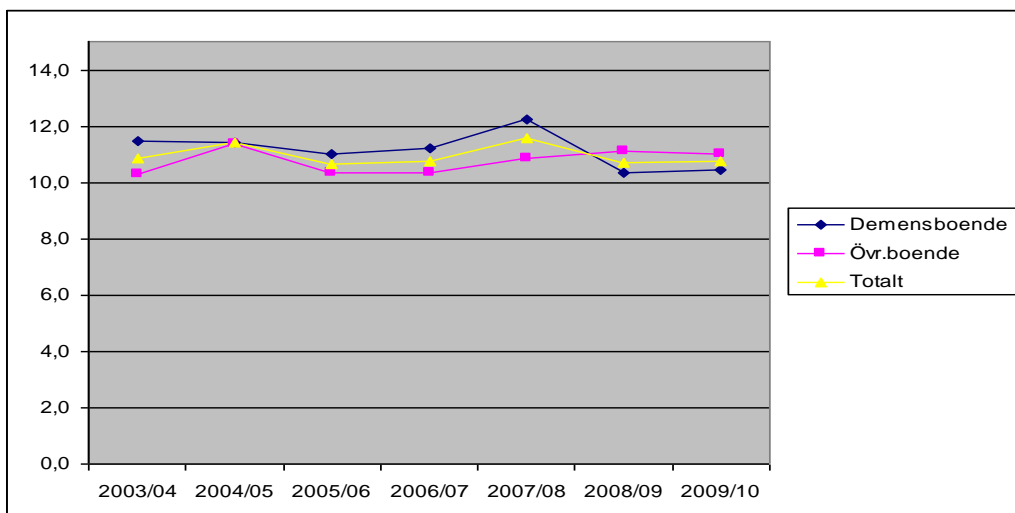
Inflödet till båda boendeformerna har varierat något över åren. Diagram 22 visar antalet personer som flyttat in i resp. boendeform per år (räknat från den 1 mars till den 28 februari följande år) under perioden 2003–2010.

Diagram 22. Antal personer som flyttat in i vård- och omsorgsboende per år, 2003 - 2010



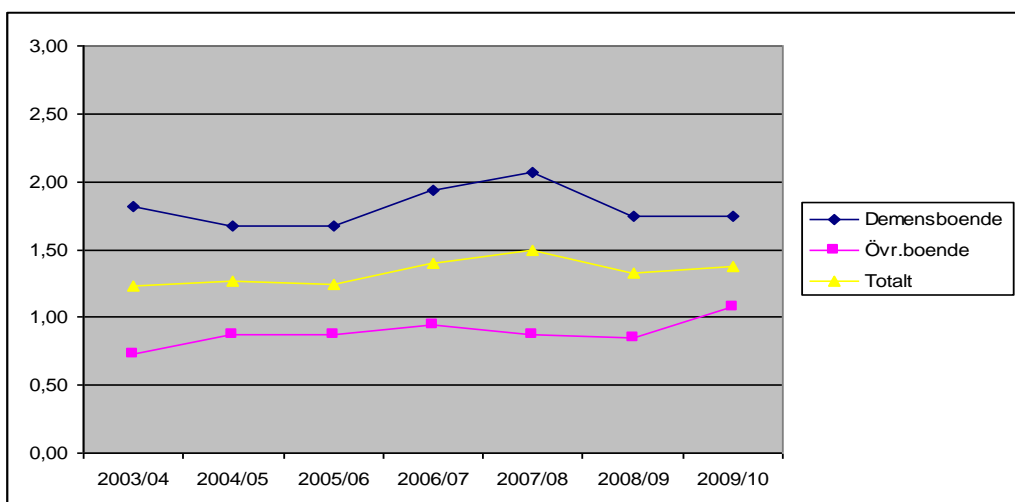
Som man ser har inflyttningen per år minskat ganska kraftigt, vilket avspeglar det minskade antalet boende, som i sin tur sammanhänger med den demografiska förändringen på stadsdelen Kungsholmen. Utvecklingen har varit helt parallell i de båda boendeformerna. Totalt har dock inflyttningen till övrigt boende varit något större (35 personer). Sammansättningen av inflödet skiljer mellan boendeformerna. Diagram 23 visar genomsnittligt SNAC-index för de inflyttande (mätning den 1 mars - högst ett år före inflyttningen) per boendeform och totalt för vård- och omsorgsboende.

Diagram 23. Genomsnittligt SNAC-index för personer som flyttat till vård- och omsorgsboendet per boendeform, 2003 - 2010.



Som man ser har demensboendet tidigare genomgående legat högre, men detta har ändrats påtagligt de två senaste åren. I diagram 24 visas den motsvarande utvecklingen avseende kognitiv nedsättning.

Diagram 24. Genomsnittlig kognitiv nedsättning för personer som flyttat till vård- och omsorgsboendet per boendeform, 2003 - 2010.

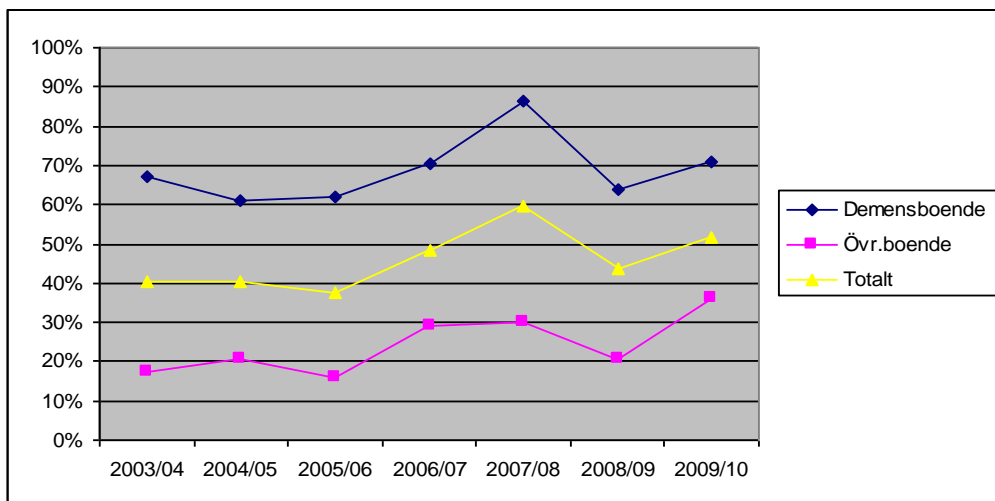


Här har under hela perioden de inflyttande till demensboende som genomsnitt varit mycket mer nedsatta, men de två sista åren har skillnaden reducerats.

