



Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen

Uppföljning av SNAC-Kungsholmen 2006-2013

SNAC-K rapport nr 23-Vårdsystemdelen

Mårten Lagergren
Rose-Marie Hedberg
Inger Dahlén

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:1 ISSN 1401-5129



FÖRORD

SNAC – The Swedish National Study on Ageing and Care - är en nationell longitudinell 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 – befolkningsstudie och vårdssystemstudie.

Rapporten är den sextonde från SNAC-Kungsholmen, vårdsystemdelen. Den beskriver genomförande och resultat av en datainsamling, som dels omfattat förlöpande registrering av alla beslutade förändringar av den långvariga vård- och omsorgsinsatsen under perioden 1 februari 2001 - 28 februari 2013, dels tretton olika tvärsnittsundersökningar avseende den 1 mars åren 2001 - 2013. De två första åren omfattade dessa tvärsnittsundersökningar samtliga Kungsholmsbor, 65 år och äldre, som mottog långvarig vård och omsorg, de elva senare åren endast dem av dessa som bodde i särskilt boende. Dessa olika datakällor har sammanförts i ett gemensamt register.

Vid registreringen noteras de insatser som beviljats samt olika faktorer av betydelse för behovet av insatser. Redovisade resultat innefattar en jämförelse av vårdtagarnas behov och erhållna insatser 2006 - 2013 samt en analys av förändringar på individnivå i dessa avseenden mellan den 1 mars och samma tid följande åren 2006/07 och 2012/13.

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

Stockholm i maj 2014

Chatrin Engbo

Direktör

Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
<i>Omsorgstagarna.....</i>	<i>2</i>
<i>Den informella omsorgen</i>	<i>4</i>
<i>Biståndsbedömd omsorg.....</i>	<i>4</i>
<i>Hemsjukvården.....</i>	<i>5</i>
<i>Särskilda sjukvårdsinsatser.....</i>	<i>5</i>
<i>Flödesanalyser.....</i>	<i>5</i>
<i>Slutsatser avseende utvecklingen av äldreomsorgen i stadsdelen Kungsholmen</i>	<i>6</i>
1. INLEDNING	9
2. MATERIAL OCH METOD	11
2.1 ALLMÄNT.....	11
2.2 INSAMLADE UPPGIFTER	12
2.3 KUMULATIVA OMSORGSTAGARREGISTRET OCH KOMPLETTERANDE TVÅRSNITTSUNDERSÖKNINGAR	12
3. RESULTAT	14
3.1 BEFOLKNING, OMSORGSTAGARE, REGISTRERADE PERSONER, BORTFALL OCH PERSONER SOM INTE LÄMNAT SAMTYCKE.....	14
3.2 FÖRÄNDRINGAR I VÅRDTAGARNAS SAMMANSÄTTNING UNDER ÅREN 2006 – 2013.....	16
3.2.1 <i>Vårdtagarnas sammansättning med avseende på ålder, kön och sam/ensamboende</i>	<i>17</i>
3.2.2 <i>ADL-beroende</i>	<i>19</i>
3.2.3 <i>Kognitiv nedsättning.....</i>	<i>22</i>
3.2.4 <i>Rörelsehinder.....</i>	<i>25</i>
3.2.5 <i>Inkontinens</i>	<i>25</i>
3.2.6 <i>Sammanfattning av graden av funktionsnedsättning - SNAC-index</i>	<i>27</i>
3.2.7 <i>Syn och hörsel.....</i>	<i>28</i>
3.2.8 <i>Sår.....</i>	<i>29</i>
3.2.9 <i>Smärta och yrsel</i>	<i>30</i>
3.2.10 <i>Oro och nedstämdhet.....</i>	<i>31</i>
3.2.11 <i>Svårhanterliga beteendeproblem</i>	<i>34</i>
3.3 HJÄLP I DAGLIGT LIV FRÅN ANHÖRIGA M.FL. OCH ANNAN EJ BISTÅNDSBEDÖMD HJÄLP.....	35
3.4 BEVILJADE INSATSER ENL. SOCIALTJÄNSTLAGEN	40
3.5 PÅGÅENDE INSATSER AV HEMSJUKVÅRD	49
3.6 BEHOV AV SÄRSKILDA SJUKVÅRDSINSATSER	52
3.7 STORLEK OCH SAMMANSÄTTNING AV FLÖDEN MELLAN OLIKA BOENDEFORMER 2006/07 RESPEKTIVE 2012/13	55
3.7.1 <i>Antal personer i flödena mellan olika boendeformer</i>	<i>55</i>
3.7.2 <i>Sammansättningen av personflödena med avseende på vårdberoende enligt SNAC-index</i>	<i>57</i>
3.7.3 <i>Individuell förändring i vårdberoende mellan åren 2006 och 2007 resp. 2012 och 2013.....</i>	<i>61</i>
4. DISKUSSION	63

<i>Metodik</i>	63
<i>Omsorgstagarna</i>	63
<i>Den informella omsorgen</i>	66
<i>Biståndsbedömd omsorg</i>	67
<i>Hemsjukvården</i>	68
<i>Särskilda sjukvårdsinsatser</i>	68
<i>Flödesanalyser</i>	69
5. SLUTSATSER	71
BILAGA 1. INSAMLADE UPPGIFTER	75
BILAGA 2. DET KUMULATIVA VÅRDTAGARREGISTRET OCH DE KOMPLETTERANDE TVÅRSNITTSUNDERSÖKNINGARNA	78

SAMMANFATTNING

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

Datainsamlingen inom SNAC-studien omfattar en befolknings- och en vårdssystemdel. I befolkningsdelen undersöks ett representativt urval av befolkningen 60 år och äldre. Denna del av studien avser att studera åldrandet och de olika faktorer som påverkar detta. Undersökningen upprepas vart sjätte år för dem som är under 81 år och vart tredje år för dem 81 år och äldre. SNAC-studiens vårdssystemdel är inriktad på att följa de äldre personer som mottar långvarig vård och omsorg från kommun och landsting. Insamlade data avser att beskriva hur vårdbehoven hos dessa personer utvecklas och hur de tillgodoses. Genom att kombinera data från studiens båda delar kan man ställa behov och insatser mot varandra för hela den äldre befolkningen.

Rapporten redovisar resultat från insamlingen av data inom SNAC-Kungsholmen, vårdssystemdelen, under åren 2006 - 2013. Datainsamlingen har dels bestått i en löpande registrering i samband med biståndsbeslut samt vid insättande och avslutande av hemsjukvård, dels i tvärsnittsundersökningar av samtliga vårdtagare i särskilt boende som genomförts per den 1 mars varje år 2002 - 2013.

Insamlade data påförs månadsvis successivt per individ i ett kumulativt, dvs. påbyggande register. Detta innefattar för varje person, som någon gång registrerats i SNAC-K, den vid tidpunkten ifråga mest aktuella informationen samt den månad till vilken denna information hänför sig. Med hjälp av det kumulativa registret är det möjligt att avläsa situationen vid en viss tidpunkt samt också följa individerna över tiden. De uppgifter som redovisas nedan är hämtade från det kumulativa registret avseende läget den 1 mars åren 2006 - 2013.

Datainsamlingen och analysen av insamlade data inom SNAC-K-studien, vårdssystemdelen, har nu pågått i mer än tolv år. Under denna tid har rutiner utvecklats som gjort att täckningen successivt har blivit bättre och att fullständigheten och kvaliteten i de registrerade uppgifterna har höjts. Bortfallet av individer är numera så litet att det saknar praktisk betydelse.

I rapporten presenteras data som visar utvecklingen inom äldreomsorgen på Kungsholmen åren 2006 - 2013. Detta har i stadsdelen varit en tid av mycket stor demografisk förändring. Antalet yngre äldre (65-74 år) har ökat i mycket hög grad. Samtidigt har antalet äldre kvinnor (75 år \leq) minskat mycket starkt, medan däremot antalet äldre män inte alls förändrats i samma grad. Könsfördelningen i

gruppen 75+ som utgör huvuddelen av omsorgstagarna¹ har därigenom förändrats, från 29 procent män år 2006 till 33 procent år 2013.

Omsorgstagarna

Andelen av de personer 65 år och äldre, som är beviljade äldreomsorg, har sjunkit sedan början av perioden, från drygt 20 till knappt 18 procent. Detta är dock en följd av det starkt ökade antalet yngre äldre personer (65-74 år). Per åldersgrupp och kön räknat har andelen omsorgstagare ökat i samtliga åldersgrupper och för båda könen. Minskningen är alltså en effekt av förändrad åldersstruktur bland de äldre.

Genom den ändrade könsfördelningen bland de äldsta har andelen män bland omsorgstagarna ökat från 22 till 27 procent. När fler män överlever minskar andelen ensamboende bland de äldsta. Detta har lett till att andelen ensamboende minskat också bland omsorgstagarna. Medelåldern bland omsorgstagarna är oförändrat mycket hög (85 år).

Andelen av omsorgstagarna som är beroende för samtliga instrumentella ADL²-aktiviteter (IADL³), visade i början av perioden en tendens att minska, men ligger sedan år 2009 stabilt. För ordinärt boende kan dock noteras en viss ökning. Även andelen med minst ett personligt ADL-beroende (PADL⁴), vilket vanligen är beroende av hjälp med bad och dusch, minskade något i periodens början men har ökar nu ganska starkt i ordinärt boende och servicehusboende. I vård- och omsorgsboendet (heldygnsoomsorgen) är nästan alla beroende av hjälp för minst en personlig ADL-aktivitet.

De allra mest nedsatta vårdtagarna, som är beroende av hjälp för samtliga PADL-aktiviteter utgör en svagt växande andel totalt sett, från 17 till 18 procent under perioden 2006 - 2013. I det ordinära boendet har andelen fördubblats sedan periodens början, låt vara från en mycket låg nivå (1%), och i servicehusboendet mer än tredubblats, från 4 till 14 procent sedan år 2006.

Andelen omsorgstagare med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning är totalt i stort sett oförändrad under perioden (20-22 %). Andelen har ökat starkt i servicehusboendet, från 7 till 15 procent, och sedan år 2010 också i det ordinära boendet, där nivån dock är betydligt lägre. En uppdelning av vård- och omsorgsboendet på boenden med särskild inriktning på demenssjuka och övriga boenden visar en ökning i båda formerna under perioden men den tidigare snabba ökningstrenden i de övriga boenden verkar ha brutits. Demensboendena ligger nu betydligt högre i andel svårt kognitivt nedsatta, 82 respektive 39 procent.

Andelen omsorgstagare med svåra eller mycket svåra rörelsehinder visar totalt en svagt stigande tendens. Urin- och avföringsinkontinens minskar i omfattning

¹ Personer med långvarig äldreomsorg och/eller hemsjukvård.

² ADL=Aktiviteter för Dagligt Liv, delas här upp i IADL respektive PADL

³ Instrumentell ADL=, hjälp med städning, matinköp, transport med allmänna kommunikationer, matlagning och tvätt,

⁴ Personlig ADL=Hjälp med bad/dusch, av/påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag

totalt bland omsorgstagarna. Den tidigare starka minskningen av andelen med avföringsinkontinens i heldygnsomsorgen har förbytt i en markant ökning, dock bruten det senaste året. Nivån är därmed uppe igen på nästan samma nivå som vid periodens början, 55-60 procent. De stora förändringarna av avföringsinkontinensen i början av perioden var resultatet av medvetna ansträngningar att hjälpa de boende med dessa problem.

SNAC-index⁵ är ett sammanfattande mått på funktionsnedsättning innefattande PADL-beroende, kognitiv nedsättning, rörelsehinder och inkontinens. Totalt för alla omsorgstagare är läget ganska stabilt. En svag minskning kan notera från 6,17 till 5,83 (5%). Per boendeform kan man dock notera öknings, i särskilt hög grad för servicehusboendet, men också i det ordinära boendet.

SNAC-mätningen omfattar också en del variabler som beskriver funktionsnedsättning och besvär såsom syn, hörsel, trycksår, svårläkta sår, smärta och yrsel. Andelen omsorgstagare med syn- eller hörselnedsättning har minskat på senare år. Förekomsten av trycksår är en viktig indikator på vårdkvalitet. Generellt ser man här en ökning, även om siffrorna varierar en del från år till år. Det är dock genomgående fråga om små tal, enstaka procent. Svårläkta sår är betydligt vanligare. Andelen ökar här i samtliga boendeformer, i särskilt hög grad i heldygnsomsorgen, där andelen fördubblats sedan år 2006.

Totalt har andelen omsorgstagare med rapporterad svår smärta ökat från 17 till 20 procent under perioden. Det är svårt att säga om ökningen av andelen omsorgstagare med smärta är verklig, vilket förstås är negativt, eller beror på ökad uppmärksamhet på smärtproblemen, vilket skulle vara positivt. För den senare tolkningen talar dock att en ökande andel av de smärtdrabbade omsorgstagarna får smärtbehandling.

Variabler med psykisk anknytning i SNAC-studien är förutom kognitiv nedsättning, oro, nedstämdhet och beteendeproblem⁶. Mellan alla dessa variabler finns ett ganska starkt samband. Kognitiv nedsättning för med sig ökad benägenhet för oro och nedstämdhet eller depression och ökad risk för utveckling av beteendeproblem.

Totalt har andelen omsorgstagare som bedöms ha svår eller mycket svår oro ökat från 14 till 18 procent under perioden. Detta skulle kunna bero på genomförande av läkemedelsgenomgångar som resulterat i minskat användningen av lugnande medel. Även andelarna med nedstämdhet har ökat, men inte lika hög grad. Oro och nedstämdhet verkar vara betydligt vanligare i det särskilda boendet än i det ordinarie boendet. Detta är troligen en fråga om selektionseffekt, eftersom mycket otrygga eller deprimerade personer har svårt att bo kvar i ett ordinarie boende. Andelen personer med svårhanterliga beteendeproblem ligger betydligt högre i

⁵ SNAC-index beskriver funktionsnedsättning

⁶ Den term som används i SNAC-K-formuläret är "svårhanterligt beteende", definierat som beteenden hos personen som är svåra att tolka och förstå och som upplevs som svåra att hantera i den dagliga omvårdnaden.

heldygnsomsorgen än i de båda övriga boendeformerna, vilket förklaras av en betydligt högre andel boende med demenssjukdom.

Den informella omsorgen

Uppgifterna på hjälp från anhöriga och andra utanför den biståndsprovade äldreomsorgen har tidigare varit svåra att få fram. Bortfallet har nu reducerats till 5-10 procent, vilket måste anses helt acceptabelt.

De mönster, som tidigare kunnat iakttas när det gäller den informella omsorgen står sig fortfarande. Ganska få får hjälp av make/maka av det enkla skälet att ganska få har en sådan kvar i livet. Betydligt fler får hjälp av någon annan, enligt tidigare undersökningar vanligen barn (motsv.). Informella serviceinsatser, hjälp med städning, tvätt etc., är betydligt vanligare än personliga omvårdnadsinsatser i samtliga boendeformer.

Andelen med serviceinsatser från make/maka (motsv.) har ökat starkt under perioden vilket sammanhänger med en växande andel samboende till följd av den jämnare könsfördelningen. Andelen med serviceinsatser från någon, utöver maka/make barn, andra närstående, vänner, grannar etc. minskar i både ordinarie- och servicehusboendet. Informella omvårdnadsinsatser gäller i allmänhet insatser från make/maka.

Biståndsbedömd omsorg

Tilldelningen av offentlig omsorg följer i stort sett tidigare observerade mönster. Genomsnittstilldelningen av hemtjänsttimmar i ordinarie boende har ökat något under perioden 2006 - 2013 men tilldelningen av timmar/vecka givet behovet i termer av funktionsnedsättning har minskat. I servicehusboendet har den genomsnittliga tilldelningen ökat något sedan år 2009 men även här handlar det om en minskning om hänsyn tas till ökade vårdbehov. Efter standardisering med avseende på vårdberoende försvinner nu också dock huvuddelen av skillnaden mellan tilldelningen i ordinarie och servicehusboende.

De som bor i ordinarie boende har i mycket mindre utsträckning än de i servicehusboende hjälp kvällar och nätter. Standardiserat för vårdberoende är det fråga om en avsevärd minskning av insatserna både kvälls- och nattetid. Det totala antalet tilldelade hemtjänsttimmar har ökat i det ordinarie boendet och minskat i servicehusboendet. I det ordinarie boendet är det framförallt i de mer nedsatta grupperna (PADL-grupperna 2, 3 och 4) som ökningen skett. Insatserna till den minst nedsatta gruppen är oförändrade.

I servicehusboendet är det gruppen måttligt nedsatta som får den största delen av insatserna, men här går en betydligt större del till de mer funktionsnedsatta grupperna. De med ingen eller lätt funktionsnedsättning tar nu en mycket liten del av de totala insatserna i servicehusboendet.

Hemsjukvården

Graden av överlappning mellan hemtjänst och hemsjukvård är mycket stor. Knappt en tredjedel av omsorgstagarna (29%) i ordinärt boende är också patienter inom hemsjukvården. Omvänt har en mycket stor del, mer än 90 procent, av de äldre patienterna med långvarig hemsjukvård också social hemtjänst. En ganska liten andel av patienterna har insatser kvällstid (7%) och nattetid (4%). Dessa andelar minskade i början av perioden men har sedan ökat igen till en högre nivå än år 2006.

Särskilda sjukvårdsinsatser

Undersökningsformuläret innehåller också uppgifter om behovet av särskilda sjukvårdsinsatser som hjälp med läkemedelsintag, APO-dos, smärtbehandling mm. Denna registrering görs i ordinärt boende endast för personer med hemsjukvård. Övriga omsorgstagare i ordinärt boende har inga sådana insatser. I särskilt boende görs registreringen av sjuksköterska i boendet.

Flödesanalyser

Analysen av flödena av personer mellan boendeformerna avser dels perioden från den 1 mars 2006 till den 28 februari 2007, dels från den 1 mars 2012 till den 28 februari 2013. Flödesanalysen visar att knappt en femtedel av omsorgstagarna (15%) avled det senaste året, vilket är något mindre än det första året (18%). För 4 procent har insatserna avslutats av någon annan anledning. Den totala omsättningen av omsorgstagarna uppgår omkring en femtedel per år. Den var något mindre det senaste året än det första. Av dem som flyttade in i boende med heldygnsomsorg 2006/07 hade 67 procent tidigare haft hemtjänst i ordinärt boende eller servicehusboende. Under året 2012/13 var andelen med tidigare insatser något högre, 74 procent.

Sammansättningen av flödena 2006/2007 resp. 2012/2013 med avseende på funktionsnedsättning överensstämmer i stora drag men vissa avvikelser kan konstateras. Genomgående ligger värdena högre för det senare året. Liksom tidigare kan noteras en mycket stark försämring under året för dem som flyttade från ordinärt boende eller servicehusboende till heldygnsomsorg. Den genomsnittliga individuella försämringen (som mätt uttryckt i SNAC-index) för dem som bedömts både vid årets början och dess slut uppgick för det första året till 1,47 enheter och det sista året till 1,10 enheter. För dem som var kvar i sin boendeform var dock ökningen mindre. Det sista året som genomsnitt 0,53 för ordinärt boende, 1,46 i servicehusboende och 1,32 för heldygnsomsorg.

Den drastiska förändringen för dem som flyttat till särskilt boende med vård- och omsorgsboende har tidigare analyserats närmare i SNAC-K rapport nr.11 "Analyser av flöden mellan boendeformer i äldreomsorgen". Fortsatta analyser av flöden och behovsutveckling kommer att göras med utnyttjande av de olika datakällor som växer fram i SNAC-projektet.

Slutsatser avseende utvecklingen av äldreomsorgen i stadsdelen Kungsholmen

Förhållanden som inte längre synes behöva åtgärdas

I tidigare SNAC-K-rapporter avseende utvecklingen av vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen framhölls de stora skillnaderna mellan ordinärt boende och servicehusboende när det gällde tilldelningen av hemtjänststimmar. Dessa skillnader har nu i hög grad utjämnats. Efter att hänsyn tagits till olikheten i förekomsten av funktionsnedsättning har skillnaderna i stort sett försvunnit. Skillnaderna kvarstår dock när det gäller insatser kvälls- och nattetid.