Totalt har det skett en viss ökning, vilket skulle kunna tolkas som att det på Kungsholmen blivit svårare att få plats i vård- och omsorgsboende för personer med demenssjukdom.

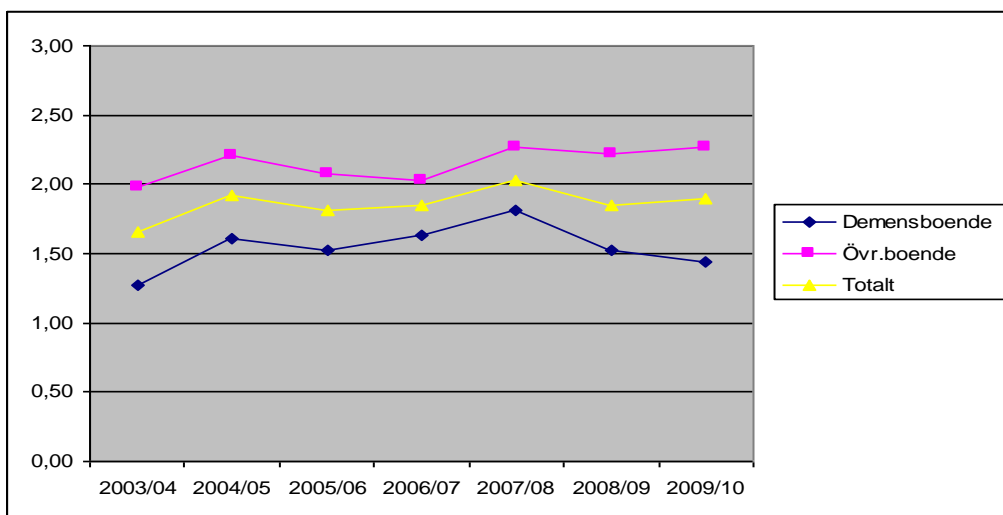
Diagram 25 visar att en betydande andel av de inflyttande till demensboende bedömdes ha svår eller mycket svår kognitiv nedsättning vid en tidpunkt året före inflyttningen men långt ifrån alla. För övrigt boende var andelen naturligt nog väsentligt lägre, men det har skett en kraftig ökning av andelen under perioden. För demensboende ökade andelen initialt, men har nu fallit tillbaka till utgångsläget. I början av perioden var andelen nästan fyra gånger så hög som motsvarande andel av de inflyttande till övrigt boende. Skillnaden har minskat påtagligt men andelen kognitivt nedsatta av de inflyttande är fortfarande dubbelt så stor.

Diagram 25. Andel av de inflyttande till vård- och omsorgsboende med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning per boendeform, 2003 - 2010



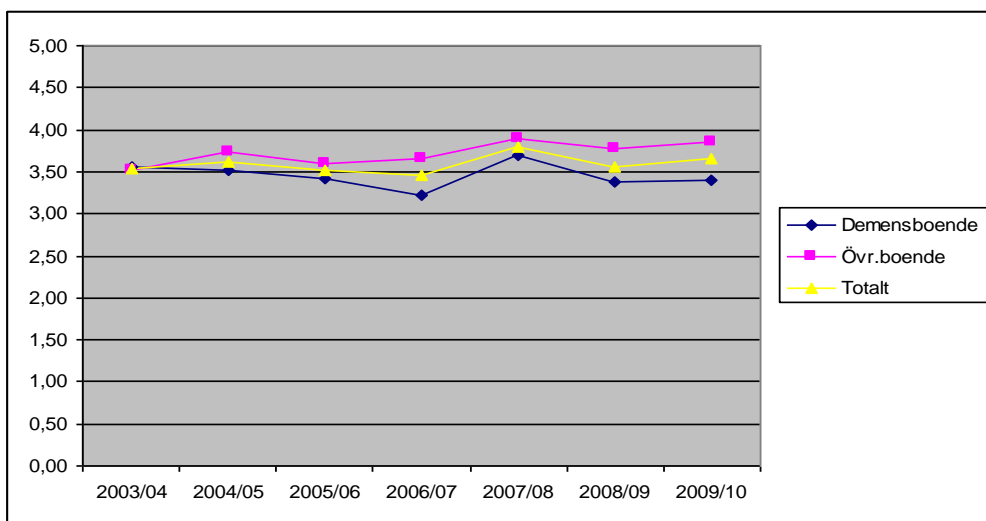
Situationen när det gäller förekomsten av rörelsehinder är den omvända. Där är de som flyttar in i övrigt boende som i genomsnitt är mer nedsatta än de som flyttar till demensboende (diagram 26). De som flyttar till demensboende har alltså en annan ”profil” i sin funktionsnedsättning än de som flyttar in i övrigt boende.

Diagram 26. Genomsnittligt rörelsehinder för personer som flyttat till vård- och omsorgsboendet per boendeform, 2003 - 2010.