I den föregående rapporten påtalades som ett problem den pågående gradvisa utjämnningen mellan demensinriktade och övriga boenden med heldygnsomsorg när det gäller förekomsten av kognitiv nedsättning hos de boende. Denna utveckling har nu brutits och utvecklingen verkar ha vänt åt motsatt håll.

Andelen personer med svår eller mycket svår smärta ökar starkt i servicehusboende och heldygnsomsorg. Samtidigt ökar dock andelen personer som får smärtbehandling och andelen av dem med smärta som får sådan behandling.

Förhållanden som kan behöva undersökas närmare

- Den tidigare mycket positiva utvecklingen av andelen personer med avföringsinkontinens har nu brutits och andelen ökar både i servicehusboende och i heldygnsomsorg.
- Andelen personer med hög grad av funktionsnedsättning har ökat mycket starkt i ordinärt boende och framförallt i servicehusboende. Detta kan ha ett samband med ett alltför strikt tillämpande av kvarboendepincipen.
- Förekomsten av oro, nedstämdhet och beteendestörningar visar en ökande tendens i samtliga boendeformer, men framförallt i servicehusboendet. Den höga förekomsten av dessa problem i den ej demensinriktade delen av vård- och omsorgsboendet behöver också uppmärksammas.
- Andelen personer med svårläkta sår har ökat starkt i servicehusboendet och heldygnsomsorg. Orsaken härtill kan behöva undersökas.

Förhållanden som är värda att notera, men som inte ger anledning till åtgärder

- Den snabba förändringen av befolkningssammansättningen på Kungsholmen och Essingeöarna har lett till att andelen totalt av alla 65 år och äldre som får hjälp har minskat. Men samtidigt har andelen som får hjälp ökat för båda könen och i alla åldersgrupper. Avspeglar detta en försämrad hälsa hos de äldre på Kungsholmen?
- Den mycket snabba ökningen av antalet personer i åldersgruppen 65-74 år i vård- och omsorgsboende pekar på en motsvarande stark utveckling i högre åldersgrupper om 10-15 år och därmed starkt ökade omsorgsbehov.

- Den minskande dödligheten bland framförallt de äldsta männen gör att andelen samboende omsorgstagare ökar starkt liksom att andelen kvinnor bland omsorgstagarna minskar. Detta leder också till att andelen med service- resp. omvårdnadsinsatser från make/maka (motsv.) ökar.
- Andelen med informella serviceinsatser från andra (främst barnen) verkar minska liksom den totala omfattningen av de informella service- och omvårdnadsinsatserna.
- Det genomsnittliga antalet beviljade hemtjänststimmar per person ökar i ordinärt boende, men detta sammanhänger med mer funktionsnedsatta omsorgstagare. Efter standardisering för förändringen i vårdberoende kan en viss minskning (5% sedan år 2006) noteras. Andelen i ordinärt boende som får hjälp kvällar och nätter har ökat.
- I servicehusboendet har den genomsnittliga insatsen av hemtjänst ökat sedan år 2010. Ökningen försvinner dock efter standardisering för vårdberoende. Andelen som får hjälp kvälls- resp. nattetid ligger oförändrad sedan en tidigare nedgång återtagits, men standardiserat för vårdberoende är det fråga om en kraftig minskning.
- Totalt har hemtjänstinsatserna ökat starkt i ordinärt boende (20%). Omkring hälften av ökningen kan återföras till ett ökat antal omsorgstagare, hälften till ökade insatser per person. I servicehusboendet har de totala insatserna minskat, huvudsakligen beroende på ett minskat antal boende personer.
- Drygt hälften av hemtjänsten går till mellangruppen måttligt funktionsnedsatta personer men deras andel av den totala insatsen har minskat i såväl ordinärt boende och servicehusboende. I stället har andelen som går till gruppen ”mycket nedsatta” ökat, speciellt i servicehusboendet. Den minst funktionsnedsatta gruppen (ingen eller lätt nedsättning) har fått en starkt minskande del av hemtjänstinsatserna.
- Graden av överlappning mellan hemtjänst och hemsjukvård är mycket stor. Knappt en tredjedel av omsorgstagarna (32%) i ordinärt boende är också patienter inom hemsjukvården. Andelen har minskat från 42% år 2006. Omvänt har en mycket stor del (94%) av de äldre patienterna med långvarig hemsjukvård också social hemtjänst och denna andel har ökat.
- Insatser kvälls- och nattetid i hemsjukvården har ökat starkt efter att tidigare ha minskat.
- Läkemedelsinsatser och smärtbehandling är de vanligast förekommande särskilda sjukvårdsinsatserna. Även såromläggning är relativt vanlig. Mycket få av omsorgstagarna anges ha behov av speciella sjukvårdsinsatser såsom avancerad smärtbehandling (injektioner, epiduralt), dialysbehandling, näringstillförsel via sond eller intravenöst samt blodtransfusion.

- Omkring 30 procent av omsorgstagarna i ordinärt boende upphör varje år att motta insatser pga. dödsfall, flyttning till särskilt boende eller av något annat skäl. Andelen är lika stor inom vård- och omsorgsboendet (ca 30%), men något lägre i servicehusboendet (ca 25%). I det förra fallet handlar det nästan uteslutande om dödsfall. I det ordinarie boendet beror omkring 40 procent av de upphörda insatserna på dödsfall, resten är avslutandet av insatser av annat skäl eller flyttning till mer vårdintensiv boendeform. I servicehusboendet utgör dödsfallen cirka två tredjedelar av de upphörda insatserna, resten är flyttning.
- Omsorgstagarna har som genomsnitt hemtjänst i drygt tre år. Den genomsnittliga boendetiden i särskilt boende med heldygnsomsorg (vård- och omsorgsboende) är ungefär lika lång, i servicehusboendet något längre, cirka fyra år i genomsnitt. Det bör betonas att beräkningen avser registrerade omsorgstagare från 1 mars ett år till 1 mars nästa. De som kommer och går *inom* ett år finns alltså inte med i beräkningen.
- Den genomsnittliga ökningen av den individuella omsorgstagarens funktionsnedsättning, som genomsnitt mätt enligt SNAC-index, uppgick 2012/2013 till 1,1 indexenheter (ca 21%), vilket är något lägre än vad som uppmäts tidigare. Den var betydligt lägre för dem som var kvar i samma boendeform än för dem som flyttade. Frågan om orsakssambandet mellan denna funktionsförsämring och flyttningen kommer att analyseras vidare.

1. INLEDNING

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

Datainsamlingen inom SNAC-studien omfattar en befolknings- och en vårdsystemdel. I befolkningsdelen undersöks ett representativt urval av befolkningen 60 år och äldre. Denna undersökning 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 i hemmet från kommun och/eller landsting. Insamlade data avser att beskriva hur vårdbehoven hos dessa personer utvecklas och hur de tillgodoses. Genom att kombinera data från studiens båda delar kan man ställa behov och insatser mot varandra för hela den äldre befolkningen.

Datainsamlingen inom vårdsystemdelen inleddes med en s.k. baslinjeundersökning våren 2001. Denna omfattade alla på Kungsholmen inklusive 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 vidare en kontinuerlig datainsamling knuten till biståndshandläggningen inom äldreomsorgen samt till insättande respektive avslutande 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 - 2013 har vidare genomförts nya tvärsnittsundersökningar avseende de äldre i särskilt boende och även dessa data har förts på det kumulativa registret. För personer i ordinärt boende erhålls motsvarande information genom att tvärsnittsundersökningarna kompletteras med data från den löpande registreringen (jfr ”Material och metod” nedan).

Resultaten från den löpande datainsamlingen och de ovan nämnda tvärsnittsundersökningarna har redovisats i en följd av SNAC-K rapporter:

Nr Titel

- 1 Äldre med långvariga vårdbehov på Kungsholmen och Essingeöarna
- 5 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 - 2002
- 7 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 - 2003

- 10 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 - 2004
- 12 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2001 - 2005
- 13 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2002 - 2006
- 17 Vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen 2002 - 2009

Rapporterna omfattar dels en jämförelse av vårdtagarnas behov i olika avseenden och de beslutade insatserna i förhållande till dessa behov under den studerade tidsperioden, dels en analys av flöden mellan boendeformer och individuella behovsförändringar det senaste året.

Det kumulativa registret har nu byggts ut till den 1 mars 2013 och med utgångspunkt från detta har en tvärsnittsundersökning konstruerats⁷ för denna tidpunkt. I denna rapport beskrivs och analyseras utvecklingen av den långvariga vården och omsorgen om de äldre på Kungsholmen under åren 2006 - 2013 med hjälp av den på detta sätt skapade databasen. Jämfört med tidigare redovisningar har den studerade tidsperioden förskjutits till de senaste åtta åren. Avsikten är att även i fortsättningen lämna en motsvarande resultatredovisning för de senaste åtta åren. SNAC-studien gör det på detta sätt möjligt att tydligt avläsa förändringar över tiden i vårdtagarnas behov och insatsernas omfattning och inriktning.

⁷ Detta sker helt enkelt genom att man från det kumulativa registret tar bort avlidna personer och personer, vilkas insatser av annat skäl är avslutade.

2.MATERIAL OCH METOD

2.1 Allmänt

De resultat som redovisas i denna rapport har insamlats

- genom den löpande registreringen av biståndsbeslut i Kungsholmens stadsdelsförvaltning under tiden 1 februari 2006 till 28 februari 2013,
- genom registrering under samma tid av insättande respektive avslutande av hemsjukvård och/eller rehabilitering i landstingets regi för personer boende på Kungsholmen och Essingeöarna samt
- genom åtta årliga tvärsnittsundersökningar 1 mars åren 2006 - 2013 i särskilt boende.

Samkörningar har gjorts med register över på Kungsholmen och Essingeöarna boende äldre som avlidit under perioden 1 februari 2006 - 28 februari 2013 i syfte att validera och komplettera registrerade uppgifter avseende dödsfall. Dessutom har samkörning gjorts med Stockholms stads register över omsorgstagare inom äldreomsorgen för att komplettera registrerade uppgifter om avslutandet av insatser. Stadens register har också använts för en kontroll av fullständigheten i datainsamlingen samt för rättning av personnummer mm.

Som mottagare av långvarig vård- och omsorg räknas inom äldre- och handikappomsorgen alla de personer 65 år och äldre, som beviljats insatser genom biståndsbeslut med undantag för dem som enbart beviljats trygghetslarm eller matdistribution. Inom hemsjukvård och rehabilitering inkluderas de som under en månad haft sammanlagt minst två besök i hemmet av endera sjukvårds- eller rehabiliteringspersonal. Personer som enbart har färdtjänst⁸, matdistribution eller trygghetslarm är inte inräknade.

Datainsamlingen vad gäller kommunens verksamhet har utförts av kommunens biståndshandläggare samt ansvarig personal vid utförarenheterna. Registreringar av hemsjukvård och rehabilitering har gjorts av Äldrecentrums sjuksköterska/forskningsassistent med stöd av uppgifter från vårdpersonalen och journaler eller genom hembesök.

Sammanförandet av registrerade uppgifter från olika källor förutsätter de registrerade personernas informerade samtycke. Som underlag för detta får alla berörda personer ett informationsbrev via biståndshandläggaren eller vårdpersonalen. I brevet beskrivs undersökningens syfte och det klarläggs att deltagandet är frivilligt. Sammanlagt 51 personer (3,0%) av de aktuella omsorgstagarna per den 1 mars 2013 har meddelat att de inte önskade att uppgifter om dem skulle ingå i undersökningen. Dessa personer finns därmed inte i det redovisade materialet.

⁸ Biståndshandläggare i Stockholms stad fattar beslut om riksfordtjänst. Vid ansökan om vanlig färdtjänst avger kommunen yttrande till Landstingets färdtjänstenhet, som fattar beslut om färdtjänst.

Genom att andelen är så pass låg har den ingen större betydelse för uppgifternas tillförlitlighet. Fördelningen av personerna på ålder och kön framgår av tabell 3 nedan.

2.2 Insamlade uppgifter

Vid registreringen har använts ett undersökningsformulär, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Formuläret reviderades inledningsvis vid några tillfällen mot bakgrund av de erfarenheter, som gjorts vid datainsamlingen och vid analyserna av insamlade uppgifter (jfr SNAC-K rapport nr. 17). Ett syfte var då att förenkla och reducera informationsmängden. Sedan år 2006 har dock inga förändringar gjorts. En fullständig redovisning av gjorda förändringar finns tillgänglig hos projektet.

Undersökningsprotokollet omfattar förutom uppgifter som avser uppgiftslämnare och form för inhämtande;

- personuppgifter (personnummer, eventuell utomnordisk härkomst, civilstånd, ensam/samboende)
- omgivningsfaktorer
- insatser från anhörig/närstående
- personligt vårdberoende
- behov av särskilda sjukvårdsinsatser
- beviljat bistånd enligt SoL/LSS
- pågående insatser enligt HSL.

I de fall personen varit samboende registreras också vilken typ av relation det varit fråga om (make/maka/sambo eller annan person) samt om den samboende också haft varaktig vård och omsorg från staden eller landstinget. En närmare beskrivning av de insamlade uppgifterna ges i bilaga 1.

2.3 Kumulativa omsorgstagarregistret och kompletterande tvärsnittsundersökningar

Grundidén i datainsamlingen inom SNAC vårdsystemdelen är att med utgångspunkt från en baslinjeundersökning, 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. Som indikator på förändring av behov eller vårdinsats används biståndsbeslutet eller insättande alternativt upphörande av hemsjukvård eller rehabilitering. Genom att personer i särskilt boende inte på samma sätt är föremål för förnyade biståndsbeslut måste denna uppläggning kombineras med upprepade tvärsnittsundersökningar för

dessa personer. Sådana undersökningar har nu genomförts per den 1 mars åren 2002 - 2013.

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 respektive år lagts på registreringarna från tvärsnittsundersökningarna 2002 - 2013. En närmare beskrivning av det kumulativa registret och de förändringar som skett under åren ges i bilaga 2.

Registret per den 1 mars 2013 omfattar totalt 6 436 personer. Av dessa var dock 1 mars 2013 endast 1 717 personer aktuella omsorgstagare. Övriga personer i det kumulativa registret är antingen avlidna eller också har insatserna avslutats av annan orsak. Genom metoden att utnyttja uppgifter, som insamlats vid senaste beslutstillfälle alternativt tvärsnittsundersökning, kommer registrerade uppgifter att vara mer eller mindre aktuella. Tabell 1 visar fördelningen på senaste registreringstillfälle för de aktuella omsorgstagare, som ingår i registret. Det bör observeras att aktualiteten kan växla mellan olika variabler beroende på om inlämnade formulär varit fullständigt ifyllda eller inte.

Tabell 1. Fördelning på senaste registreringstillfälle per boendeform för aktuella omsorgstagare per den 1 mars 2013

	0109 - 1102	1103 – 1202	Tvärsnitt 2012	1203 - 1302	Tvärsnitt 2013	Samtliga
Ordinärt boende	221	159	0	751	6	1137
Servicehusboende	11	2	0	11	121	145
Heldygnsomsorg	8	1	24	52	350	435
Totalt	240	162	24	814	477	1717

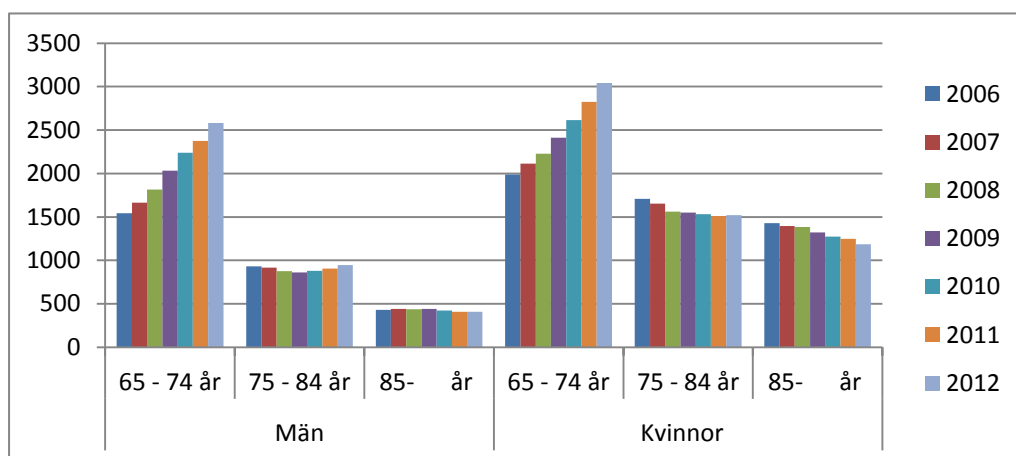
Endast en mindre del (14,0%) av registreringarna går tillbaka till 2011 års tvärsnittsundersökning och tiden före denna. För personer i ordinärt boende utgör registreringar efter tvärsnittsundersökningen år 2012 två tredjedelar (67%). För personer i särskilt boende kommer huvuddelen av uppgifterna (80%) från den sista tvärsnittsundersökningen. Aktualiteten är något sämre än som tidigare noterats (jfr SNAC-K rapport nr. 17), men får ändå betraktas som godtagbar. Det är dock viktigt att ha i minnet att uppgifterna på personer i ordinärt boende inte är "dagsfärska" utan avser tillståndet en kortare eller längre tid tillbaka. För särskilt boende är detta ett mindre problem.

3. RESULTAT

3.1 Befolkning, omsorgstagare, registrerade personer, bortfall och personer som inte lämnat samtycke

Figur 1 nedan visar antalet äldre på Kungsholmen och Essingeöarna per den sista december åren 2006 - 2012. Man ser här att det skett mycket stora förändringar i befolkningsstrukturen under denna tid. Framförallt har antalet i åldersgruppen 65 - 74 år ökat mycket starkt, vilket avspeglar att de stora födelsekullarna från 1940-talet nu kommit in i åldersgruppen. Detta har dock mindre betydelse för äldreomsorgen, eftersom andelen omsorgstagare i denna åldersgrupp är låg. Antalet kvinnor över 75 år har minskat medan antalet män i samma åldersgrupp är ganska oförändrat. Detta sammanhänger med den minskande dödligheten bland de äldre männen. Andelen män i befolkningen 65 år och äldre har under perioden ökat från 36,2 till 40,6 procent, vilket lett till en motsvarande stor förändring av andelen samboende (jfr nedan).

Figur 1. Antalet på Kungsholmen och Essingeöarna boende personer, år 2006 - 2012.



I tabell 2 A-B nedan redovisas antalet SNAC-K-registrerade personer med äldreomsorg och/eller långvarig hemsjukvård i förhållande till hela befolkningen över 65 år på Kungsholmen och Essingeöarna år 2006 respektive 2013. I antalet ingår inte de som endast har beslut om trygghetslarm eller matdistribution. Personer som ej lämnat samtycke till registrering i SNAC-K (3,0%, jfr nedan) ingår heller inte. Övrigt bortfall är obetydligt.

Tabell 2. Antal personer 65 år och äldre, totalt resp. med äldreomsorg/hemsjukvård enligt SNAC-K per åldersgrupp, kön och boendeform, 2006 resp. 2013.