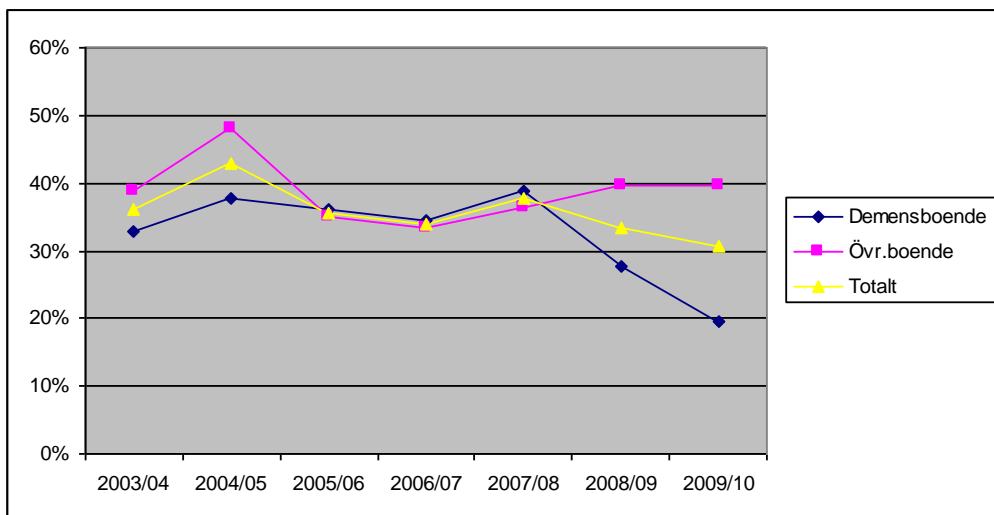
Räknar man på genomsnittligt antal PADL-beroenden blir resultatet tämligen likartat (diagram 27). I det ena fallet uppstår ADL-beroendet genom demenssjukdomen, i det andra genom allmän fysisk skröplighet. Givetvis förekommer också kombinationer. Som genomsnitt hade de som flyttade in i övrigt boende något fler ADL-beroenden och antalet beroenden visar där en tendens att öka med tiden, vilket inte är fallet med demensboendet. Det är också värt att påpeka att genomsnittet ligger mycket högt - nästan fyra ADL-beroende av fem aktiviteter redan vid inflyttningen till övrigt boende, något lägre för demensboende.

Diagram 27. Genomsnittligt antal PADL-beroenden för personer som flyttat till vård- och omsorgsboendet per boendeform, 2003 - 2010.



Att de som flyttar till övrigt boende i allmänt är i sämre skick än de som flyttar till demensboende framgår också av andelen som tillhör de två mest nedsatta grupperna (diagram 28). Denna andel har tidigare legat kring 35 – 40 % i båda boendeformerna, men har de sista åren sjunkit påtagligt för de personer som flyttat till demensboende till ca 20 % under det att andelen för övrigt boende legat kvar kring 40 %.

Diagram 28. Andelen mycket eller helt nedsatta av de inflyttande till vård- och omsorgsboende (PADL-grupp 4 och 5) per boendeform, 2003 - 2010



Dynamisk analys - sammanfattning

Inflödet av inflyttande personer, förändringen av de kvarboendes funktionsnedsättning över tiden och utflödet av avlidna personer bestämmer tillsammans utvecklingen av antalet och sammansättningen av omsorgstagarna i ett boende. Med de uppgifter som redovisats ovan är det möjligt att bestämma denna utveckling och dela upp den på de tre komponenterna för att därigenom bättre kunna förstå var orsaken ligger till de förändringar som kan observeras. I bilaga 1 redovisas en analys av utvecklingen per boendeform, först med avseende på SNAC-index, därefter med avseende på indikatorn kognitiv nedsättning.

När det gäller SNAC-index visar analysen (se bilaga 1, tabell 1.1) att antalet inflyttande personer per år till demensboende varierat över åren, men som genomsnitt legat under antalet utflyttande (d v s i praktiken avlidna). Resultatet är en minskning av antalet personer i demensboende från 300 till 238 personer. Antalet utflyttade, d v s avlidna, har minskat proportionellt till antalet boende, eftersom dödligheten i stort sett varit oförändrad. Det kan noteras att den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos de inflyttande, mätt med SNAC-index under året före inflyttningen, visar en tendens att minska, men variationerna från år till år är rätt stora och minskningen är inte signifikant. Däremot är ökningen av försämringen under året i graden av funktionsnedsättning hos de kvarboende signifikant även om också den varierar en del från år till år. För de avlidna är tendensen den motsatta. Deras genomsnittliga funktionsnedsättning, mätt med SNAC-index vid

en tidpunkt under året före dödsfallet, har sjunkit signifikant i takt med funktionsnedsättningen för samtliga personer i boendet⁹.

Utvecklingen i dessa avseenden i övrigt vård- och omsorgsboende är delvis annorlunda. Inflyttningen har minskat något (dock ej signifikant) och den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos de inflyttande är bortsett från variationer mellan åren oförändrad. Den genomsnittliga årliga försämringen hos de kvarboende varierade från år till år, men det finns ingen tendens uppåt eller nedåt. I medeltal under perioden uppgick den till 1,48 indexenheter, ungefär detsamma som i demensboende (1,55). Antalet avlidna per år varierar också, men visar heller ingen tendens och den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos dem, som kommer att avlida under året, är (bortsett från det första året) oförändrad. Denna följer därmed inte utvecklingen för samtliga omsorgstagare i övrigt boende, där man kan notera en tydlig, signifikant ökning. Eftersom genomsnittligt SNAC-index i demensboende har varit oförändrat resultatet blivit en mycket stark utjämning mellan boendeformerna .

Motsvarande analys avseende kognitiv nedsättning (bilaga 1, tabell 1.2) visar att genomsnittet för denna hos de inflyttande i demensboende mätt vid en tidpunkt under året före inflyttningen, varierar en del från år till år men utan någon klar tendens uppåt eller neråt. Den genomsnittliga årliga försämringen hos de kvarboende varierar också. Medelvärdet över åren i perioden uppgår till 0,12 indexenheter. Genomsnittlig kognitiv nedsättning hos de avlidna - mätt vid en tidpunkt under året före dödsfallet - ligger något över motsvarande värde för de överlevande, kvarboende. Man ser inte heller här någon klar tendens till ökning eller minskning. Resultatet av utvecklingen av dessa tre komponenter är alltså en stabil situation. Genomsnittligt kognitiv nedsättning i demensboendet ligger efter lite svängningar upp och ned kvar på en i stort sett oförändrad nivå, trots att antalet personer minskat starkt under perioden.

För övrigt boende är utvecklingen helt annorlunda. Genomsnittlig kognitiv nedsättning för de inflyttande visar en signifikant ökning med 0,034 indexenheter per år, motsvarande 27 % under sex år. Försämringen hos de kvarboende har liksom i demensboendet varierat en del över åren. Medelvärdet för perioden (0,18) är högre än för demensboendet, men detta är skenbart och beror på takeffekten - indexvärdet kan ju inte överstiga 3. Kognitiv nedsättning för de avlidna följer genomsnittet för samtliga boende personer. Det samlade resultatet av de tre komponenterna är en stark ökning av den genomsnittliga kognitiva nedsättningen i övrigt boende. Orsaken är den höga andelen kognitiv nedsatta bland de inflyttande.

⁹ Eftersom dödligheten har ett samband med graden av funktionsnedsättning skulle man kanske förväntat sig en minskning av dödligheten när den genomsnittliga funktionsnedsättningen minskar. Någon sådan tendens kan dock inte förmärkas.

Den ovan redovisade komponentanalysen gör det möjligt att beräkna effekten av en ändrad fördelning av de inflyttande på demensboende resp. övrigt boende. I bilaga 2 visas resultatet av simuleringsberäkningar, där det antas att det totala antalet inflyttande till vård- och omsorgsboende är detsamma, liksom deras genomsnittliga funktionsnedsättning, men att antalet inflyttande till demensboende ökas med 20 kognitivt nedsatta personer per år och antalet inflyttande till övrigt boende minskar i samma mån. Den genomsnittliga kognitiva nedsättningen för dem som flyttar in i demensboende antas oförändrad, under det att motsvarande för de inflyttande till övrigt boende räknas om så att det totala genomsnittet för båda boendeformerna förblir oförändrat.

Omfördelningen medför att antalet boende personer i demensboende vid periodens slut i stort sett förblir oförändrat, ca 300 personer. I stället minskar antalet boende i övrigt vård- och omsorgsboende från 228 initialt till 175 i stället för som i verkligheten en ökning till 236. Totalt förblir antalet boende i stort sett oförändrat. Den stora skillnaden är att i simuleringen genomsnittlig kognitiv nedsättning i övrigt boende förblir i stort sett oförändrad i stället för att som skett i verkligheten öka med 44 procent under perioden. Detta visar att en annan fördelning av de inflyttande mellan boendeformerna skulle ha lett till en stabil situation i vad avser de boendes sammansättning i resp. boendeform.

DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Den ovan redovisade analysen kan sammanfattas i följande:

Sammansättningen av de boende i demensboende och övrig boende skiljer, men skillnaderna har utjämnats i mycket hög grad under perioden 2003–2010. Andelen svårt och mycket svårt kognitiv nedsatta personer i övrigt boende har ökat starkt och närmar sig andelen i demensboende. Den stora skillnaden i allmän funktionsnedsättning, som den mäts genom SNAC-index, är på väg att försvinna.

Det finns indikationer på att förekomsten av oro, nedstämdhet och svårhanterliga beteendeproblem hos personer med kognitiv nedsättning är högre i övrigt boende än i demensboende.

Dödligheten per år i de båda boendeformerna varierar över åren men är i stort densamma, ca 30 %, i båda boendeformerna. Förklaringen till den ökande förekomsten av kognitiv nedsatta i övrigt boende kan därför inte vara lägre dödlighet.

De som bor i övrigt boende försämras snabbare kognitivt än i de i demensboende mätt i termer av genomsnittligt index, men detta beror på takeffekten hos indexet - ett maximalt värde kan inte bli högre. Standardiserar man för graden av nedsättning är det i själva verket tvärtom. Försämringen är som genomsnitt snabbare i demensboende - en större andel av de lätt nedsatta blir där svårt nedsatta under ett år. Detta förhållande alltså snarare motverkar den observerade tendensen.

Det verkar därför som förklaringen till den snabba ökningen av kognitivt nedsatta i övrigt boende ligger i en hög andel kognitivt nedsatta bland de inflyttande. Den genomsnittliga nedsättningen bland de boende har därigenom successivt ökat. En simulering visar att om varje år tjugo svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta personer hade flyttat till demensboende i stället för till övrigt boende hade genomsnittliga graden av kognitiv nedsättning behållits oförändrad i båda boendeformerna. Detta indikerar att den observerade utvecklingen sammanhänger med fördelningen av de inflyttande på resp. boendeform.

Analysen är baserad på de data som samlats in i vårdsystemdelen av SNAC-K-studien under perioden 2001–2010. Dessa data är naturligtvis behäftade med vissa brister och det är därför viktigt att undersöka i vad mån dessa brister kunnat påverka slutsatserna.

Som redovisats ovan finnas det ett visst bortfall av uppgifter beroende på kravet på samtycke. Detta är dock så litet, kring 4 %, att det knappast kan ha haft någon betydelse. En annan, potentiellt viktigare felkälla är bristande aktualitet i de utnyttjade uppgifterna. Den datakälla som utnyttjats är det kumulativa registret (jfr SNAC-K rapport 17). Huvuddelen av uppgifterna i detta för ett visst år härrör när det gäller vård- och omsorgsboendet från den senaste tvärsnittsundersökningen. Emellertid finns här normalt ett visst bortfall. Uppgifterna kommer då att

vara hämtade från den löpande registreringen året före eller från den föregående tvärsnittsundersökningen. Eftersom graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna som genomsnitt försämras över tiden beroende på åldrandet innebär detta en viss underskattning av den aktuella situationen. Denna underskattning är dock inte så stor, eftersom endast 9 % av uppgifterna har lägre aktualitet (se tabell 2). Det finns heller ingen anledning att tro att det skulle skilja mellan demensboende och övrigt boende.

Bedömningen av de som flyttat in under ett år är alltså i de flesta fall gjord i samband med en tvärsnittsundersökning per den 1 mars. Det har då gått en tid, maximalt ett år, sedan inflyttningen. Givetvis är det möjligt att den höga andelen kognitivt nedsatta bland de inflyttade till övrigt boende skulle bero på en försämring under denna tid och att man saknade nedsättning vid inflyttningen. Detta motsägs dock av att försämringen bland de kvarboende i övrigt boende varit långsam - betydligt långsammare än i demensboende. Det ligger därför närmare till hands att anta att det skett en överskattning av nedsättningen vid inflyttning hos dem som flyttat in i det senare boendet.