A. 2006

Ålder	Totalt antal personer	Antal pers. med hjälp i ordinärt el. servicehusboende	D:o % av samtliga	Antal pers. med heldygnsoomsorg	D:o % av samtliga	Totalt antal personer med äldreomsorg	D:o % av samtliga
Män							
65 - 74	1422	45	3,1	13	0,9	58	4,0
75 - 84	984	108	11,0	41	4,2	149	15,1
85 -	421	105	24,9	41	9,7	146	34,7
Kvinnor							
65 - 74	1841	64	3,5	23	1,2	87	4,7
75 - 84	1964	312	15,9	132	6,7	444	22,6
85 -	1437	479	33,3	277	19,3	756	52,6
Totalt	8069	1113	13,8	527	6,5	1640	20,3

B. 2013

Män							
65 - 74	2580	93	3,6	21	0,8	114	4,4
75 - 84	945	108	11,4	41	4,3	149	15,8
85 -	409	148	36,2	51	12,5	199	48,7
Kvinnor							
65 - 74	3041	126	4,1	19	0,6	145	4,8
75 - 84	1522	289	19,0	63	4,1	352	23,1
85 -	1187	518	43,6	240	20,2	758	63,9
Totalt	9684	1282	13,2	435	4,5	1717	17,7

Antalet omsorgstagare har ökat något (4,7%) under sjuårsperioden, men *andelen* som får hjälp har minskat. Detta beror dock främst på den starkt ändrade ålders- och könsstrukturen. Per åldersgrupp och kön räknat har andelen som får äldreomsorg/hemsjukvård ökat i alla åldersgrupper för båda könen och särskilt i gruppen 85 år och äldre. Genom den starka antalsökningen i gruppen 65-74 år har andelen av omsorgstagarna som tillhör denna åldersgrupp ökat från 8,8 till 15,1 procent, dvs. nästan fördubblats.

En betydligt större andel av omsorgen ges som hemtjänst i ordinärt boende eller servicehusboende år 2013 jämfört med 2006 (74,7 resp. 67,9%). Antalet boende i heldygnsoomsorg har minskat och antalet med hemtjänst har ökat. Av de senare bor huvuddelen år 2013 i ordinärt boende, 89 procent, och denna andel har ökat från 81 procent år 2006.

Till det antal som redovisas i tabell 2 ska läggas dem som inte velat lämna samtycke till sammanförandet av uppgifter. Som framgår av tabell 3 rör det sig här om ganska få personer, totalt 3,0%.

Tabell 3. Antalet personer, ej samtycke, per ålder och kön, 2013

	Ålder	Antal personer med ej samtycke	D:o andel av samtliga med vård och omsorg (%)
Män	65 - 74	14	12,3
	75 - 84	4	2,7
	85 -	5	3,4
Kvinnor	65 - 74	1	0,7
	75 - 84	16	4,5
	85 -	11	1,5
Totalt		51	3,0

Jämfört med den officiella statistiken över äldreomsorgen finns en viss avvikelse genom att registrering i SNAC-K görs vid beslut om insatser och registrering i Paraplysystemet⁹ då beslutet är verkställt. SNAC-K-registreringen har numera genom förbättrade rutiner samt metoden att successivt föra på registreringarna i ett kumulativt register en mycket hög täckningsgrad. Bortfallet består så gott som uteslutande av personer som inte lämnat samtycke.

3.2 Förändringar i vårdtagarnas sammansättning under åren 2006 - 2013

Med hjälp av SNAC-K-registren är det möjligt att beskriva förändringar i vårdtagarnas sammansättning med avseende på olika faktorer som påverkar behovet av insatser under perioden 2006 - 2013. De register som kommer att utnyttjas är de årliga tvärsnittsundersökningarna i särskilt boende per den 1 mars 2006 - 2013 samt för det ordinära boendet de konstruerade tvärsnittsundersökningar, som tagits fram varje år per den 1 mars åren 2006 - 2013 utgående från det kumulativa registret.

Förändringar i sammansättningen av de registrerade omsorgstagarna kan i princip ha tre orsaker;

- Förändringar hos den enskilde registrerade omsorgstagaren
- Inflöde respektive utflöde av omsorgstagare
- Förändringar i registreringsbortfall

I detta avsnitt redovisas det sammanlagda resultatet av dessa tre förändringsfaktorer. En särskild analys kommer vidare att presenteras avseende in- och utflöde-

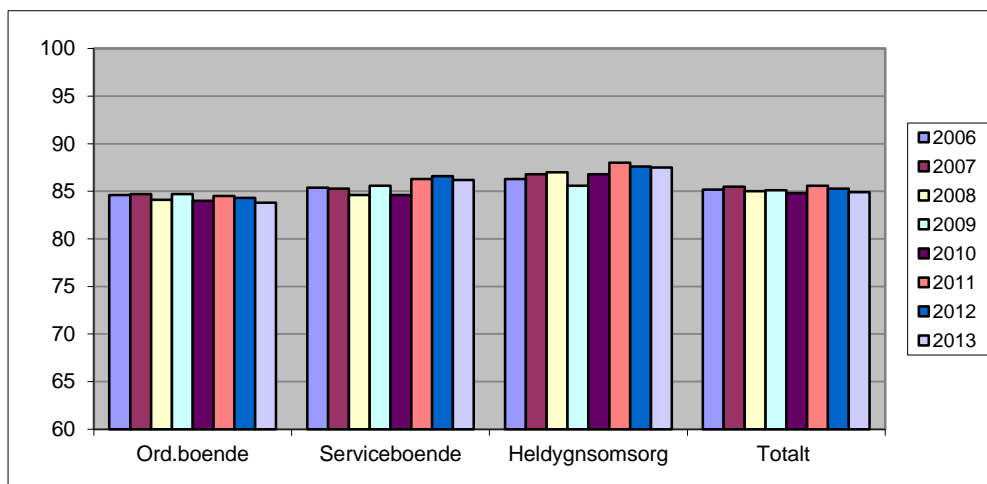
⁹ Paraplysystemet är Stockholms stads datasystem för dokumentation och transfereringar inom socialtjänsten.

na. Registreringsbortfall bortsett från "ej samtycke" (jfr ovan) är numera obetydligt.

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

Förändringen mellan under perioden 2006 - 2013 beträffande vårdtagarnas medelålder, andelen över 85 år, andelen kvinnor och andelen samboende per boendeform¹⁰ framgår av figurerna 2-5 nedan.

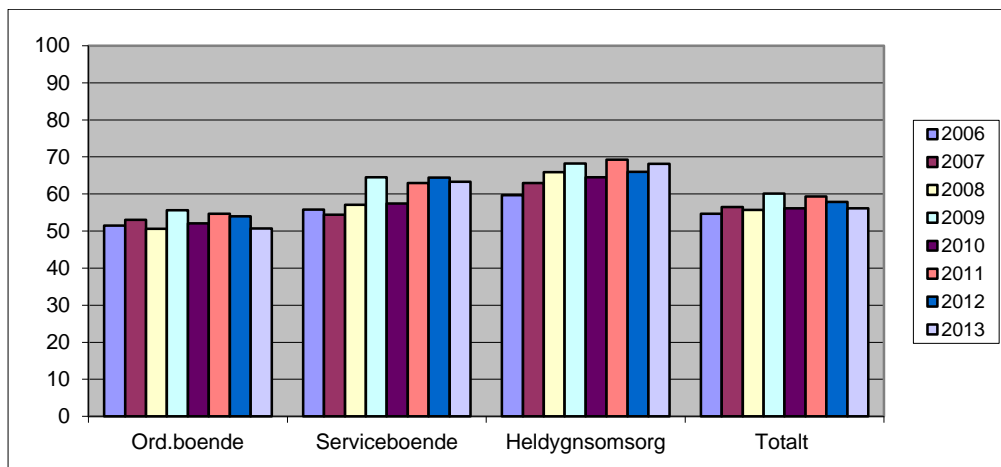
Figur 2. Medelålder för registrerade omsorgstagare per boendeform, 2006 - 2013.



Som framgår av figur 2 visar medelåldern bland omsorgstagarna en svagt sjunkande tendens i det ordinära boendet. I servicehusboendet och heldygnsomsorgen är tendensen den motsatta. Minskningen respektive ökningen har ett samband med den pågående förändringen av befolkningens ålderssammansättning. Åldersförändringen avspeglas också i andelen av registrerade omsorgstagare, som är 85 år och äldre (figur 3).

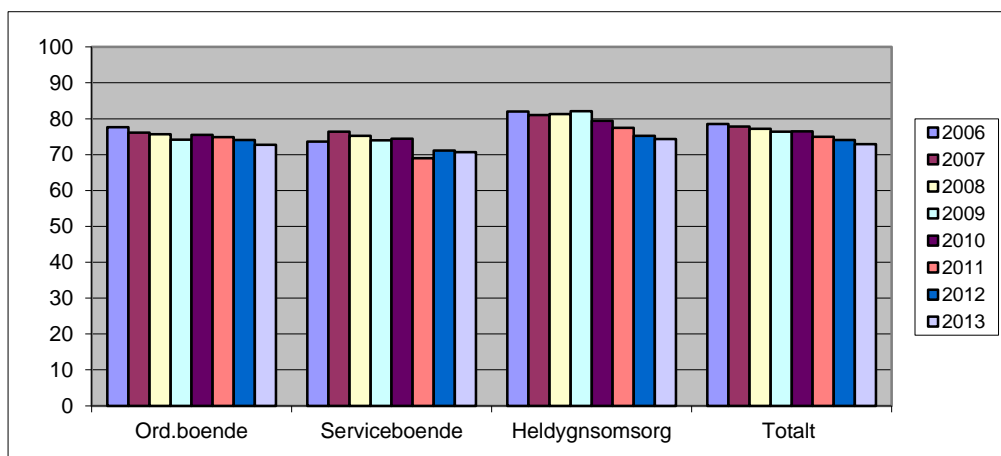
¹⁰ Boendeform avser i detta sammanhang "beviljad boendeform". Faktisk boendeform anges i SNAC-K som "nuvarande bostad".

Figur 3. Andel personer ålder 85+ per boendeform, 2002 - 2009, %.



I samtliga boendeformer är över hälften av de boende 85 år eller äldre. Andelen i det ordinära boendet är i stort sett oförändrad, men har ökat i servicehusboendet och heldygnsomsorgen. Majoriteten av omsorgstagarna inom äldreomsorgen är kvinnor. Andelen kvinnor bland omsorgstagarna visar dock en tendens att minska, vilket naturligtvis sammanhänger med den starkt förändrade könsfördelningen i den äldre befolkningen i stadsdelen (figur 4).

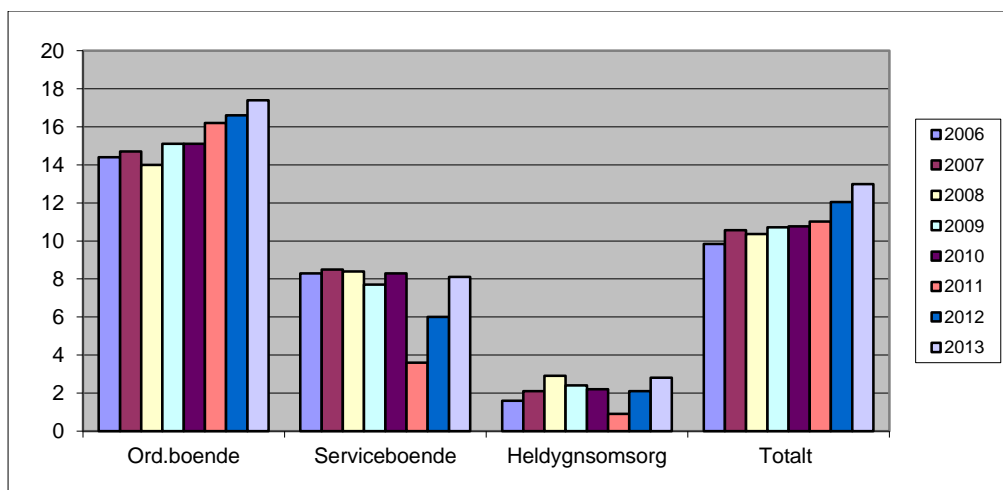
Figur 4. Andel kvinnor per boendeform, 2006 - 2013, procent.



Effekterna av denna syns också tydligt i ökningen av andelen samboende omsorgstagare. De allra flesta äldre på Kungsholmen med långvariga insatser av offentlig vård och omsorg är fortfarande ensamboende, men den totala andelen samboende omsorgstagare har ökat från cirka 10 till 13 procent under perioden 2006 - 2013. (Figur 5). I det ordinära boendet är andelen högre, ca 17 procent år 2013. Också i servicehusboendet har andelen ökat starkt på senare år.

Inom heldygnsomsorgen är andelen samboende mycket lägre, men även där kan man se en ökning de senaste åren, vilket kan ha ett samband med att man numera beviljar s.k. parboende¹¹. Andelen samboende omsorgstagare skiljer starkt mellan könen. Bland de manliga omsorgstagarna var år 2013 drygt 23 procent samboende mot endast 9 procent bland kvinnorna.

Figur 5. Andel samboende per boendeform, 2006 - 2013, procent.



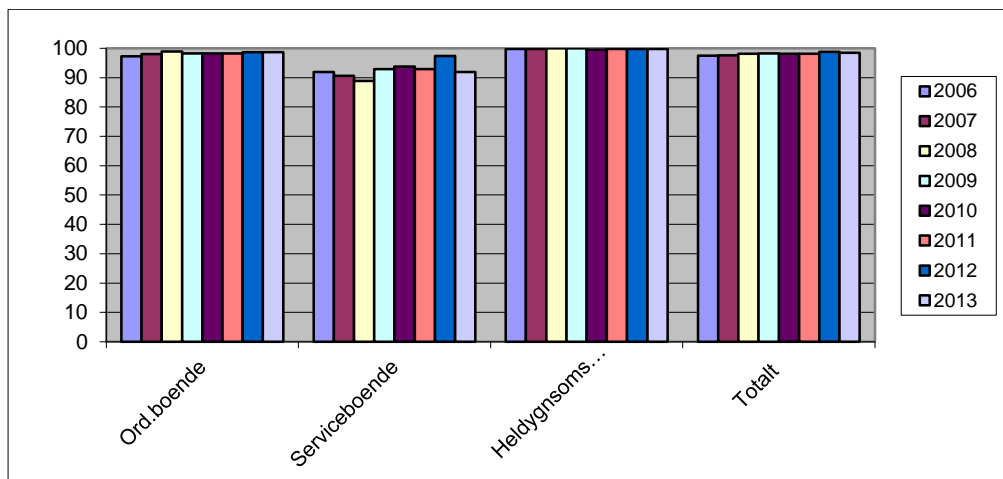
3.2.2 ADL-beroende

Som redovisats ovan registreras i SNAC-K-undersökningen personligt vårdberoende i ett antal olika s.k. ADL-variabler, som avspeglar olika aspekter på förmågan att klara det dagliga livet, dels s.k. instrumentella variabler såsom handla, tvätta, laga mat etc. (IADL) och dels personliga variabler avseende förmågan att klara personliga aktiviteter såsom bad, personlig hygien, av- och påklädning (PADL). Figur 6 visar andelen personer under perioden 2006 - 2013, som var beroende i minst en IADL-aktivitet per boendeform.

Det överväldigande flertalet omsorgstagare behöver hjälp med åtminstone en av de instrumentella ADL-aktiviteterna. Andelarna IADL-beroende är i stort sett stabil över åren. Det kan vara intressant att notera att i servicehusboendet en något större andel är helt oberoende än i ordinärt boende. Detta sammanhänger med att det i servicehusboendet också finns en del fullt friska personer, som flyttat dit tillsammans med en sedermera avliden vårdberoende make/maka, har i de flesta fall inga insatser.

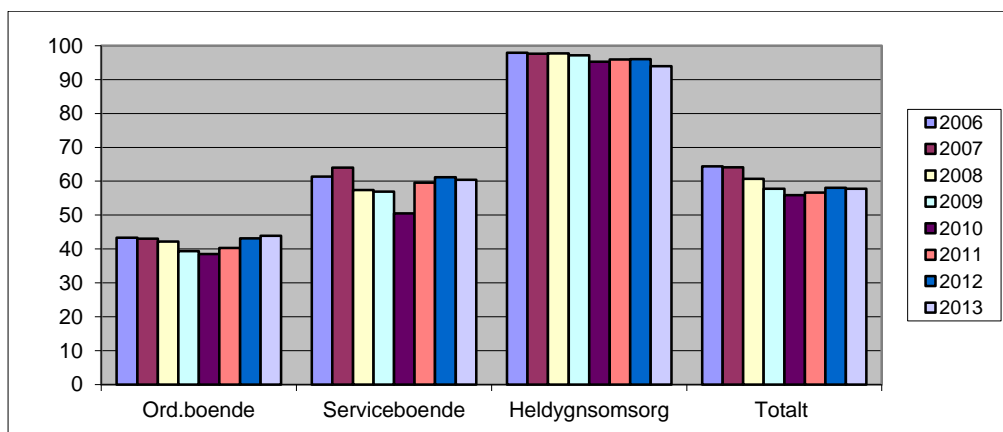
¹¹ Parboende = make/maka/partner/sambo beviljas att flytta med till vård- och omsorgsboendet utan att själv ha ett behov av boendet

Figur 6. Andelen beroende i minst en IADL-aktivitet per boendeform, 2006 - 2013, procent.



I figur 7 visas andelen som är beroende i samtliga IADL-aktiviteter. Det är avsevärda skillnader mellan boendeformerna när det gäller de boendes förmåga att klara de instrumentella aktiviteterna. I heldygnsomsorgen är det mycket få som inte är beroende av hjälp för samtliga dessa aktiviteter. Inom övriga boendeformer klarar omkring hälften åtminstone någon aktivitet på egen hand. Andelen personer i ordinarie boende, som var beroende för samtliga IADL-aktiviteter, visade tidigare en tendens till minskning, men denna har sedan några år tillbaka förbytts i en ökning. Detsamma gäller i än högre grad inom servicehusboendet. Andelen beroende för samtliga IADL-aktiviteter är där högre än i det ordinarie boendet.

Figur 7. Andelen beroende i samtliga IADL-aktiviteter per boendeform, 2006 - 2013, procent.

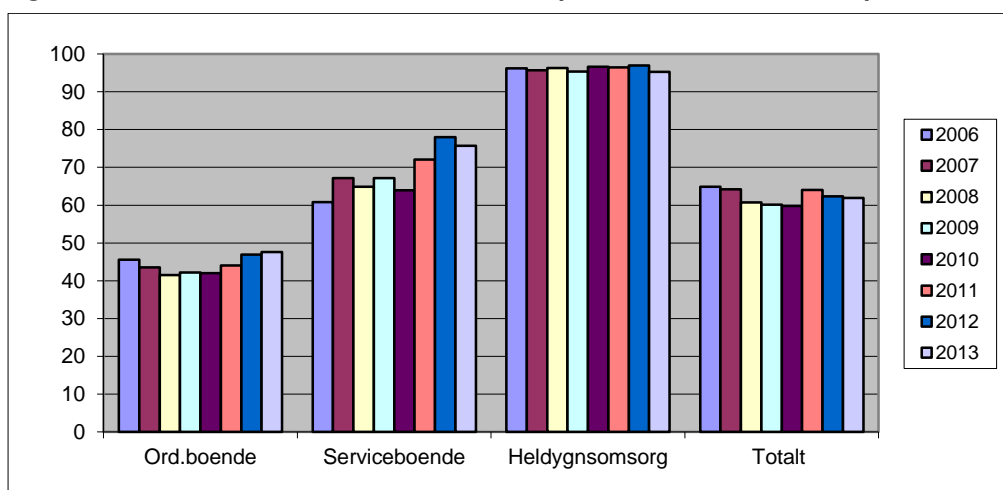


En högre grad av vårdberoende representeras av dem, som också är i behov av hjälp för att klara de s.k. personliga ADL-aktiviteterna (PADL). Figur 8 visar ut-

vecklingen av andelen personer per boendeform som är beroende av hjälp för minst en PADL-aktivitet. Denna avser i de flesta fall beroende av hjälp för bad och dusch.

Andelen i det ordinära boendet har ökat på senare år efter att tidigare ha minskat. Även i servicehusboendet har det varit en betydande ökning sedan år 2010. I vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg är andelen mycket hög och helt stabil. Det handlar där om ett fåtal personer, som är helt oberoende när det gäller personlig ADL. Totalt för samtliga omsorgstagare har andelen med beroende av hjälp för minst en ADL-aktivitet varit ganska oförändrad under perioden, ca 60 procent.