Det kan också finnas skäl att ifrågasätta den snabba övergången från ingen eller lätt till svår kognitiv nedsättning bland de kvarboende i demensboende. Möjligen kan det vara så att personalen i sin bedömning påverkats av att personerna haft en demensdiagnos. Men detta borde då också ha skett redan vid bedömningen av de nyinflyttade. En alternativ tolkning är att miljön i demensboendet med en stor andel kognitivt nedsatta personer haft till följd att lätt nedsatta personer ganska snart går över i svår nedsättning - man anpassar sig till den "gällande standarden". Vare sig sättandet av en demensdiagnos eller personalens bedömning av graden av kognitiv nedsättning saknar subjektiva element. Detta visas också av att för en rätt stor andel av dem, som ett år bedömts ha en mycket svår nedsättning (=3), nästa år nedsättningen endast bedöms som svår (=2). Denna naturliga, individuella variation saknar dock betydelse på gruppnivå. Det kan naturligtvis inte heller uteslutas att det skett en faktisk förbättring.

Analysen visade att (standardiserat för fördelningen på graden av kognitiv nedsättning) de boende i övrigt vård- och omsorgsboende var något mer oroliga, mer nedstämda och visade mer svårhanterligt beteende än de boende i demensboende. Skillnaden var mest påtaglig för kognitivt svårt nedsatta personer. Detta skulle kunna tolkas som att (framförallt de kognitivt nedsatta) omsorgstagarna i övrigt boende var mindre tillfreds med sin situation och upplevde en lägre livskvalitet än de i övrigt boende. Det visar sig i en regressionsanalys, att resultatet står sig även sedan man tagit hänsyn till andra möjliga påverkande faktorer som skillnader mellan boendena när det gäller åldersfördelning, andel kvinnor och förekomsten av ADL-beroenden, rörelsehinder, inkontinens.

Eftersom oro, nedstämdhet och svårhanterligt beteende ökar starkt med graden av kognitiv nedsättning är dock en annan möjlig tolkning, att denna nedsättning

bedöms annorlunda i övrigt boende än i demensboende. Det skulle i så fall stämma med den ovan påtalade snabbare försämringen i demensboendet. En del av dem som i demensboende bedöms som svårt nedsatta kanske skulle betecknas som lätt nedsatta i övrigt boende, d v s anpassningen av den kognitiva nivån till den "gällande standarden" kanske bara är på pappret - inte i verkligheten! Denna förklaring måste dock betecknas som spekulativ. Närmare till hands ligger ändå att det är fråga om en faktisk skillnad mellan boendeformerna när det gäller förekomsten av oro, nedstämdhet och svårhanterligt beteende, en skillnad som i sin tur kan återföras till inriktningen av verksamheten i resp. boende.

Sammanfattningsvis blir då slutsatsen att den utveckling som skett beror på att en relativt hög andel kognitivt nedsatta personer beviljats plats i övrigt vård- och omsorgsboende. En annan fråga är sedan om utvecklingen är önskvärd eller inte. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom, Socialstyrelsen 2010) bör socialtjänsten erbjuda ett småskaligt särskilt boende för personer med demenssjukdom. Man anför att ett sådant särskilt boende kan innebära förbättrad livskvalitet och ökat oberoende för det dagliga livets aktiviteter (ADL). Ingen av de studier som anförts har dock påvisat att ett särskilt demensboende påverkar förändringen i funktionsförmåga över tiden.

SNAC-K-resultaten antyder, som visats ovan, att förekomsten av oro, nedstämdhet och svårhanterliga beteendeproblem hos personer med kognitiv nedsättning är högre i övrigt boende än i demensboende. Mot bakgrund av detta och av Socialstyrelsens riktlinjer kan det finnas skäl att ifrågasätta utvecklingen. En anledning till att så många personer med kognitiv nedsättning beviljas plats i övrigt särskilt boende förefaller vara avsaknad av demensdiagnos. Den åtgärd som skulle krävas för att rätta till utvecklingen är därmed större resurser för utredning och diagnos av personer med kognitiva problem

BILAGA 1

Dynamisk analys

Inflödet av inflyttande personer, förändringen av de kvarboendes funktionsnedsättning över tiden och utflödet av avlidna personer bestämmer tillsammans utvecklingen av antalet och sammansättningen av omsorgstagarna i ett boende. Med de uppgifter som redovisats ovan är det möjligt att bestämma denna utveckling och dela upp den på de tre komponenterna för att därigenom bättre kunna förstå var orsaken ligger till de förändringar som kan observeras. Analysen skall göras per boendeform, först med avseende på SNAC-index, därefter på indikatorn kognitiv nedsättning. I tabellerna nedan anges utgångsläge (antal personer, genomsnittligt indexvärde), inflödet av inflyttande personer (antal personer, genomsnittligt indexvärde vid årets slut), förändringen för de kvarboende (antal personer, genomsnittligt indexvärde vid årets början och dess slut) samt utflödet av avlidna personer (antal personer, genomsnittligt indexvärde vid årets början). Antalet personer vid årets slut är lika med antalet inflyttande plus antalet kvarboende minus antalet utflyttande. Genomsnittligt indexvärde för funktionsnedsättning vid årets slut bestäms av nedanstående formel:

$$IX_{slut} = (\text{Antal}_{utg} * IX_{utg} + \text{Antal}_{infl} * IX_{infl} + \text{Antal}_{kvarbo} * (IX_{kvarboslut} - IX_{kvarboutg}) - \text{Antal}_{avl} * IX_{avl}) / \text{Antal}_{slut}$$