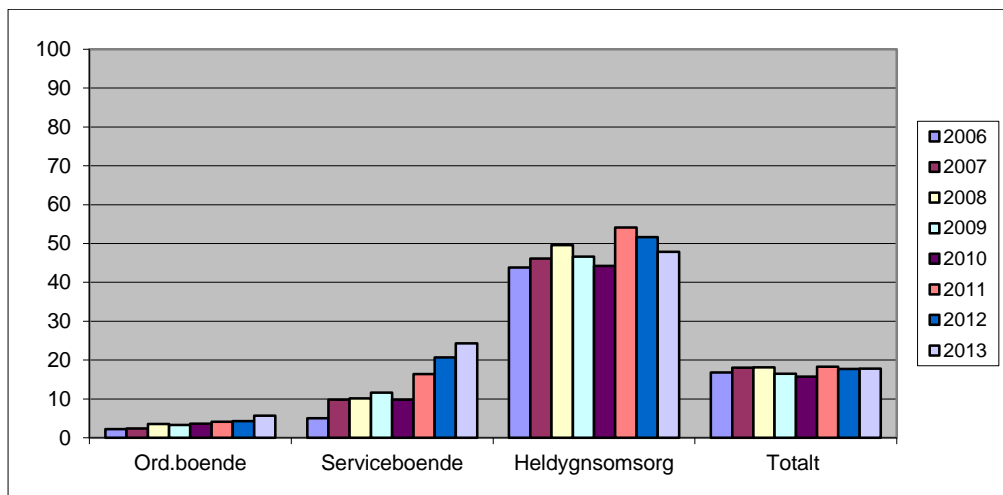
Figur 8. Andelen beroende i minst en PADL-aktivitet per boendeform, 2006 - 2013, procent.



De alla mest funktionsnedsatta omsorgstagarna är de som är beroende av hjälp för samtliga personliga ADL-funktioner. Inom vård- och omsorgsboendet uppgår denna andel till omkring hälften. I övriga boendeformer är den betydligt lägre. Förändringen i andelen mellan åren per boendeform framgår av figur 9.

Andelen personer i ordinärt boende, som är beroende av hjälp för samtliga PADL-aktiviteter, minskade tidigare, men har sedan år 2006 ökat stadigt. Andelen är dock fortfarande låg, ca 5 procent. Påfallande är den fortsatta kraftiga ökningen inom servicehusboendet under perioden. Andelen helt PADL-beroende har där femdubblats på sju år. Inom vård- och omsorgsboendet har andelen helt PADL-nedsatta svängt en del från år till år, men den generella tendensen är en viss, om än svag, ökning. Totalt för samtliga omsorgstagare är andelen helt stabil.

Figur 9. Andelen beroende i samtliga PADL-aktiviteter per boendeform, 2006 - 2013, procent.



3.2.3 Kognitiv nedsättning

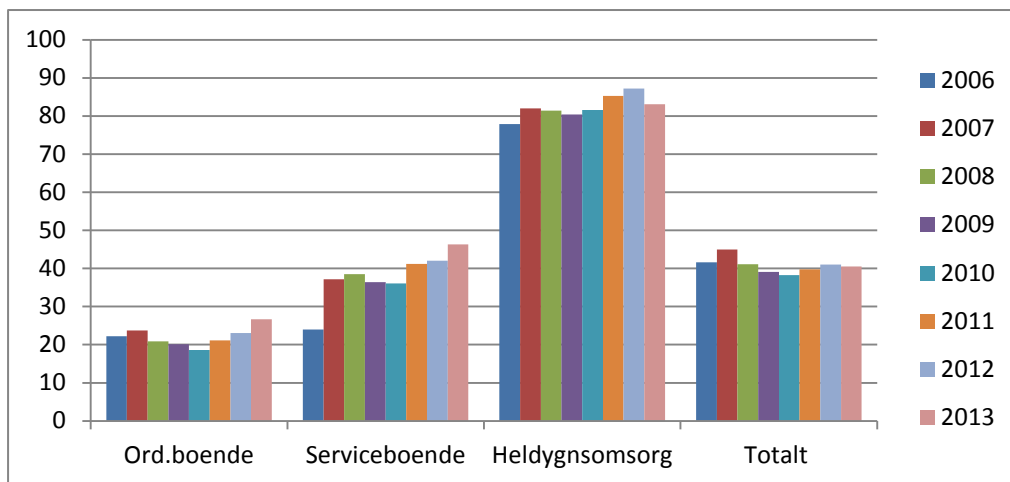
Kognitiv nedsättning mäts enligt SNAC-formuläret i fyra nivåer, från ingen nedsättning (0) till mycket svår nedsättning (3). Det senare motsvarar Berger-skalans nivå 5 eller 6. Figurerna 10 A och B visar förändringen per boendeform i andelen med kognitiv nedsättning respektive svår eller mycket svår sådan.

Utvecklingen av förekomsten av kognitiv nedsättning följer i stort sett samma mönster som för övriga funktionsmått. I ordinärt boende finns det en klar tendens till ökning på senare år efter det att andelen tidigare minskat. Andelen svårt eller mycket svårt nedsatta har tidigare legat stabil men har nu ökat något. Nivån är dock fortfarande låg.

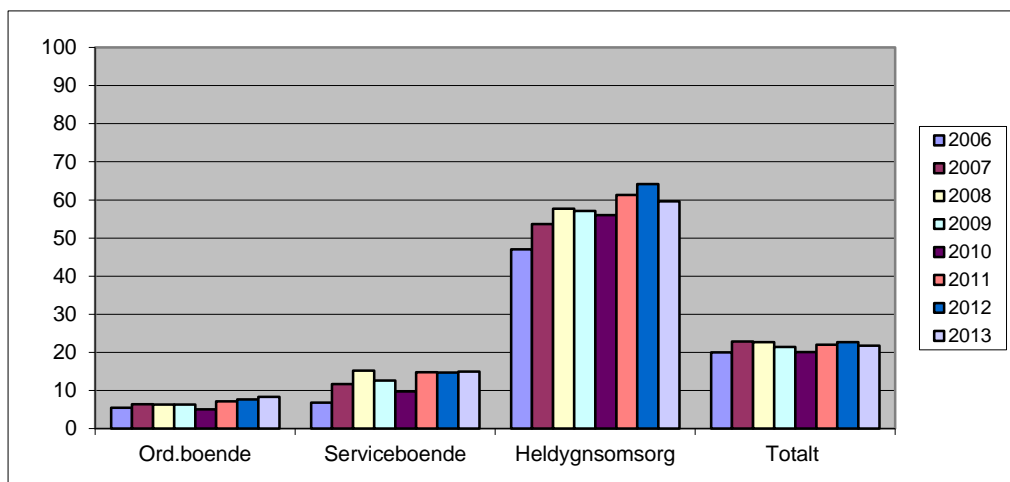
Inom servicehusboendet har det skett en betydande ökning under perioden. Inkluderar man även lätt kognitiv nedsättning har andelen nästan fördubblats. En av sex boende bedöms nu vara svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt. Andelen är dock fortfarande väsentligt högre i heldygnsomsorgen och det finns där en klar tendens till ökning. Cirka 60 procent av de boende är nu svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta jämfört med mindre än hälften sju år tidigare. Totalt visar andelen kognitiv nedsatta bland omsorgstagarna en svagt sjunkande tendens och just ingen ökning av de mest nedsatta.

Figur 10. Andelen kognitivt nedsatta personer per boendeform, 2006 - 2013, procent.

A. Samtliga kognitivt nedsatta



B. Svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta



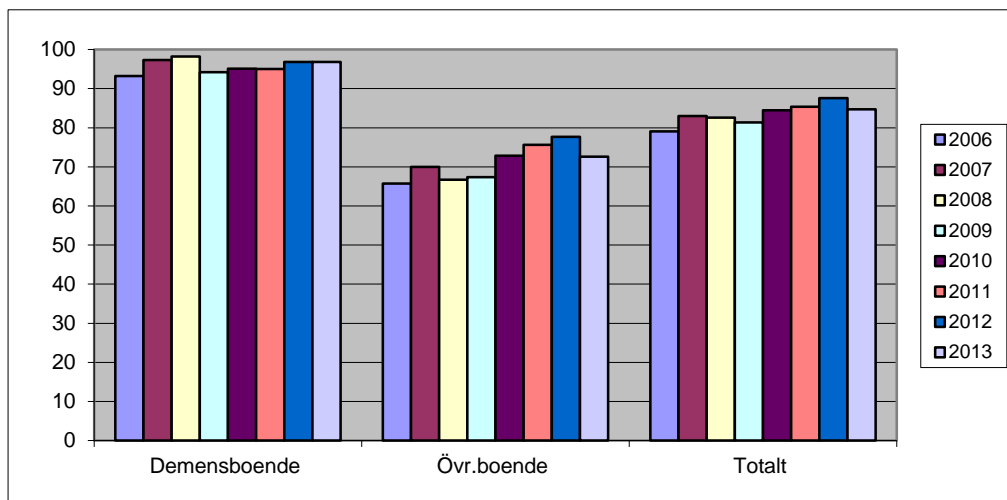
Förekomsten av kognitiv nedsättning inom vård- och omsorgsboendet kan studeras närmare genom att man gör en uppdelning på boenden med speciell inriktning på personer med demenssjukdom och övriga boenden. Av 432 SNAC-K-registrerade personer i vård- och omsorgsboende den 1 mars 2013 fanns 217 (50,2%) på demensboenden, resten på övriga boenden¹². I de senare har här även inräknats boenden för personer med psykiska problem (totalt 20 personer). Figurerna 11 A och B visar på samma sätt utvecklingen dels av den totala andelen kognitivt ned-

¹² Totalantalet skiljer något från det antal som tidigare presenterats i denna rapport, eftersom det nu avser personer som flyttat in, medan de föregående uppgifterna avsåg antalet personer som beviljats vård- och omsorgsboende men ännu inte flyttat.

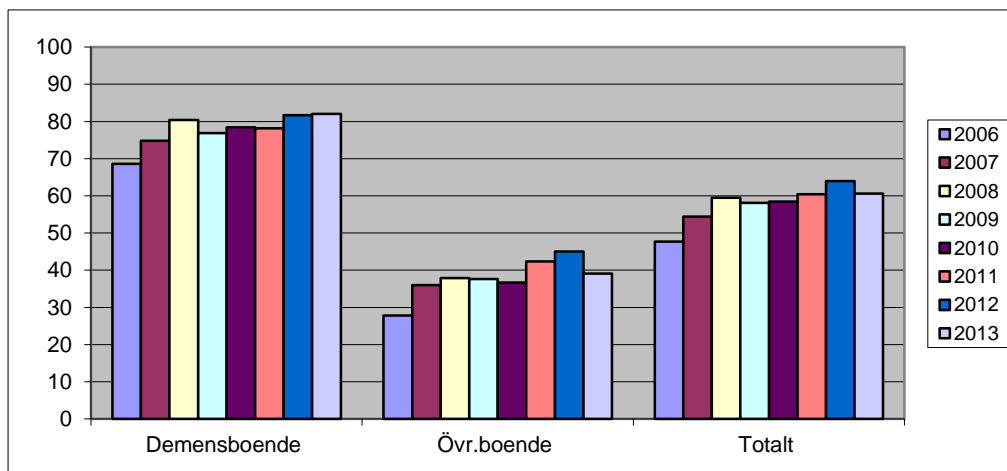
satta, dels andelen boende med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning i resp. typ av boende under åren 2006 - 2013.

Figur 11. Andelen kognitivt nedsatta personer per typ av boende inom vård- och omsorgsboendet, 2002 - 2009, procent.

A. Samtliga



B. Svårt och mycket svårt nedsatta



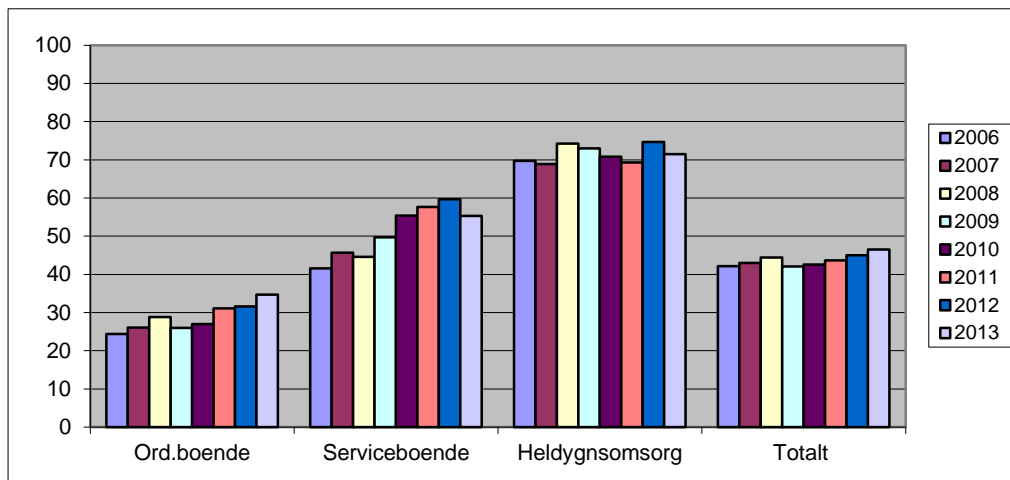
Det finns en klar skillnad mellan de båda typerna av boende, men det är värt att notera att även i de övriga boendena omkring tre fjärdedelar av de boende är kognitivt nedsatta och fyra av tio svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta. Anmärkningsvärd är vidare den starka ökningen av båda andelarna under den studerade perioden, en ökning som dock brutits det senaste året. Frågan vad detta beror på har analyserats i en särskild SNAC-K-rapport (SNAC-K rapport nr. 19). Förklaringen visade sig vara att en stor andel av de personer, som flyttade in i de

övriga boendena, var kognitivt nedsatta men inte fått diagnos redan vid inflyttningen. Detta förhållande, som verkade ha ett samband med otillräcklig diagnos-sättning vid demenssjukdom, kan nu ha ändrats.

3.2.4 Rörelsehinder

Förekomsten av svåra eller mycket svåra rörelsehinder skiljer inte alls lika starkt mellan boendeformerna som den kognitiva nedsättningen även om den är klart högst inom vård- och omsorgsboendet. Som framgår av figur 12 har andelen svårt eller mycket svårt rörelsehindrade inom det ordinarie boendet ökat ganska starkt sedan år 2009. En ännu starkare ökning har skett i servicehusboendet. Nedgången år 2013 kan där vara tillfällig. Inom vård- och omsorgsboende har andelen hela perioden svängt kring 70 procent. Totalt för alla omsorgstagare kan noteras en ökande andel rörelsehindrade.

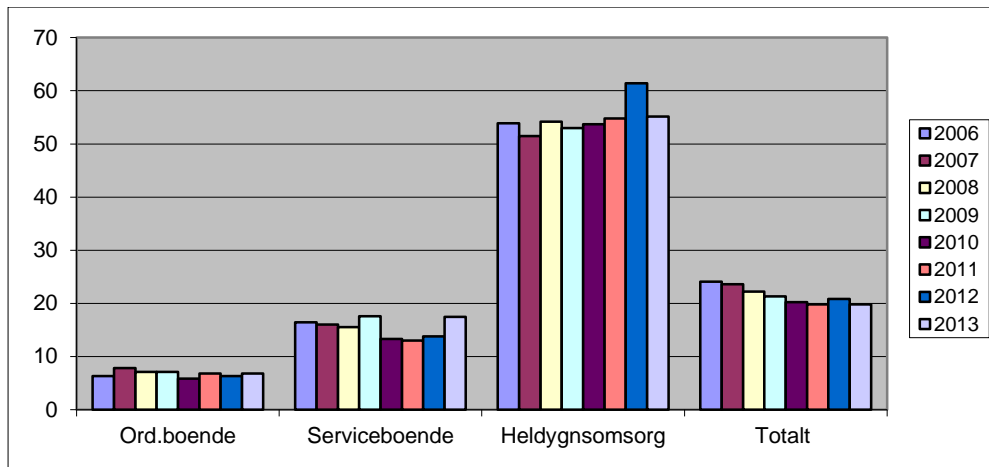
Figur 12. Andelen personer med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per boendeform, 2006 - 2013, procent.



3.2.5 Inkontinens

Förekomsten av inkontinens (urin resp. avföring) per boendeform framgår av de följande figurerna 13 och 14.

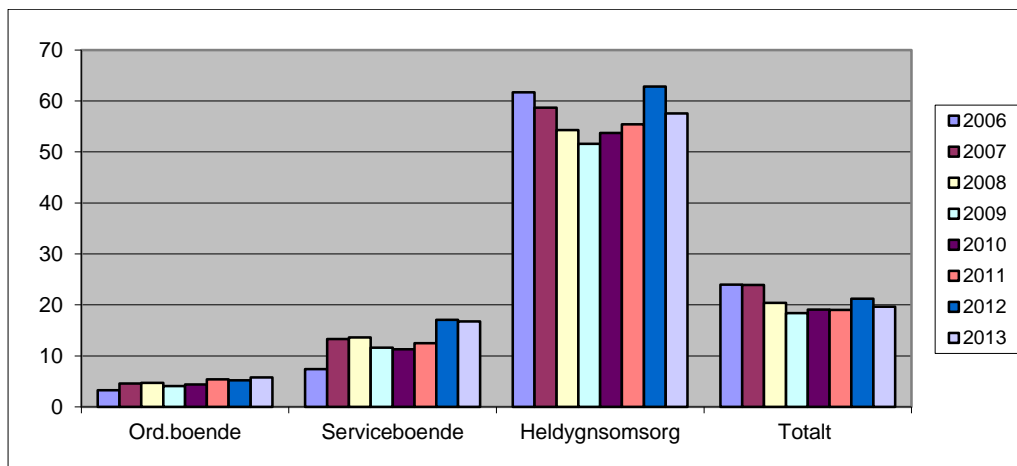
Figur 13. Andelen personer med svår eller mycket svår urininkontinens per boendeform, 2006 - 2013, %.



Förekomsten av urininkontinens skiljer som framgår av figur 13 mycket starkt mellan boendeformerna. Per boendeform är situationen ganska stabil bortsett från enstaka år. Totalt har det skett en stadig minskning. En minskning har, som framgår av den följande figur 14, även skett totalt när det gäller förekomsten av avföringsinkontinens. Andelarna inkluderar där även lätt inkontinens.

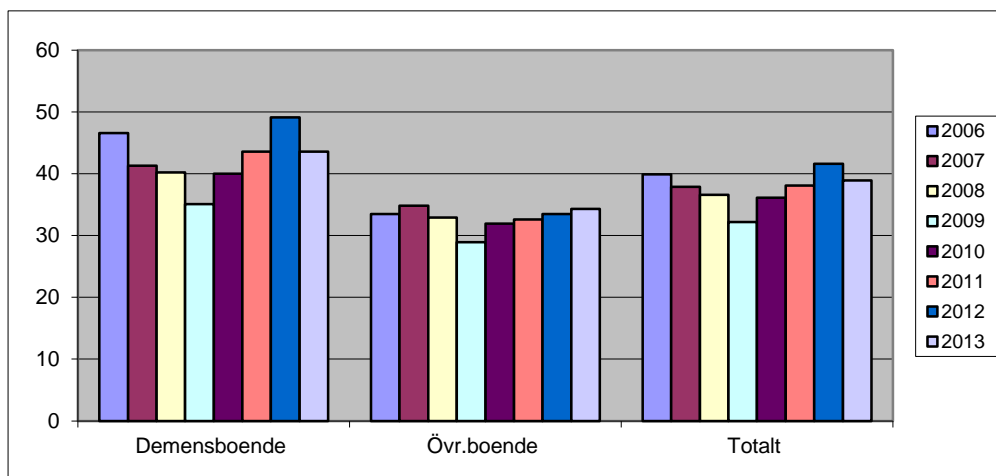
Per boendeform räknat är dock bilden annorlunda med en klar ökning i ordinärt boende från tre till sex procent och en kraftig ökning i servicehusboendet, där andelen med avföringsinkontinens mer än fördubblats från sju till 17 procent. Den mycket positiva utvecklingen i heldygnsomsorgen i början av perioden har bytts till motsatsen de senaste åren och andelen med avföringsinkontinens har nu kommit upp i ungefär samma nivå som vid periodens början.