där

IX_{slut} = genomsnittligt indexvärde för samtliga vid årets slut

IX_{utg} = genomsnittligt indexvärde för samtliga vid årets början

IX_{infl} = genomsnittligt indexvärde för inflyttande vid årets slut

$IX_{kvarboslut}$ = genomsnittligt indexvärde för kvarboende vid årets slut

$IX_{kvarboutg}$ = genomsnittligt indexvärde för kvarboende vid årets början

IX_{avl} = genomsnittligt indexvärde för inflyttande vid årets början
och

Antal_{slut} = antal boende vid årets slut

Antal_{utg} = antal boende vid årets början

Antal_{infl} = antal inflyttande under året

Antal_{kvarbo} = antal kvarboende under året

Antal_{avl} = antal avlidna under året

I tabellerna 6A och B nedan visas antal personer och genomsnittligt SNAC-index per år från 1 mars 2003 till 1 mars 2010 för resp. form av boende. Motsvarande uppgifter avseende indexet för kognitiv nedsättning finns i tabellerna 5A och B. Utgångsläget är det som gäller enligt det kumulativa registret per den 1 mars resp. år. De inflyttade ett visst år består av de personer som registrerats som boende i vård- och omsorgsboende vid årets slut, men inte ett år tidigare. De

avlidna är de som registrerats som avlidna under året i den löpande registreringen kompletterat genom samkörning med stadens dödsfallsregister. Kvarboende är de som registrerats som boende i utgångsläget och inte registrerats som avlidna. Antalet personer i slutläget utgörs av de kvarboende plus de inflyttade. Idealt skall slutläget överensstämma med utgångsläget följande år. Som framgår av tabellerna stämmer detta inte alltid exakt. Detta beror på s.k. internt bortfall av registrerade variabler; SNAC-index och kognitiv nedsättning. Avvikelserna är i allmänhet så små att de saknar betydelse. Den större avvikelsen per 1 mars 2007 beror på den revision som då gjordes av det kumulativa registret. Slutläget den 1 mars 2007 är enligt registret före revisionen och utgångsläget den 1 mars 2007 efter revisionen

Tabell 1.1. Komponentanalys, SNAC-index, 2003–2010

A. Demensboende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	300	279	266	237	233	229	241
PADL-medelvärde	15,65	14,87	14,20	13,73	13,62	14,35	13,80
Inflyttade:							
Antal personer	81	74	58	62	68	83	58
PADL-medelvärde	11,49	11,42	11,03	11,19	12,22	10,36	10,46
Kvarboende:							
Antal personer	209	195	179	166	158	160	180
PADL-medelvärde, t	15,08	14,07	13,17	13,04	13,32	14,13	13,15
PADL-medelvärde, t+1	16,46	15,32	14,61	14,61	15,28	15,55	14,99
Försämring	1,38	1,25	1,44	1,57	1,95	1,42	1,84
Utflyttade (avlidna):							
Antal personer	91	84	87	71	75	69	61
PADL-medelvärde, t	16,97	16,73	16,32	15,34	14,26	14,87	15,70
Slutläge 1 mars							
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Antal personer, t+1	290	269	237	228	226	243	238
PADL-medelvärde, t+1	15,07	14,25	13,73	13,68	14,36	13,78	13,89

B. Övrigt boende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	228	262	257	249	231	217	221
PADL-medelvärde	10,26	10,97	11,76	11,43	12,02	11,85	12,07
Inflyttade:							
Antal personer	94	77	66	71	63	73	71
PADL-medelvärde	10,31	11,37	10,34	10,35	10,87	11,08	11,02
Kvarboende:							
Antal personer	158	179	186	183	157	148	157
PADL-medelvärde, t	9,57	9,57	10,83	10,53	10,70	10,83	11,30
PADL-medelvärde, t+1	10,71	11,83	11,71	12,07	12,12	12,47	12,81
Försämring	1,14	2,26	0,88	1,54	1,42	1,64	1,51
Utflyttade (avlidna):							
Antal personer	70	83	71	66	74	69	64
PADL-medelvärde, t	11,80	13,98	14,21	13,94	14,82	14,03	13,97
Slutläge 1 mars							
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Antal personer, t+1	252	256	252	254	220	221	228
PADL-medelvärde, t+1	10,56	11,69	11,35	11,59	11,76	12,01	12,25

Några observationer kan göras i tabell 1.1. I demensboende har antalet inflyttande personer per år varierat över åren, men som genomsnitt legat under antalet utflyttande (d v s i praktiken avlidna). Resultatet är en minskning av antalet personer i demensboende - från 300 till 238, eller 21 %. Antalet utflyttade/avlidna har minskat proportionellt till antalet boende, eftersom dödligheten varit i stort sett oförändrad. Det kan noteras att den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos de inflyttande (mätt med SNAC-index under året före inflyttningen) visar en tendens att minska, men variationerna från år till år är rätt stora och minskningen är inte signifikant. Däremot är ökningen av försämringen under året i graden av funktionsnedsättning hos de kvarboende signifikant även om också den varierar en del från år till år. För de avlidna är tendensen den motsatta. Deras genom-

snittliga funktionsnedsättning (mätt med SNAC-index vid en tidpunkt under året före dödsfallet) har sjunkit signifikant i takt med funktionsnedsättningen för samtliga personer i boendet¹⁰.

Utvecklingen i dessa avseenden i det övriga vård- och omsorgsboendet är delvis annorlunda. Inflyttningen har minskat något (dock ej signifikant) och den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos de inflyttande är bortsett från variationer mellan åren oförändrad. Den genomsnittliga årliga försämringen hos de kvarboende varierade från år till år, men det finns ingen tendens uppåt eller nedåt. I medeltal under perioden uppgick den till 1,48 indexenheter, ungefär detsamma som i demensboende (1,55). Antalet avlidna per år varierar också, men visar heller ingen tendens och den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos dem, som kommer att avlida under året, är (bortsett från det första året) oförändrad. Denna följer därmed inte utvecklingen för samtliga omsorgstagare i övrigt boende, där man kan notera en tydlig, signifikant ökning. Eftersom genomsnittligt SNAC-index i demensboendet har varit oförändrat har resultatet blivit en mycket stark utjämning mellan boendeformerna. Differensen i SNAC-index mellan boendeformerna har sjunkit från 53 % till 13 %.

Motsvarande resultat för indikatorn kognitiv nedsättning visas i tabellerna 1.2 A och B.

¹⁰ Eftersom dödligheten har ett samband med graden av funktionsnedsättning skulle man kanske förväntat sig en minskning av dödligheten när den genomsnittliga funktionsnedsättningen minskar. Någon sådan tendens kan dock inte förmärkas.

Tabell 1.2. Komponentanalys, kognitiv nedsättning, 2003–2010

A. Demensboende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	300	279	266	237	233	229	241
Indexmedelvärde	2,02	2,11	1,94	1,95	2,06	2,13	2,06
Inflöde:							
Antal personer	81	74	58	62	68	83	58
Indexmedelvärde	1,82	1,67	1,68	1,93	2,07	1,75	1,74
Kvarboende:							
Antal personer	209	195	179	166	158	160	180
Indexmedelvärde, t	1,99	2,12	1,95	1,93	2,00	2,15	2,03
Indexmedelvärde, t+1	2,21	2,05	2,04	2,13	2,14	2,23	2,20
Försämring	0,22	-0,07	0,09	0,20	0,14	0,08	0,17
Utflyde:							
Antal personer	91	84	87	71	75	69	61
Indexmedelvärde	2,08	2,11	1,92	1,99	2,18	2,09	2,16
Slutläge 1 mars							
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Antal personer	290	269	237	228	226	243	238
Indexmedelvärde	2,10	1,95	1,95	2,08	2,12	2,07	2,09

B. Övrigt boende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	228	262	257	249	231	217	221
Indexmedelvärde	0,82	0,85	1,05	1,03	1,19	1,13	1,20
Inflöde:							
Antal personer	94	77	66	71	63	73	71
Indexmedelvärde	0,73	0,88	0,87	0,94	0,87	0,85	1,07
Kvarboende:							
Antal personer	158	179	186	183	157	148	157
Indexmedelvärde, t	0,78	0,76	0,93	0,97	1,08	1,06	1,15
Indexmedelvärde, t+1	0,86	1,09	1,08	1,23	1,10	1,40	1,22
Försämring	0,08	0,33	0,15	0,26	0,02	0,34	0,07
Utflyde:							
Antal personer	70	83	71	66	74	69	64
Indexmedelvärde	0,93	1,06	1,34	1,2	1,41	1,29	1,31
Slutläge 1 mars							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal personer	252	256	252	254	220	221	228
Indexmedelvärde	0,81	1,02	1,03	1,15	1,03	1,22	1,18

Antalssiffrorna är här förstås desamma som i tabell 1.1. Genomsnittlig kognitiv nedsättning hos de inflyttande i demensboende (mätt under året före inflyttningen) varierar en del från år till år men utan någon klar tendens uppåt eller neråt. Den genomsnittliga årliga försämringen hos de kvarboende varierar också. Medelvärdet över åren i perioden uppgår till 0,12 indexenheter. Genomsnittlig kognitiv nedsättning hos de avlidna (mätt under året före dödsfallet) ligger något över motsvarande värde för de överlevande, kvarboende. Man ser inte heller här någon klar tendens till ökning eller minskning. Resultatet av utvecklingen av dessa tre komponenter är alltså en stabil situation. Genomsnittligt kognitiv nedsättning i demensboende ligger, efter lite svängningar upp och ned, kvar på en i stort sett oförändrad nivå, trots att antalet personer minskat starkt under perioden.

För övrigt boende är utvecklingen helt annorlunda. Genomsnittlig kognitiv nedsättning för de inflyttande visar en signifikant ökning med 0,034 indexenheter per år, motsvarande 27 % under sex år. Försämringen hos de kvarboende har liksom i demensboende varierat en del över åren. Medelvärdet för perioden, 0,18, är högre än för demensboende, men detta är skenbart och beror på takeffekten (indexvärdet kan ju inte överstiga 3). Kognitiv nedsättning för de avlidna följer genomsnittet för samtliga boende. Det samlade resultatet av de tre komponenterna är en stark ökning av den genomsnittliga kognitiva nedsättningen i övrigt boende med totalt 44 % mätt som indexmedelvärde. Orsaken är den höga andelen kognitiv nedsatta bland de inflyttande.

BILAGA 2

Simulering av effekten av förändringar i fördelningen av de inflyttande mellan boendeformerna

Den ovan redovisade komponentanalysen gör det möjligt att beräkna effekten av en ändrad fördelning av de inflyttande på demensboende resp. övrigt boende. För simuleringen har gjorts några förenklade antaganden:

Variationen från år till år i antalet inflyttande och den genomsnittliga funktionsnedsättningen för dessa har ersatts med ett genomsnittsvärde över perioden per boendeform

Försämringen hos de kvarboende i graden av funktionsnedsättning i resp. form av boende har likaledes antagits konstant per år och lika med genomsnittet under perioden per boendeform

Dödligheten antas konstant lika med genomsnittet under perioden och graden av funktionsnedsättning hos dem, som kommer att avlida under året, antas vara proportionell mot funktionsnedsättningen hos de kvarboende.

Tabellerna 2.1 A och B visar utvecklingen avseende kognitiv nedsättning under perioden givet dessa antaganden för resp. form av boende.

Tabell 2.1. Komponentanalys avseende genomsnittlig kognitiv nedsättning, simulerad utveckling, 2003 - 2010

A. Demensboende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	300	290	277	244	233	226	241
KOGN-medelvärde	2,02	2,03	2,05	2,07	2,08	2,07	2,05
Inflyttade:							
Antal personer	81	74	58	62	68	83	58
KOGN-medelvärde	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81
Kvarboende:							
Antal personer	209	203	186	171	158	158	180
KOGN-medelvärde, t	1,99	2,01	2,03	2,06	2,06	2,06	2,04
KOGN-medelvärde, t+1	2,21	2,13	2,15	2,18	2,19	2,18	2,16
Försämring	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Dödlighet: (%)							
	30,3	30,1	32,7	30,0	32,2	30,1	25,3
Utflyttade:							
Antal personer	91	87	90	73	75	68	61
KOGN-medelvärde	2,08	2,06	2,08	2,11	2,12	2,11	2,09
Slutläge							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal personer	290	277	244	233	226	241	238
KOGN-medelvärde	2,03	2,05	2,07	2,08	2,07	2,05	2,08