Figur 14. Andelen personer med avföringsinkontinens per boendeform, 2006 - 2013, procent



Figur 15 visar utvecklingen av svår eller mycket svår avföringsinkontinens för vård- och omsorgsboendet uppdelat på demensboenden och övriga boenden. Den minskning, som kunde noteras i början av perioden, förbyttes i båda boendeformerna till sin motsats under den senare delen. Resultaten är samstämmiga med dem som visats ovan.

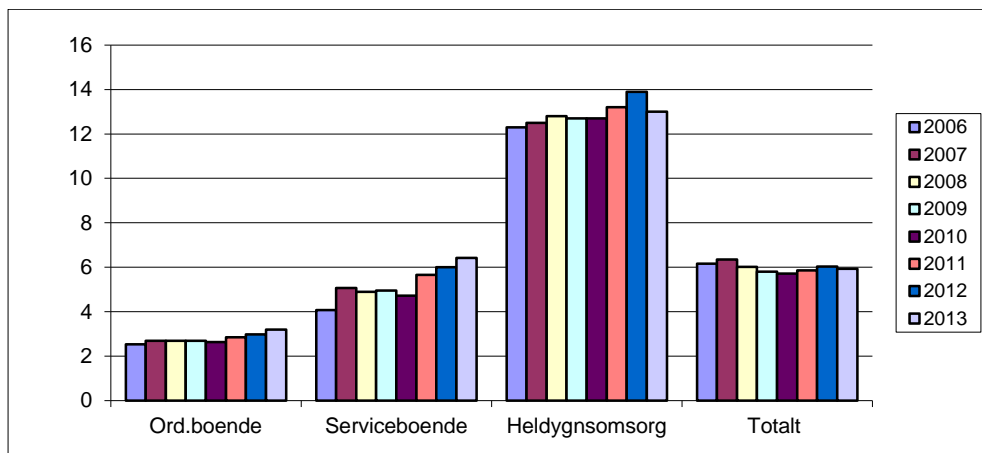
Figur 15. Andelen personer med svår eller mycket svår avföringsinkontinens per typ av vård- och omsorgsboende, 2006 - 2013, procent.



3.2.6 Sammanfattning av graden av funktionsnedsättning - SNAC-index

Graden av funktionsnedsättning sammanfattas i SNAC-index, i vilket ingår ADL-beroende, kognitiv nedsättning, rörelsehinder samt urin- och avföringsinkontinens (jfr bilaga 1). Figur 16 visar medelvärdet av SNAC-index per boendeform och hur det förändrats under perioden per boendeform. I det ordinära boendet ökade index svagt de första åren i perioden men ökningen har sedan blivit starkare. För servicehusboendet är utvecklingen liknande men ökningen de senaste åren mycket kraftigare. Medelvärdet för SNAC-index ligger allra högst i heldygnsomsorgen och även där har det skett en viss ökning över tiden. Totalt för omsorgstagarna minskade SNAC-index i början av perioden men har sedan legat stabilt, vilket tyder på bibehållna trösklar för beviljandet av äldreomsorg.

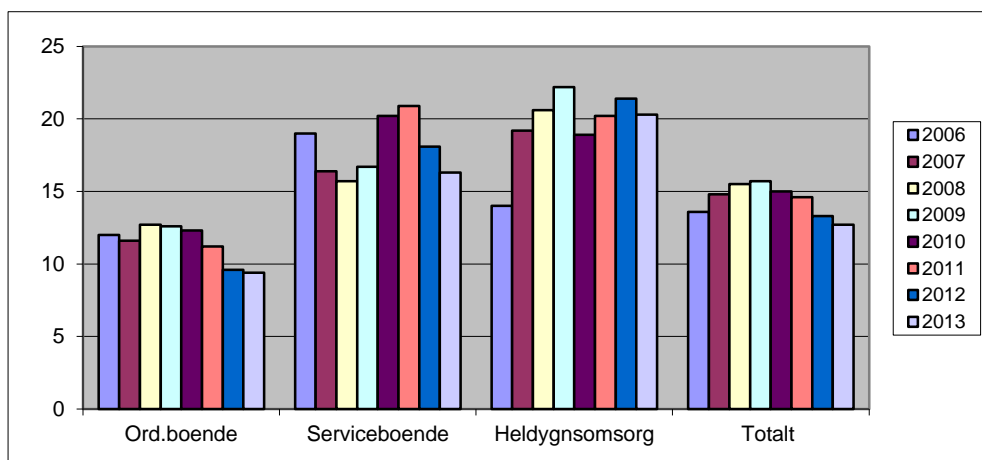
Figur 16. Medelvärde för SNAC-index per boendeform, 2006 - 2013.



3.2.7 Syn och hörsel

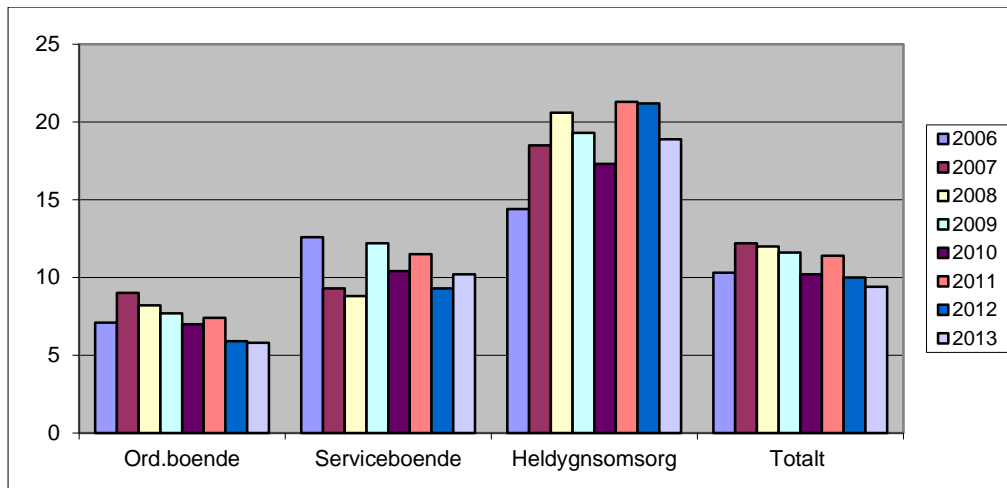
I formuläret för registreringen inom SNAC vårdsystemdelen ingår också frågor om andra slag av funktionsnedsättningar och besvär. Figur 17 och 18 visar andelen personer med svår eller mycket svår syn- resp. hörselnedsättning per boendeform för resp. år under perioden 2006 - 2013.

Figur 17. Andelen personer med svår eller mycket svår synnedsättning per boendeform, 2006 - 2013, procent.



Totalt kan man se en klar tendens till minskning av andelen synnedsatta, speciellt när det gäller det ordinära boendet. För de två övriga boendeformerna varierar resultatet ganska mycket från år till år. Det kan vara värt att notera att skillnaderna mellan boendeformerna i detta fall är ganska måttliga. Detta antyder att synnedsättning i sig inte innebär något avgörande hinder för att bo kvar i ordinärt boende.

Figur 18. Andelen personer med svår eller mycket svår hörselnedsättning per boendeform, 2006 - 2013, %.

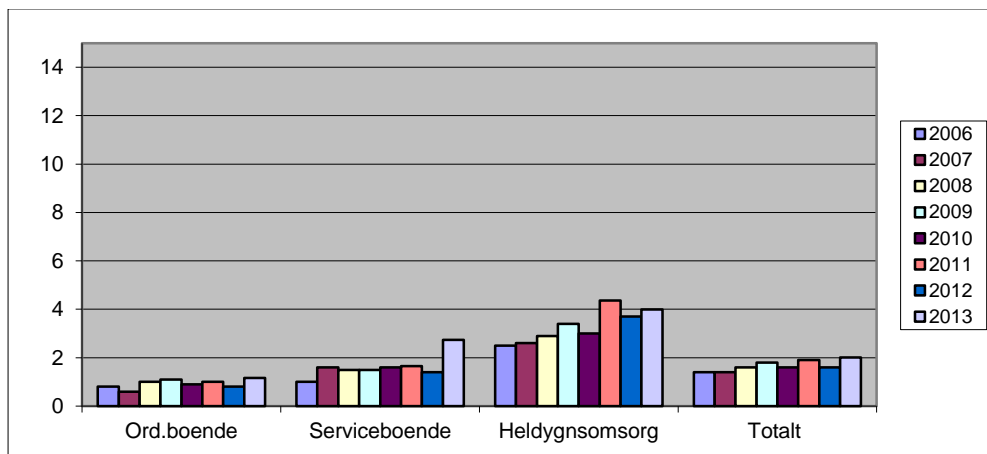


Även för hörselnedsättning skiljer sig nivåerna relativt måttligt mellan boendeformerna. Mönstren är här mycket lika synnedsättning. Det finns en klar tendens till minskning i det ordinära boendet men inte på samma sätt som i de övriga boendeformerna.

3.2.8 Sår

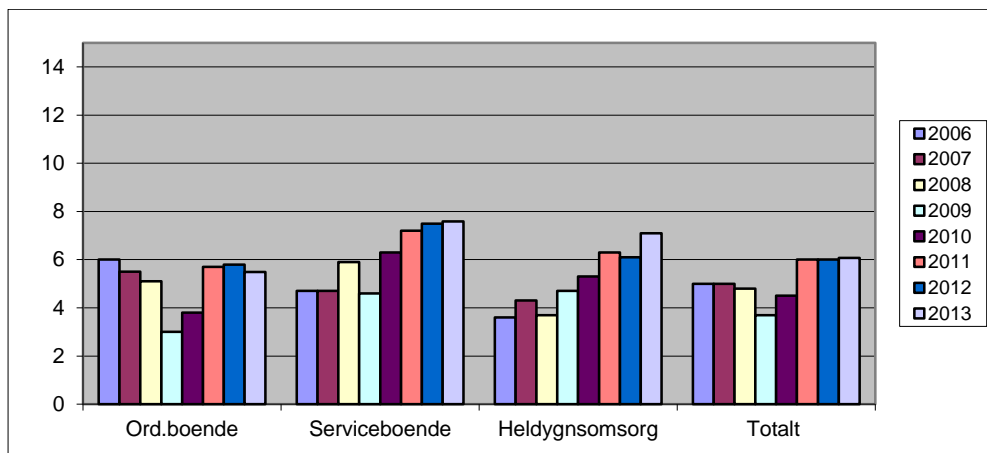
Förändringarna under perioden 2006 - 2013 avseende förekomsten av sår, trycksår och svårläkta sår, per boendeform framgår av figurerna 19 och 20 nedan¹³.

Figur 19. Andelen personer med trycksår per boendeform, 2006 - 2013, procent.



¹³ Uppgifter om förekomsten av trycksår och svårläkta sår i ordinärt boende registreras av sjukvårdsutbildad personal inom SNAC-projektet, eftersom biståndshandläggarna, som annars utför registreringen, i allmänhet inte har denna information.

Figur 20. Andelen personer med svårläkta sår per boendeform, 2006 - 2013, procent.

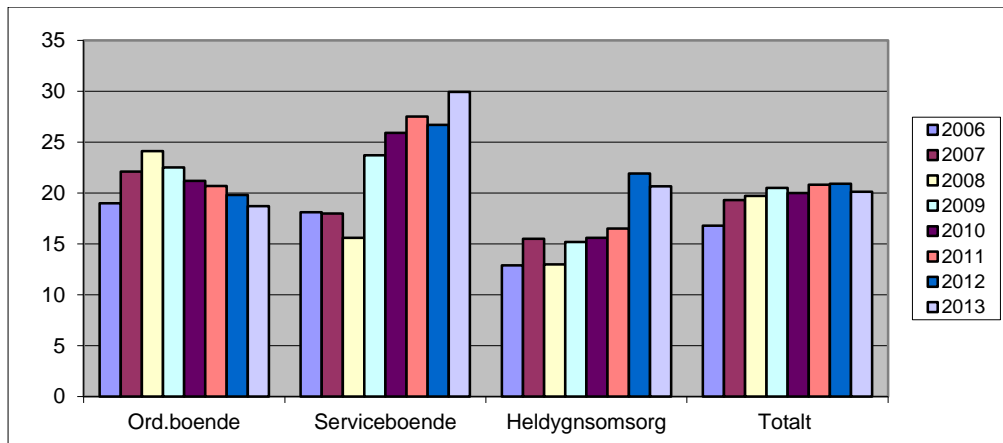


Andelarna med sår är genomgående låga. Andelen med trycksår är högst i heldygnsomsorgen, men för svårläkta sår ligger servicehusboendet högre och andelen har ökat påtagligt där. De stora växlingarna från år till år kan bero på att uppmärksamheten på dessa problem skiftat över åren, men det kan också röra sig om slumpmässiga variationer, eftersom det är fråga om få personer.

3.2.9 Smärta och yrsel

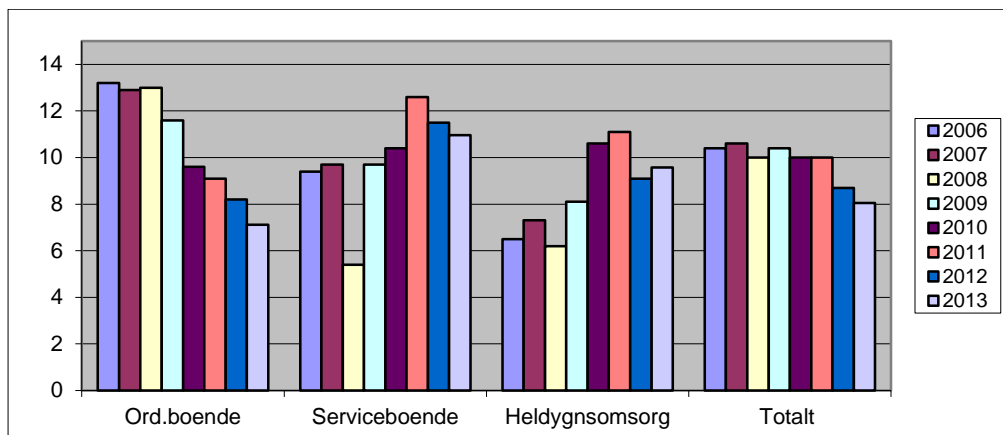
Förekomsten av smärta och yrsel visas i de två följande diagrammen (figur 21 och 22). Graden av smärta är svår att uppskatta för en utomstående person även om det numera finns validerade mätinstrument. Här redovisade siffror bör därför tolkas med försiktighet. Den utveckling man kan se, är att förekomsten av svår eller mycket svår smärta verkar ha stadigt minskat i ordinärt boende medan det däremot varit en stark ökning i servicehusboende och heldygnsomsorg. Andelen är högst i servicehusboendet vilket kan vara anmärkningsvärt. Skillnaderna mellan boendeformerna i förekomsten av svår eller mycket svår smärta är annars påfallande små.

Figur 21. Andelen personer med svår eller mycket svår smärta per boendeform, 2006 - 2013, procent.



I den följande figuren 22 visas motsvarande förekomst av yrsel per boendeform för respektive år under perioden.

Figur 22. Andelen personer med svår/mycket svår yrsel per boendeform, 2006 - 2013, procent.

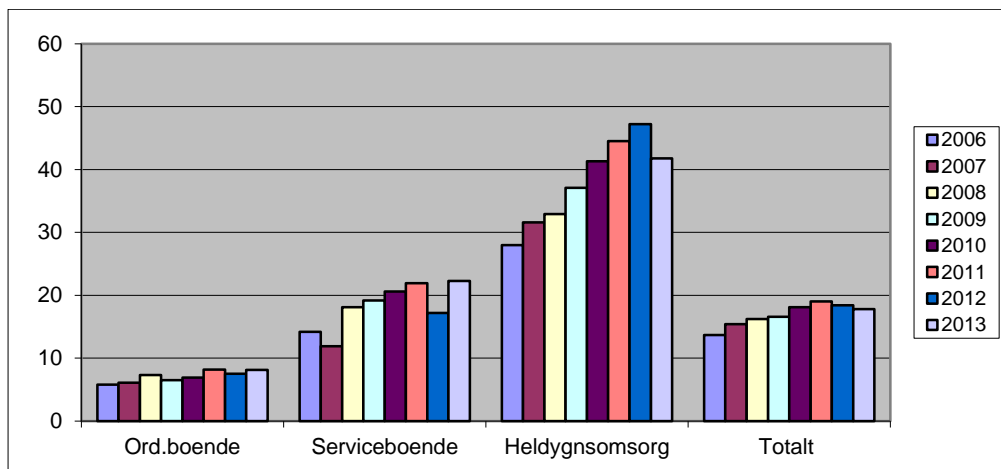


Totalt sett verkar yrsel ha blivit något mindre förekommande, men utvecklingen skiljer starkt mellan boendeformerna. I ordinarie boende har det skett en stadig stark minskning, i de övriga boendeformer en ökning men med rätt stora årliga variationer. Skillnaderna mellan boendeformerna är måttliga.

3.2.10 Oro och nedstämdhet

Utvecklingen av förekomsten av oro och nedstämdhet under perioden 2006 - 2013 framgår av figurerna 23 och 24.

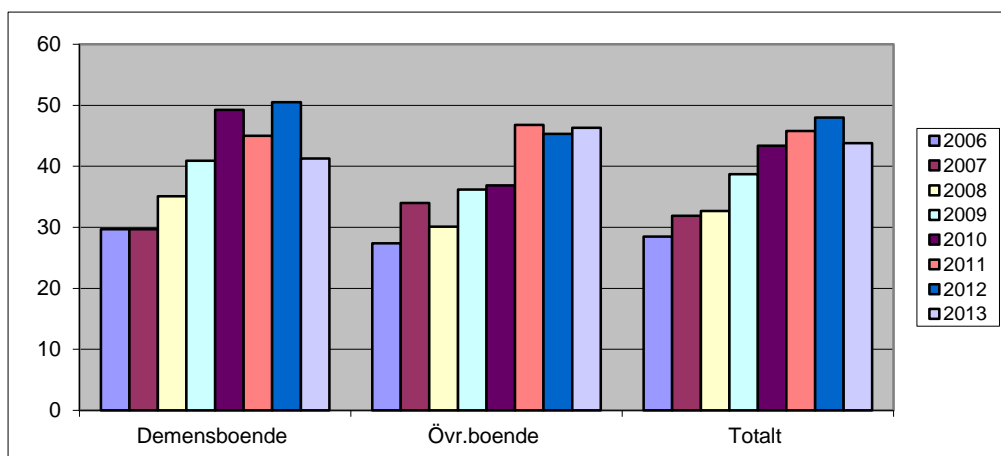
Figur 23. Andelen personer med svår/mycket svår oro per boendeform, 2006 - 2013, procent.



När det gäller förekomsten av oro finns totalt sett en mycket klar tendens till ökning sedan år 2006. Detta gäller framförallt servicehusboendet och heldygnsomsorgen. Utvecklingen inom heldygnsomsorgen måste betecknas som alarmerande, men trenden verkar dock ha brutits det senaste året.

Som framgår av figur 24 nedan har utvecklingen varit parallell i demensboendet och det övriga vård- och omsorgsboendet. Det finns en klar koppling mellan kognitiv nedsättning och oro. Ökningen kan därmed i viss mån förklaras av en ökning av andelen kognitivt nedsatta omsorgstagare. Siffrorna över utvecklingen bör tolkas med viss försiktighet, eftersom rapporterade värden påverkas av personalens observans av dessa problem. Denna kan givetvis ha förändrats mellan åren.

Figur 24. Andelen personer med svår eller mycket oro per typ av boende inom vård- och omsorgsboendet, 2006 - 2013, procent.

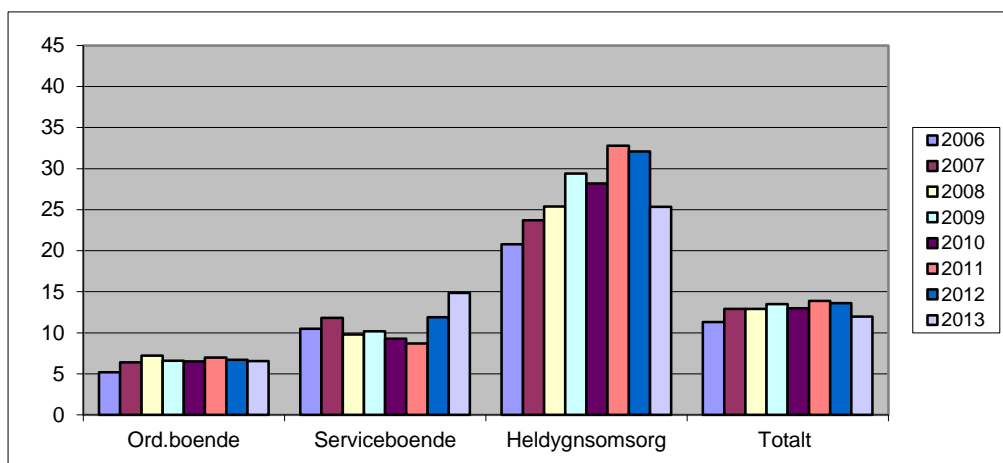


Det kan vara värt att notera att andelen som bedöms oroliga är betydligt lägre i ordinärt boende än i övriga boendeformer. Till en del förklaras detta av den lägre

andelen kognitivt nedsatta, men det kan också vara en fråga om urval. Endast de som inte i högre grad besvärar av oro och ångest kan bo kvar i ordinärt boende.

Detta visas av att personer i vård- och omsorgsboendet utan kognitiv nedsättning är oroliga i mycket högre grad än motsvarande personer i ordinärt boende. En ytterligare tänkbar förklaring är att personalen inom vård- och omsorgsboendet har en bättre kännedom om förekomsten av problem av detta slag än de biståndshandläggare som svarar för bedömningarna i ordinärt boende (hemtjänst, dagverksamhet och liknande). Resultatet antyder dock att den tryggare boendeformen ingalunda garanterar minskad oro hos de boende.

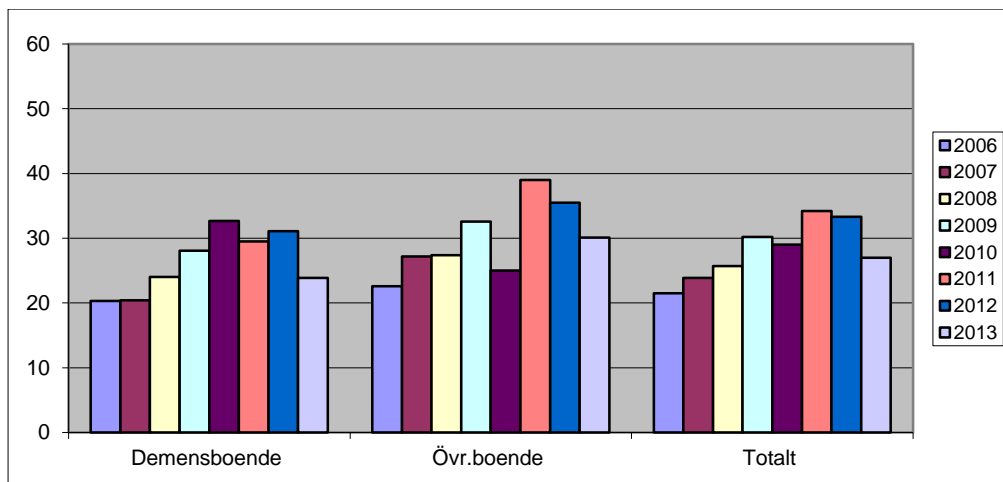
Figur 25. Andelen personer med svår eller mycket svår nedstämdhet per boendeform, 2006 - 2013, procent.



Inte heller tycks den tryggare boendeformen inverka positivt på de boendes sinnesstämning. Förekomsten av nedstämdhet är som man kan se i figur 25 betydligt högre i heldygnsvårn än i servicehusboende och ordinärt boende. För heldygnsvårn har andelen varit klart stigande ända fram till de senaste åren.

I servicehusboende noteras en plötslig stark ökning sedan år 2011. Även här finns det en koppling till den kognitiva nedsättningen, som förklarar en stor del av skillnaderna. Dock är det, liksom i fråga om oron, så att personer i ordinärt boende med ingen eller lätt kognitiv nedsättning är nedstämda i mycket lägre grad än motsvarande personer som bor med heldygnsvårn. En uppdelning på demensboende och övriga boenden med heldygnsvårn visas i figur 26.

Figur 26. Andelen personer med svår eller mycket nedstämdhet per typ av boende inom vård- och omsorgsboendet, 2006 - 2013, procent.

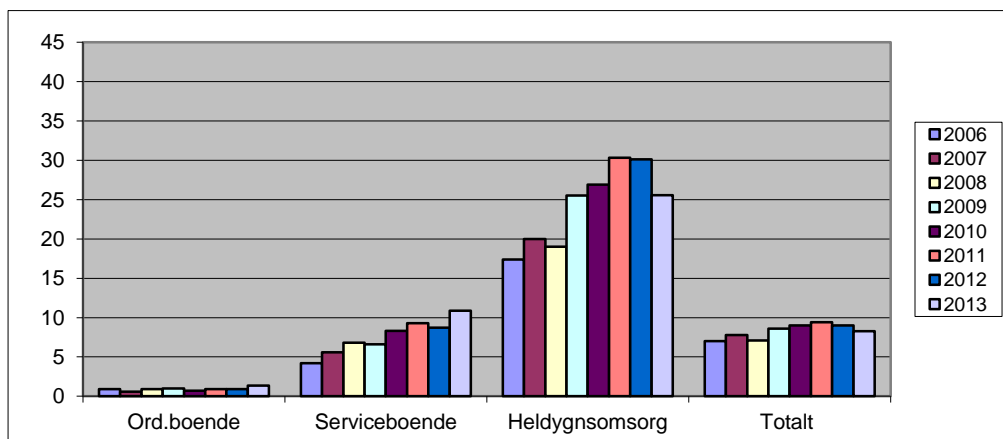


Som framgår av figur 26 är utvecklingen mot högre andelar med nedstämdhet under den tidigare delen av perioden helt parallell i de båda formerna av vård- och omsorgsboende, liksom nedgången de senaste åren. Trots denna nedgång är det totalt fråga om en uppgång i båda boendeformerna.

3.2.11 Svårhanterliga beteendeproblem

I SNAC-K formuläret finns också en fråga om det hos personen de senaste månaderna förekommit beteenden som av personalen upplevts som svåra att hantera. Förändringen under perioden i andelen personer per boendeform, som uppvisat svårhanterligt beteende enligt denna definition framgår av figur 27.

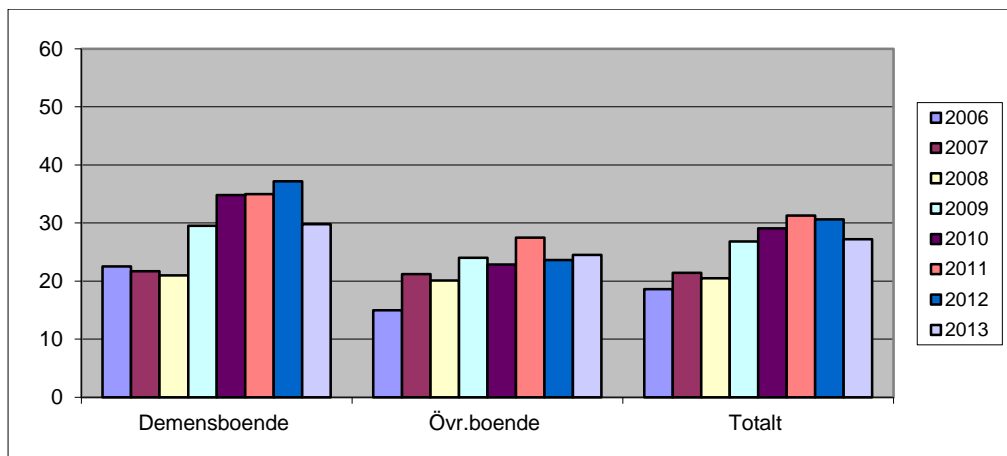
Figur 27. Andelen personer med svårhanterliga eller mycket svårhanterliga beteendeproblem per boendeform, 2006 - 2013, procent.



Eftersom beteendeproblem av detta slag är kopplade till demenssjukdom eller psykisk sjukdom, är det naturligt att förekomsten i hög grad samvarierar med kognitiv svikt. Som man kan vänta är därför andelen omsorgstagare med problem av detta slag betydligt vanligare i heldygnsomsorgen än i ordinärt boende och servicehusboende. I ordinärt boende är andelen mycket låg och har inte förändrats under perioden. I servicehusboende och boende med heldygnsomsorg har det varit en stadig, stark ökning av andelen med svårhanterligt beteende hela perioden, utom det senaste året för heldygnsomsorgen.

Figur 28 visar utvecklingen av andelen uppdelad på de två typerna av vård- och omsorgsboende.

Figur 28. Andelen personer med svårhanterliga eller mycket svårhanterliga beteendeproblem per typ av boende inom vård- och omsorgsboendet, 2006 - 2013, procent.



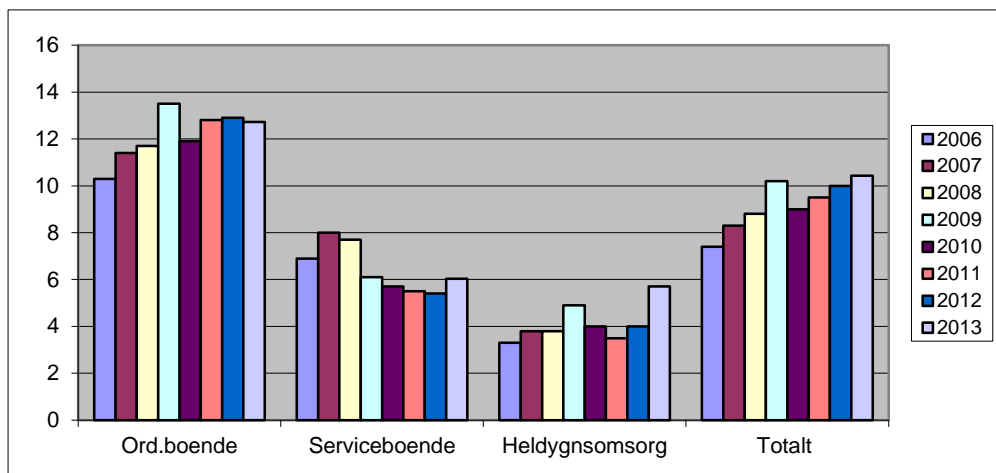
Det är här värt att notera att andelarna är nästan lika höga i övrigt boende som i demensboende, trots att andelen svårt kognitivt nedsatta i övrigt boende är mycket lägre. Andelen med svårhanterliga beteendeproblem i demensboendet ökade starkt i början av perioden men denna ökning har nu avstannat. Även i det övriga boendet verkar man ha nått en plåtå.

3.3 Hjälp i dagligt liv från anhöriga m.fl. och annan ej biståndsbedömd hjälp

I SNAC-K vårdssystemformuläret ingår vidare ett antal frågor angående annan hjälp än den som omsorgstagarna får från äldreomsorgen. Dessa frågor avser hjälpens omfattning och karaktär (service- eller omvårdnadsinsatser) samt vem/vilka som lämnar hjälpen, könet på huvudsaklig hjälpare och om denna person bor i samma hushåll. Tidigare har också sociala kontakter registrerats på motsvarande sätt. Denna registrering upphörde dock den 1 mars 2004.

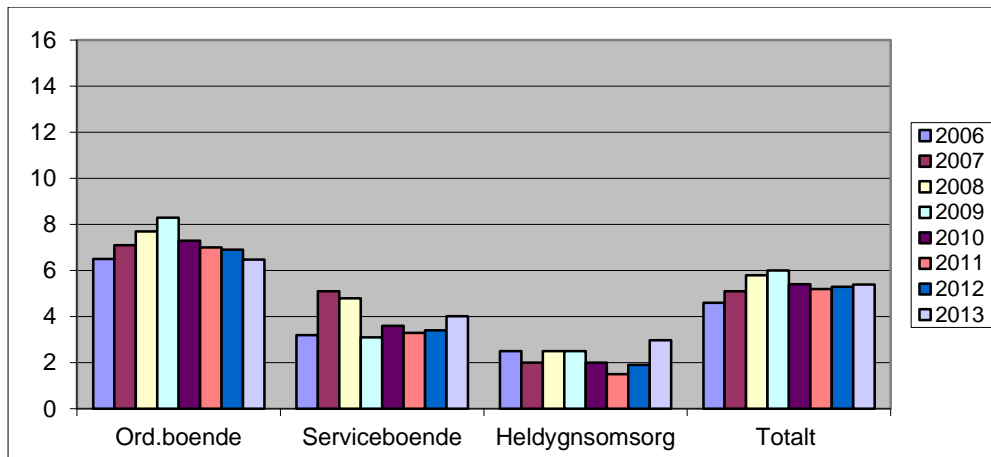
Det bör påpekas, att det finns en risk att anhöriginsatser underskattas av den äldre i samband med biståndsprövningen. Detta kan kontrolleras genom jämförelse med de uppgifter som samma personer lämnar i SNAC-befolkningsstudien. Eftersom huvuddelen av omsorgstagarna är ensamstående är det självfallet relativt få som får hjälp av make/maka¹⁴. Tidigare registrering har visat att huvuddelen av hjälpen från övriga personer kommer från barnen (motsv.) Figur 29 och 30 visar utvecklingen per boendeform under perioden 2006 - 2013 av andelen omsorgstagare, som får service- resp. omvårdnadsinsatser från make/maka. Insatserna avser flera gånger per vecka eller dagligen.

Figur 29. Andel med serviceinsatser från make/maka per boendeform, flera gånger per vecka, 2006 - 2013, %



¹⁴ Variabeln är i SNAC-protokollet definierad som "hjälp från make/maka". I själva verket kan den naturligtvis många gånger ha tolkats som "hjälp från samboende" även om det inte förelegat formellt äktenskap. Detta spelar i det här sammanhanget mindre roll.

Figur 30. Andel med omvårdnadsinsatser från make/maka per boendeform, flera gånger per vecka, %

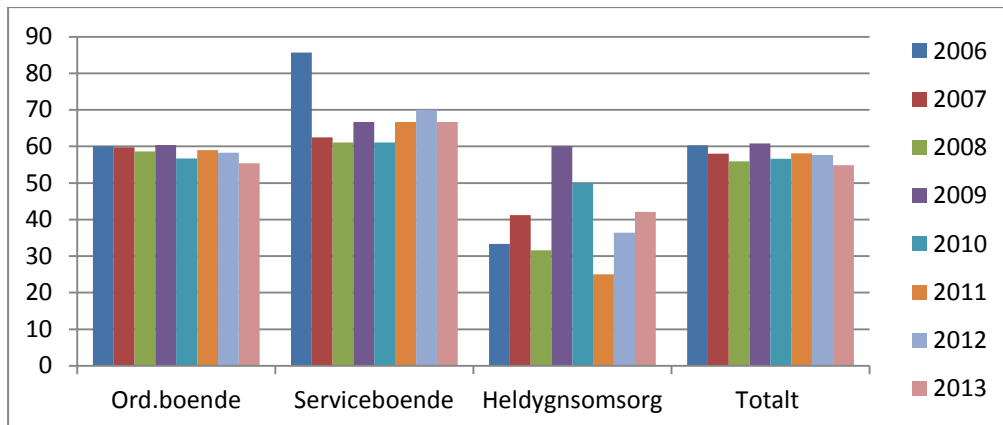


Som framgår av figurerna 29 och 30 har andelarna, som har regelbundna serviceinsatser från make/maka ökat starkt i ordinärt boende och i vård- och omsorgsboende men inte i servicehusboendet (utom det senaste året). Detta sammanhänger med att andelen samboende har ökat till följd av utvecklingen mot en jämnare könsfördelning bland de äldre på Kungsholmen.

Andelarna med serviceinsatser från make/maka skiljer också mellan boendeformerna på ett sätt som direkt avspeglar andelen samboende (jfr figur 5). Till skillnad från serviceinsatserna har andelen med omvårdnadsinsatser från make/maka minskat med tiden i det ordinära boendet. I de övriga boendeformerna är utvecklingen mer oklar, de senaste åren möjligen en ökning.

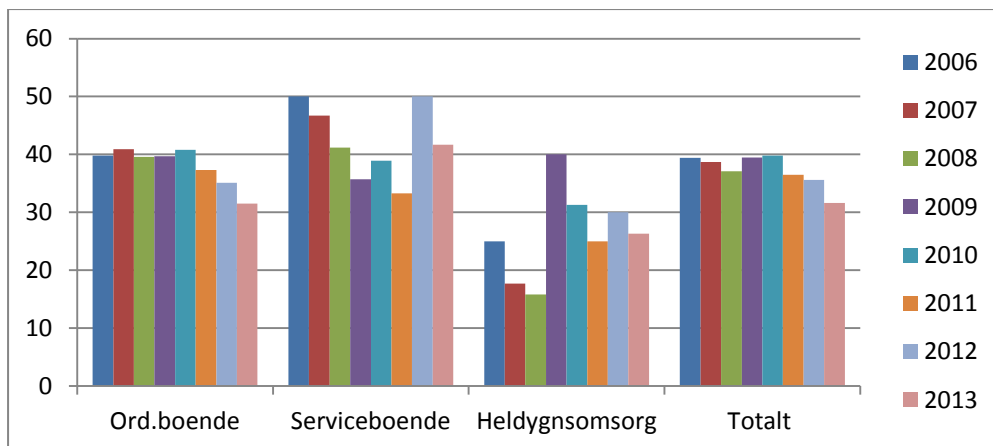
I figurerna 31 och 32 kan man se andelen med service- resp. omvårdnadsinsatser från make/maka bland samboende makar och hur dessa andelar utvecklats under perioden. Andelen med insatser ligger här mycket högre. Tendensen är en viss minskning, vilket kan sammanhånga med att maken/makan blivit skröpligare. För servicehusboendet är tendensen den omvända (bortsett från år 2006 som är tveksamt, kan bero på registreringsfel). För vård- och omsorgsboendena är antalet samboende personer så litet att det inte går att dra några slutsatser om utvecklingen.

Figur 31. Andel av de samboende med serviceinsatser från make/maka per boendeform, flera gånger per vecka, 2006 - 2013, procent



När det gäller omvårdnadsinsatserna, är situationen som man ser i figur 32 likartad, även om nivåerna genomgående är lägre och minskningen mer påtaglig totalt sett. Det är ju också färre personer som har ett behov av omvårdnadsinsatser. Anmärkningsvärd är den kraftiga minskningen och därefter starka ökningen av andelen samboende i servicehusboendet som får regelbundna omvårdnadsinsatser av sin make/maka.