B. Övrigt boende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	228	252	249	246	252	234	233
KOGN-medelvärde	0,82	0,93	0,99	1,05	1,08	1,10	1,10
Inflyttade:	2	3	4	5	6	7	7
Antal personer	94	77	66	71	63	73	71
Indexmedelvärde	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89
Kvarboende:							
Antal personer	158	172	180	181	171	160	165
KOGN-medelvärde, t	0,78	0,86	0,92	0,98	1,00	1,01	1,02
KOGN-medelvärde, t+1	0,96	1,04	1,10	1,16	1,18	1,19	1,20
Försämring	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Dödlighet: (%)	30,7	31,7	27,6	26,5	32,0	31,8	29,0
Utflyttade:							
Antal personer	70	80	69	65	81	75	68
KOGN-medelvärde	0,93	1,09	1,17	1,24	1,26	1,29	1,29
Slutläge	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal personer	252	249	246	252	234	233	236
KOGN-medelvärde	0,93	0,99	1,05	1,08	1,10	1,10	1,11

En jämförelse mellan tabellerna 1.1 och 2.1 visar att även om det av naturliga skäl skiljer en del enskilda år överensstämmer slutresultatet i termer av antal och genomsnittligt kognitiv nedsättning nästan perfekt för demensboende, men något sämre för övrigt boende.

Med hjälp av simuleringsmodellen är det möjligt att bestämma effekten av en omfördelning av inflyttningen till resp. form av boende. Tabell 2.2 visar motsvarande beräkning, där det antas att det totala antalet inflyttande till vård- och omsorgsboendet är detsamma, liksom deras genomsnittliga funktionsnedsättning, men att antalet inflyttande till demensboende ökas med 20 kognitivt nedsatta

personer per år och antalet inflyttande till övrigt boende minskas i samma mån. Genomsnittliga kognitiva nedsättningen för de som flyttar in i demensboende antas oförändrat (1,81), motsvarande för de inflyttande till övrigt boende räknas om så att det totala genomsnittet för båda boendeformerna förblir oförändrat. Detta innebär en minskning från 0,89 (jfr tabell 1.1B) till 0,55.

Tabell 2.2 Komponentanalys avseende genomsnittlig kognitiv nedsättning - simulerad utveckling efter omfördelning av 20 personer per år, 2003-2010

A. Demensboende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	300	310	311	287	283	280	299
KOGN-medelvärde, t	2,02	2,01	2,03	2,05	2,05	2,05	2,04
Inflyttade:							
Antal personer	101	94	78	82	88	103	78
KOGN-medelvärde	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81	1,81
Kvarboende:							
Antal personer	209	217	209	201	192	196	223
KOGN-medelvärde, t	1,99	2,00	2,01	2,03	2,04	2,03	2,02
KOGN-medelvärde, t+1	2,21	2,12	2,13	2,15	2,16	2,16	2,15
Försämring	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Dödlighet: (%)							
	30,3	30,1	32,7	30,0	32,2	30,1	25,3
Utflyttade/avlidna:							
Antal personer	91	93	102	86	91	84	76
KOGN-medelvärde	2,08	2,05	2,06	2,08	2,09	2,09	2,08
Slutläge 1 mars							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal personer	310	311	287	283	280	299	301
KOGN-medelvärde	2,01	2,03	2,05	2,05	2,05	2,04	2,06

B. Övrigt boende

Utgångsläge 1 mars	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Antal personer	228	232	216	202	199	179	175
KOGN-medelvärde, t	0,82	0,83	0,84	0,87	0,88	0,88	0,86
Inflyttade:							
Antal personer	74	57	46	51	43	53	51
KOGN-medelvärde	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55	0,55
Kvarboende:							
Antal personer	158	159	156	148	136	122	124
KOGN-medelvärde, t	0,78	0,76	0,78	0,81	0,81	0,81	0,80
KOGN-medelvärde, t+1	0,96	0,94	0,96	0,99	0,99	0,99	0,98
Försämring	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18
Dödlighet: (%)							
	30,7	31,7	27,6	26,5	32,0	31,8	29,0
Utflyttade/avlidna:							
Antal personer	70	73	60	54	64	57	51
KOGN-medelvärde	0,93	0,97	0,99	1,03	1,02	1,03	1,01
Slutläge 1 mars							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Antal personer	232	216	202	199	179	175	175
KOGN-medelvärde	0,83	0,84	0,87	0,88	0,88	0,86	0,85

Omfördelningen medför att antalet boende i demensboende vid periodens slut i stort sett förblir oförändrat, ca 300 personer. I stället minskar antalet boende i övrigt vård- och omsorgsboende från 228 initialt till 175 i stället för som i verkligheten en ökning till 236. Totalt förblir antalet boende i stort sett oförändrat. Den stora skillnaden är, att i simuleringen genomsnittlig kognitiv nedsättning i övrigt boende i stort sett förblir oförändrad i stället för att som skett i verkligheten öka med 44 % procent under perioden.

SNAC – The Swedish National Study on Ageing and Care – är en långsiktig nationell studie av åldrandet och vården och omsorgen om de äldre, som initierats av regeringen och genomförs i fyra områden i Sverige. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är huvudman för den del av studien, som genomförs i stadsdelen Kungsholmen i Stockholm. Denna SNAC-Kungsholmen-rapport beskriver en analys av utvecklingen av vårdberoende och funktionsnedsättning inom vård- och omsorgsboendet på Kungsholmen under perioden 2003–2010.

Under perioden har sammansättningen av de boende i demensboenden och övriga boenden tenderat att bli allt mer lika varandra. Denna oplanerade utveckling reser frågan om vilken eller vilka faktorer som ligger bakom och om det är en önskvärd utveckling eller ej. Den bakomliggande orsaken visar sig vara en alltför stor inflyttning av personer med kognitiv nedsättning, men utan demensdiagnos, i de övriga boendena. Det finns skäl att ifrågasätta lämpligheten av denna utveckling. Demensboende är till för personer med demenssjukdom och för inflyttning till demensboende krävs demensdiagnos. För att rätta till utvecklingen krävs därför bättre resurser för utredning och diagnos av personer med kognitiva problem så att dessa personer kan få en adekvat vård.

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