Figur 32. Andel av de samboende med omvårdnadsinsatser från make/maka per boendeform 2006 - 2013, %

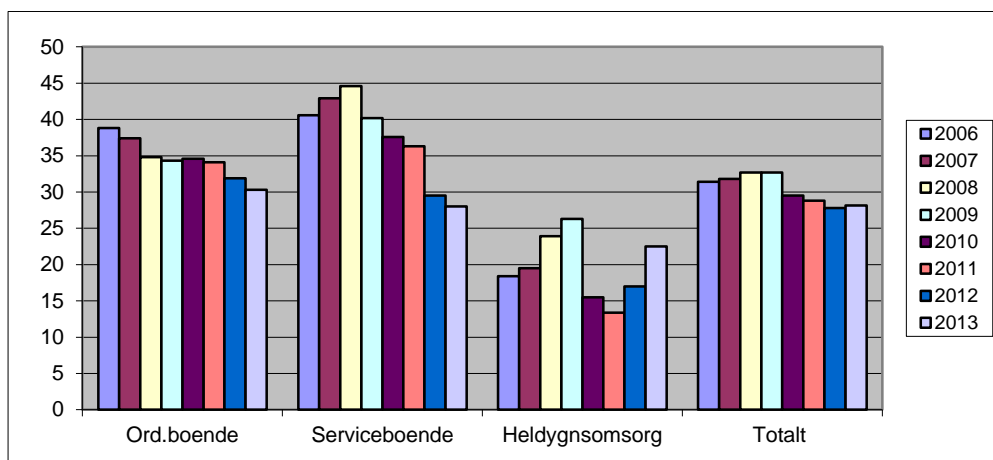


Tidigare SNAC-undersökningar har visat att den andra stora kategorin hjälpare utanför den offentliga omsorgen är barnen. Betydligt fler omsorgstagare får hjälp av sina barn (inkl. svärdöttrar/svärsöner) än av make/maka, givetvis som följd av att så få har make/maka i livet. Övriga kategorier för informell hjälp, som tidigare registrerades, var syskon, andra släktingar, grannar och goda vänner, privat betald hjälp samt frivillig verksamhet. Efter 1 mars 2004 är samtliga dessa hjälpar-

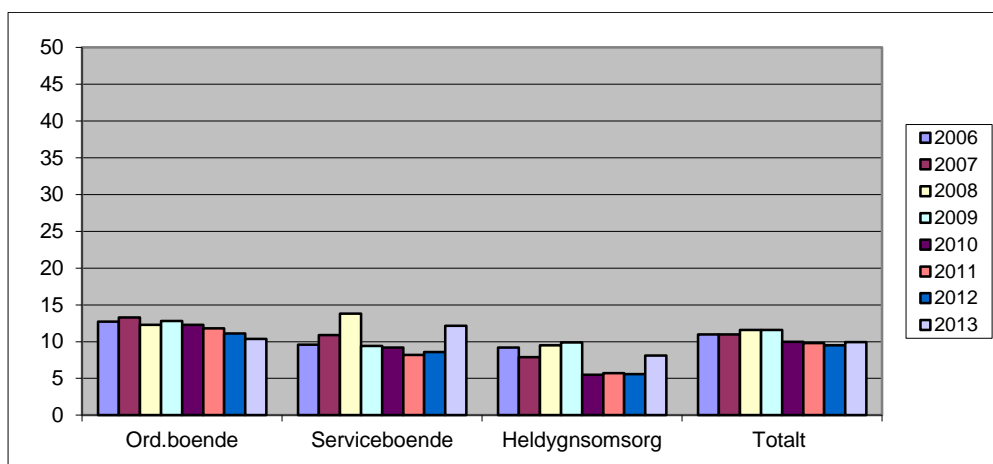
kategorier sammanslagna till "hjälp från annan person" (service eller omvårdnad). Dessa uppgifter kan inte direkt jämföras med de tidigare.

Ett sammanfattande mått på den informella hjälpen från make/maka eller annan person är andelen, som får insatser av resp. slag *från någon*. Hur denna andel förändrats under åren 2006 - 2013 framgår av figurerna 33 och 34 nedan.

Figur 33. Andel med serviceinsatser från någon 2006 - 2013, procent



Figur 34. Andel med omvårdnadsinsatser från någon 2006 - 2013, procent

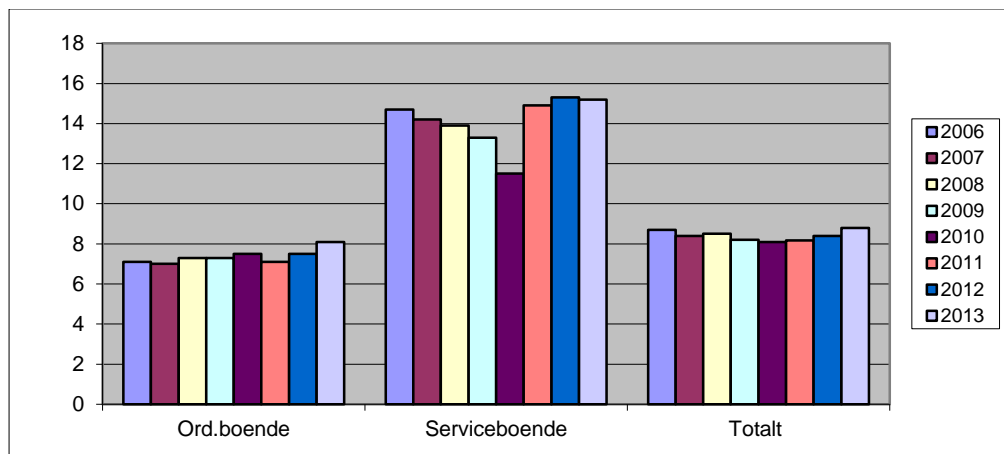


Det är en betydligt större andel som får informell hjälp från någon överhuvudtaget jämfört med hjälp från make/maka. Serviceinsatser är också här betydligt vanligare än personlig omvårdnad. Tendenserna är i båda fallen att en minskande andel av omsorgstagarna i ordinarie boende får insatser. Detsamma gäller för servicehusboendet även om tendensen för omvårdnadsinsatserna är något mer oklar. I heldygnsomsorgen svänger det kraftigt från år till år beroende på låga andelar och tendensen är oklar. Totalt verkar andelen omsorgstagare med anhöriginsatser att minska.

3.4 Beviljade insatser enl. Socialtjänstlagen

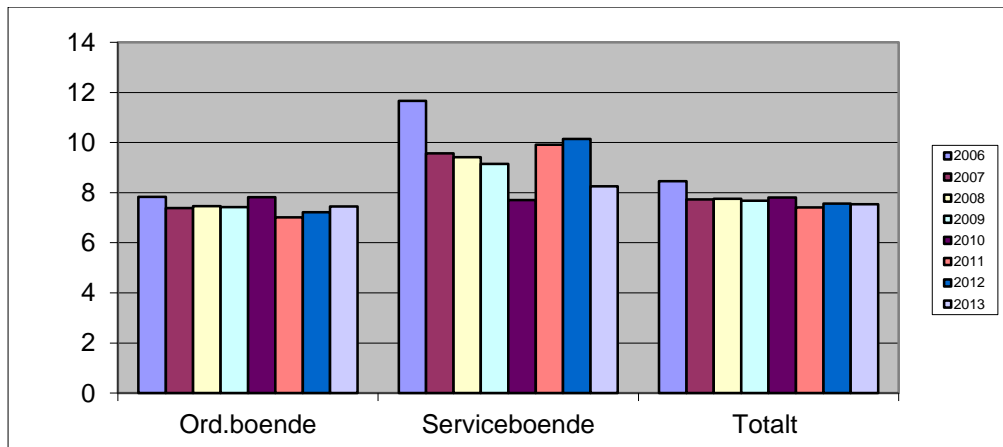
För omsorgstagarna i ordinärt boende och servicehusboende registreras i SNAC-K, vårdsystemdelen, beviljade insatser enligt Socialtjänstlagen. Nedan redovisas i figur 36 medelvärdet för antalet beviljade timmar hemtjänst per vecka i resp. boendeform för åren 2006 - 2013. I ordinärt boende har det skett mycket små förändringar över tiden under perioden. De senaste två åren kan dock noteras en viss ökning. I servicehusboendet minskade insatserna starkt i början av perioden men denna minskning har sedan utbytts mot en ökning, Förändringarna förklaras åtminstone till en del av ändringar i vårdberoendet. Motsvarande tilldelning standardiserad för vårdberoende¹⁵ visas i den följande figuren 37.

Figur 36. Medelvärdet av antalet beviljade veckotimmar hemtjänst, ordinärt boende och servicehusboende, 2006 - 2013.



¹⁵ Standardisering innebär i detta fall att man beräknar medelvärdet under antagandet att fördelningen på vårdberoende (PADL-grupper) är densamma över tiden och i båda boendeformerna. Som referens har använts fördelningen för de båda boendena sammantagna, år 2002.

Figur 37. Medelvärde av antalet beviljade veckotimmar hemtjänst, ordinärt boende och servicehusboende, standardiserad för fördelning på PADL-grupper, 2006 - 2013.



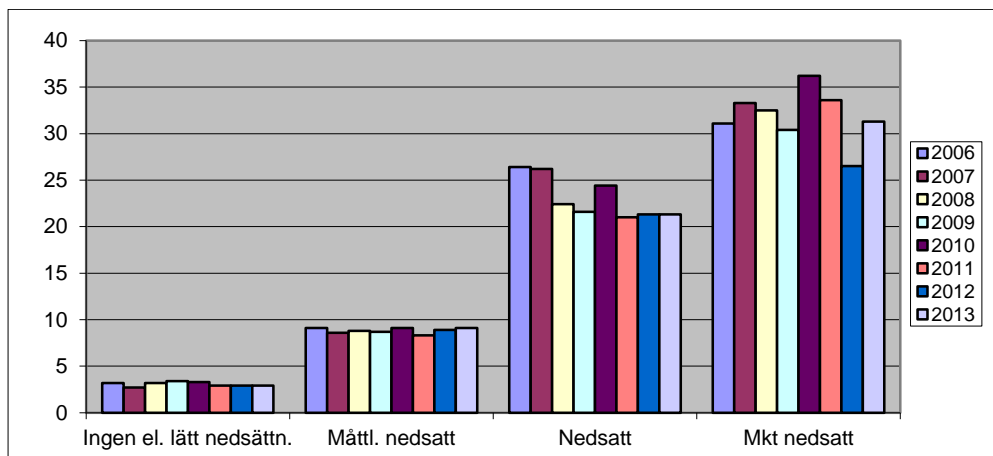
Det man här ser är en klar tendens till minskning av hemtjänstinsatserna i ordinärt boende givet vårdberoendet. För servicehusboendet är bilden mera oklar. Insatserna i förhållande till behoven verkar först ha minskat och sedan ökat, för att år 2013 åter minska. Det lägre antalet observationer påverkar här givetvis stabiliteten i siffrorna. Annars är det stabiliteten som är mest slående. Skillnaderna över tiden är obetydliga jämfört med de skillnader som uppmätts i andra sammanhang mellan svenska kommuner eller stadsdelar i Stockholm.

Tilldelningen av hemtjänstinsatser i servicehusboendet överstiger således vad som tilldelas för ordinärt boende även sedan hänsyn tagits till skillnaderna i vårdberoende. En jämförelse mellan figur 36 och figur 37 visar dock att skillnaderna utjämnas i hög grad när man konstanthåller behovet på detta sätt.

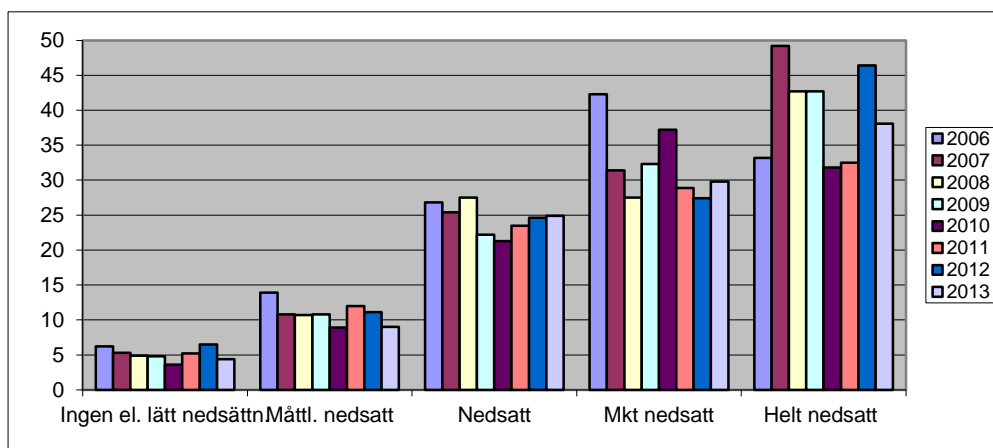
Genom att dela in omsorgstagarna i PADL-grupper är det möjligt att jämföra insatserna grupp för grupp för att därigenom tydligare kunna se förändringen i beviljade insatser i förhållande till hjälpbehovet (mätt på detta sätt). Figurerna 38 A resp. B visar genomsnitt för beviljat antal hemtjänsttimmar givet graden av omsorgstagarens funktionsnedsättning uttryckt som PADL-grupp (jfr sid.15) uppdelat på ordinärt boende (A) och servicehusboende (B). Gruppen "Helt nedsatta personer" i ordinärt boende är så få att de här utelämnats. Även gruppen "Mycket nedsatta" är liten i dessa boendeformer, vilket förklarar att siffrorna hoppar mycket mellan åren.

Figur 38. Medelvärde för beslutat antal veckotimmar hemtjänst per PADL- grupp, 2006 - 2013.

A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



Den genomsnittliga tilldelningen av hemtjänstinsatser för dem med låg grad av funktionsnedsättning är i stort sett oförändrad i det ordinära boendet, men har minskat något i servicehusboendet. De är där ändå något större än i ordinärt boende (år 2013 4,4 timmar/vecka jämfört med 2,9 timmar/vecka).

För de måttligt nedsatta ser man en klart minskande tendens i servicehusboende men inte i ordinärt boende. År 2013 ligger insatserna lika (9,0 timmar/vecka) medan de sju år tidigare låg mer än 50 procent högre i servicehusboendet för denna grupp (13,9 timmar/vecka jämfört med 9,1 timmar/vecka).

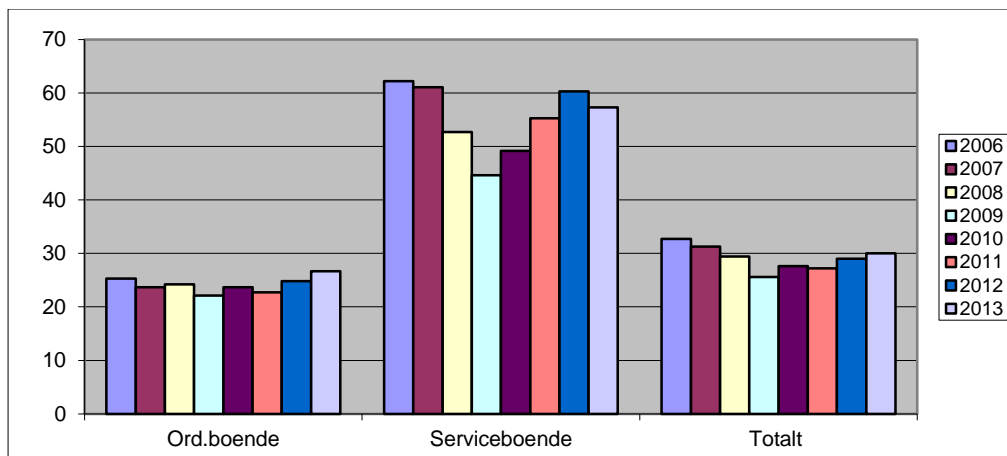
För gruppen nedsatta, som får betydligt större insatser, har en tidigare tendens till minskning förbytt i en ökning de senaste åren. Minskningen har varit starkare i ordinärt boende än i servicehusboendet. Som en följd härav är insatser-

na i denna mellangrupp år 2013 något högre i servicehusboendet än i det ordinära boendet (24,9 timmar/vecka jämfört med 21,3 timmar/vecka).

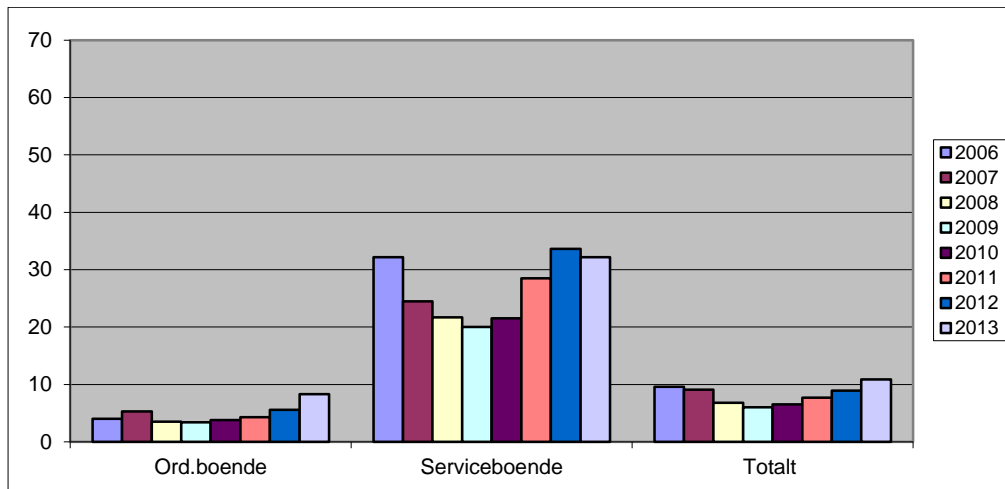
Antalet mycket eller helt nedsatta i ordinärt boende och servicehusboende är mycket lågt, varför genomsnittssiffrorna varierar en hel del. I ordinärt boende verkar tendensen i tilldelningen av timmar vara nedåtgående efter en tidigare uppgång. I servicehusboendet är det svårt att se något mönster. Insatsnivån år 2013 är ungefär densamma i de båda boendeformerna, ca 30 timmar/vecka för de mycket nedsatta, ännu högre för de helt nedsatta, som i stort sett bara finns i servicehusboendet.

Skillnaden mellan boendeformerna i tilldelning av hemtjänst förefaller i hög grad hänföra sig till i vilken utsträckning man beviljar insatser på kvällar och nätter. Figurerna 39 och 40 visar att det här råder stora skillnader. Tidigare fanns en tendens till en utjämning genom att andelen med kvälls- och nattinsatser minskade så starkt i servicehusboendet. Denna trend har nu dock brutits och andelen med hjälp kvällar och nätter har ökat starkt i servicehusboendet de senaste åren. Totalt har andelen med kvälls- respektive nattinsatser ökat på senare år efter att tidigare ha minskat.

Figur 39. Andel med hjälp kvällar, ordinärt boende och servicehusboende, procent, 2006 - 2013.



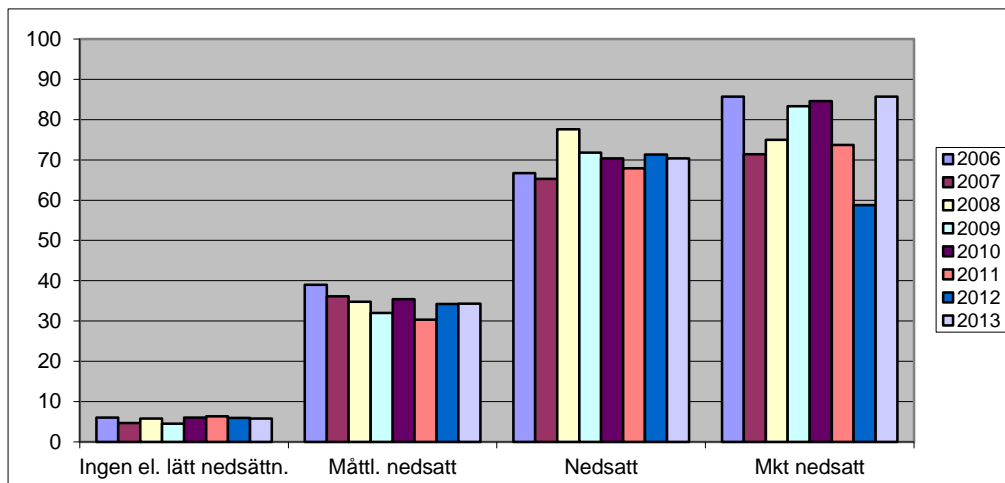
Figur 40. Andel med hjälp nätter, ordinärt boende och servicehusboende, procent, 2006 - 2013.



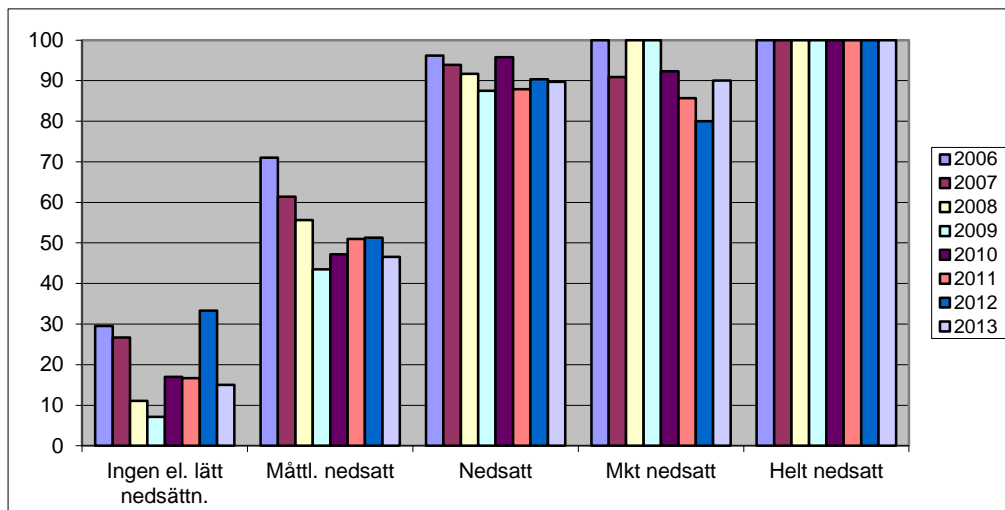
På samma sätt som ovan kan man också studera andelen med insatser kvällar och nätter per PADL-grupp (figur 41 och 42 A och B).

Figur 41. Andel med hjälp kvällar per PADL-grupp, 2002 - 2009.

A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



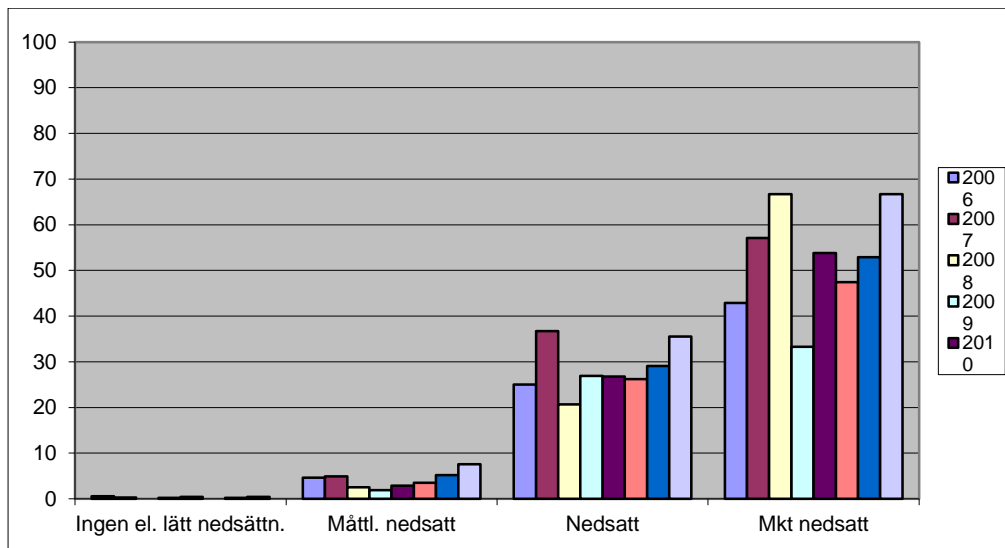
Figurerna 41 A och B visar att andelen med kvällsinsatser ökar starkt med växande funktionsnedsättning i båda boendeformerna. Skillnaden i nivå mellan boendeformerna är dock påfallande, speciellt för dem med lägre grad av funktionsnedsättning. I det ordinarie boendet ser man mycket lite förändring i andelen med kvällsinsatser per PADL-grupp. I servicehusboendet finns en nedåtgående tendens för dem med lätt eller måttlig funktionsnedsättning men i övrigt ingen förändring. Ökningen av andelen med kvällsinsatser i servicehusboendet de senaste åren verkar vara en följd av ett ökat antal boende med höggradig funktionsnedsättning, inte ökad en tilldelning per behovsgrupp räknat.

Även när det gäller hjälp nattetid är skillnaderna mellan boendeformerna mycket påfallande (se figur 42 A och B). Bland de med låg funktionsnedsättning förekommer nattliga insatser knappast alls i ordinarie boende, i servicehusboendet är det något vanligare och i mellangruppen "nedsatta" har majoriteten där insatser nattetid. Detta skiljer starkt från det ordinarie boendet, där denna andel ökat starkt sedan år 2009, men fortfarande endast mellan hälften och en tredjedel av de mycket nedsatta har sådana insatser. Andelen svänger kraftigt från år till år pga. det låga antalet personer i gruppen.

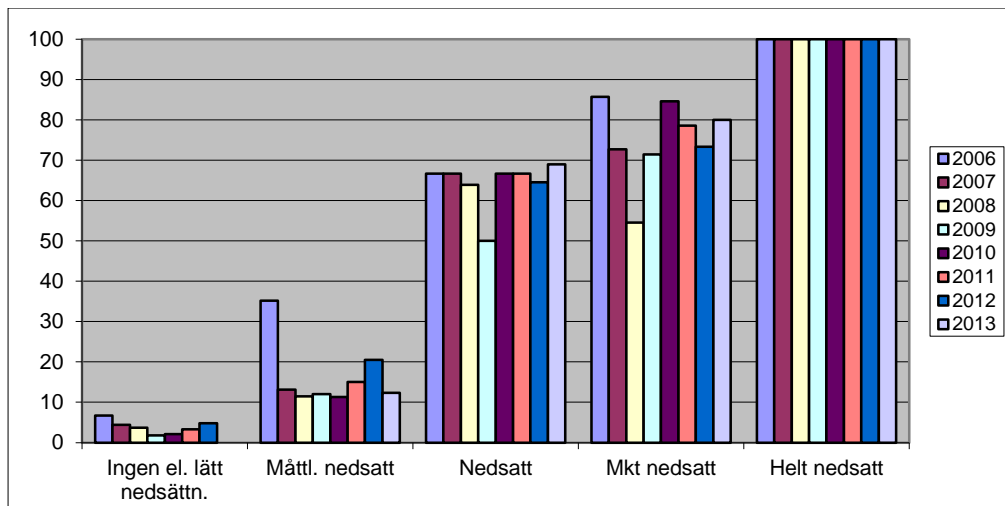
I servicehusboendet är det betydligt vanligare med insatser nattetid för de mycket nedsatta, runt tre fjärdedelar av dessa har sådana insatser. Det är dock svårt att se några tendenser i andelen med insatser per behovsgrupp i dessa grupper. Liksom i fallet med kvällsinsatserna verkar förändringen i andelen med insatser nattetid vara kopplad till en ökande andel nedsatta snarare än ökade insatser per person per behovsgrupp räknat.

Figur 42. Andel med hjälp nattetid per PADL-grupp, 2006 - 2013.

A. Ordinärt boende



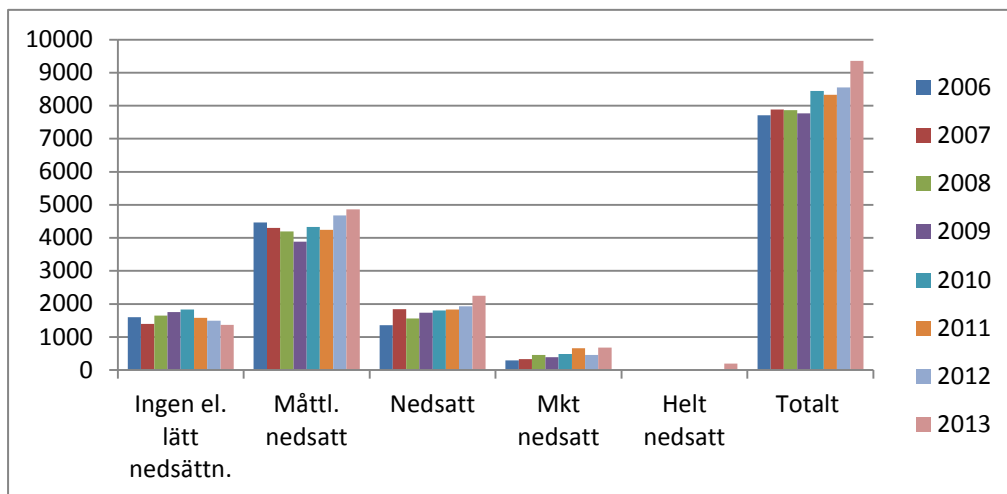
B. Servicehusboende



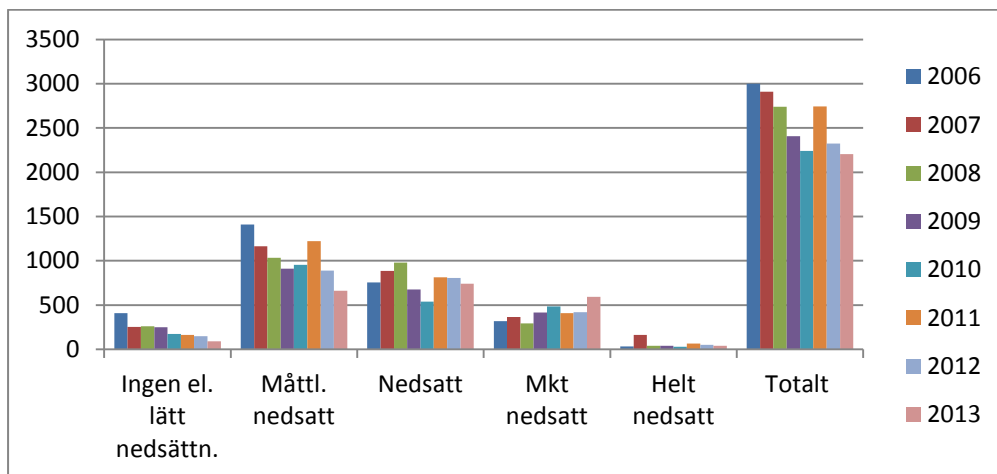
Det kan också vara av intresse att se hur hemtjänstinsatserna totalt fördelar sig på respektive grupp av omsorgstagare och om det skett någon förändring i detta avseende. Figurerna 43 A och B visar för åren 2006 - 2013 det totala antalet beviljade veckotimmar hemtjänst per boendeform och PADL-grupp proportionellt upp räknat till hela antalet omsorgstagare inklusive de för vilka det saknas registrering och funktionsbedömning. Av de följande figurerna 44 A och B framgår den procentuella fördelningen på PADL-grupper resp. år.

Figur 43. Totalt antal beviljade veckotimmar hemtjänst samt uppdelat på PADL-grupp, 2006 - 2013.

A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



De totala timinsatserna i ordinärt boende har ökat starkt under perioden, drygt 20 procent, varav hälften det sista året! Ökningen beror till knappt hälften på ökat antal omsorgstagare, till hälften på ökade insatser per person. Den senare ökningen sammanhänger med ökad grad av funktionsnedsättning. Konstanthåller man denna är det i stället fråga om en minskning av insatserna (jfr diagram 36 och 37). Ökningen av de totala insatserna gäller framförallt de mer nedsatta grupperna. För personer med ingen eller lätt nedsättning är den totala mängden insatser oförändrad.

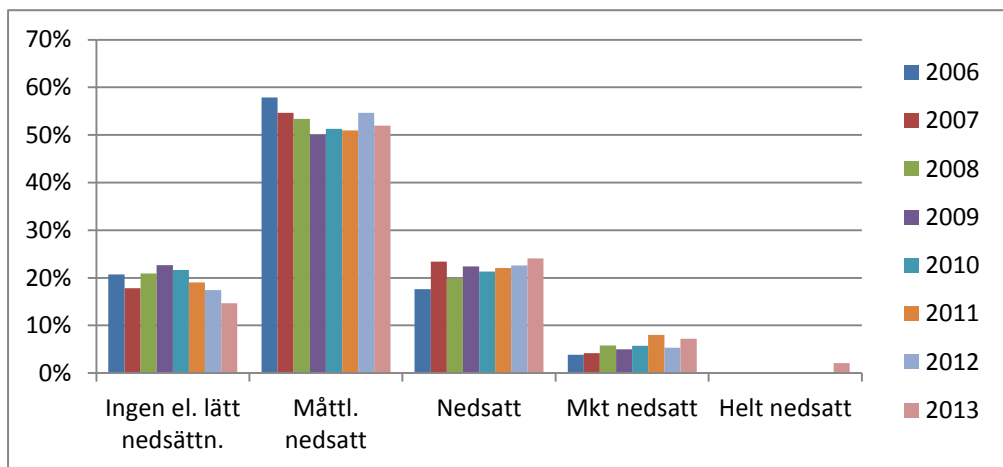
För servicehusboendet är det i stället fråga om en minskning av det totala antalet hjälptimmar med 24 procent. Här är det antalet omsorgstagare som minskat,

medan insatserna per person ökat något. Denna ökning beror dock på ökade behov hos de boende. Efter standardisering, dvs. konstanthållande av behoven, är det fråga om en ganska betydande minskning av insatserna (31%, jfr diagram 36 och 37). Minskningen gäller framförallt gruppen med ingen, lätt eller måttlig funktionsnedsättning

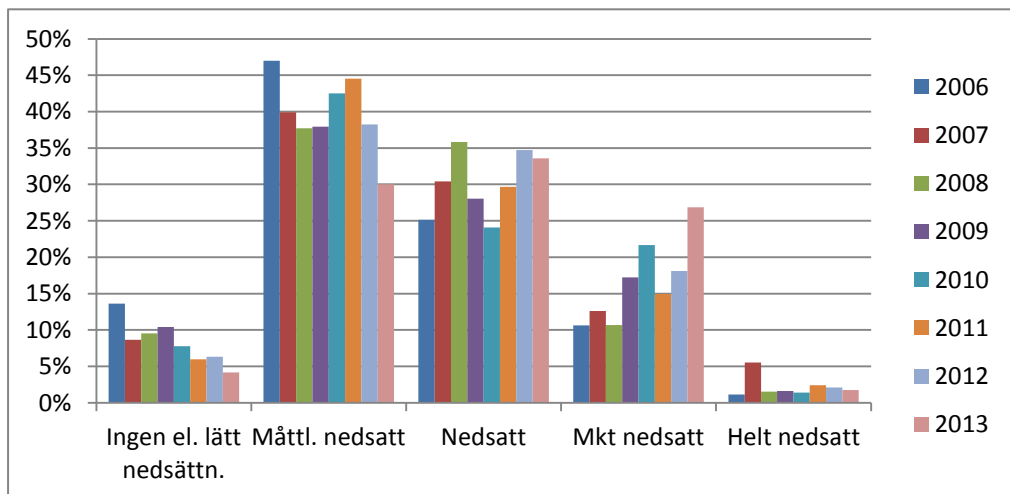
Den förändrade fördelningen mellan PADL-grupperna framgår ännu tydligare i figurerna 44 A och B nedan.

Figur 44. Procentuell fördelning av det totala antalet beviljade veckotimmar hemtjänst på PADL-grupper, 2006 - 2013.

A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



Omsorgstagarna med måttlig funktionsnedsättning tar den största delen av "kakan" i såväl ordinärt boende som i servicehusboende. De mycket funktionsnedsatt-

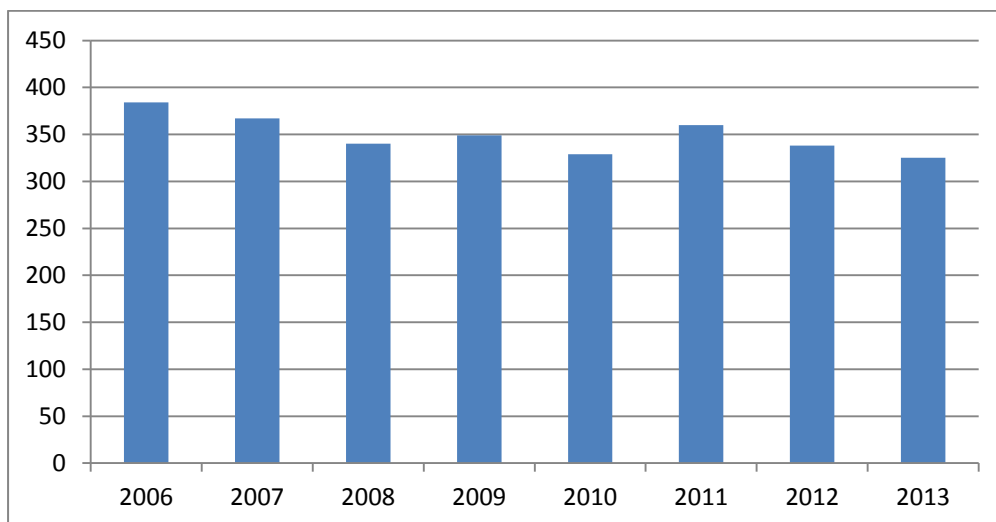
tas andel har ökat starkt i servicehusboendet på senare år. I ordinärt boende tar denna grupp inte mer än 9 procent av de totala insatserna, vilket dock är en fördubbling jämfört med år 2006. I servicehusboendet är andelen mer än den tredubbla och den har mer än fördubblats. Påfallande är att den ”lättaste” gruppen tar en betydligt mindre andel i servicehusboendet än i det ordinära boendet, men även där är andelen inte särskilt hög. Inte mer än 15 procent av de totala insatserna går till denna grupp, trots att den utgör mer än 40 procent av samtliga omsorgstagare.

3.5 Pågående insatser av hemsjukvård

Registreringen inom SNAC vårdsystemdelen omfattar också långvarig sjukvård och rehabilitering i hemmet. Huvudman för hemsjukvården är kommunen för personer som bor i särskilt boende och landstinget för dem som bor i ordinärt boende. Hemsjukvårdsinsatser registreras inte längre i SNAC-studien för dem som bor i särskilt boende¹⁶.

Nedan redovisade uppgifter avser den hemsjukvård som utförs av primärvården för personer i ordinärt boende. De flesta av patienterna (men inte alla) mottar också hemtjänst (jfr nedan). *Antalet* registrerade personer 65 år och äldre i ordinärt boende, som varit inskrivna som patienter i hemsjukvården respektive år, visas i figur 45 nedan. Som framgår har det skett en viss minskning sedan år 2006. Antalet växlar något från år till år.

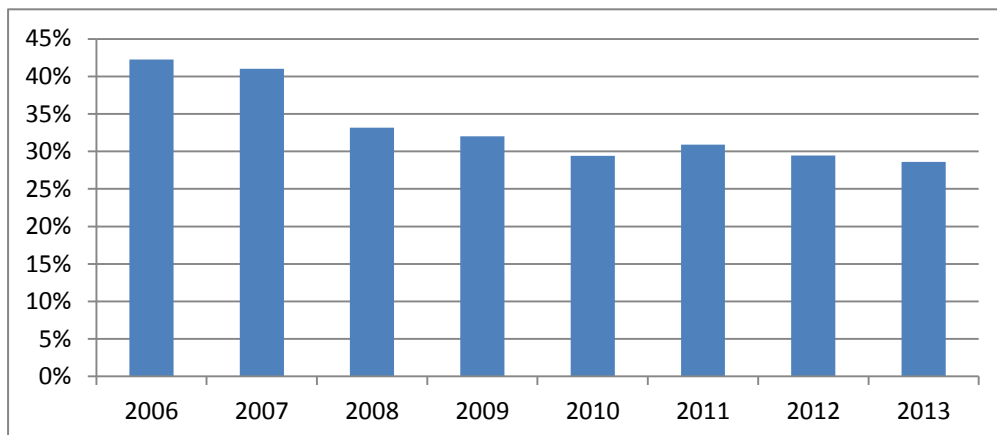
Figur 45. Antal inskrivna i hemsjukvården, ordinärt boende, 2006 - 2013.



Den motsvarande *andelen* per boendeform visas i den följande figuren 46. Mindre än en tredjedel av omsorgstagarna inom hemtjänsten är nu patienter med långvarig hemsjukvård. Andelen sjönk påtagligt i början av perioden.

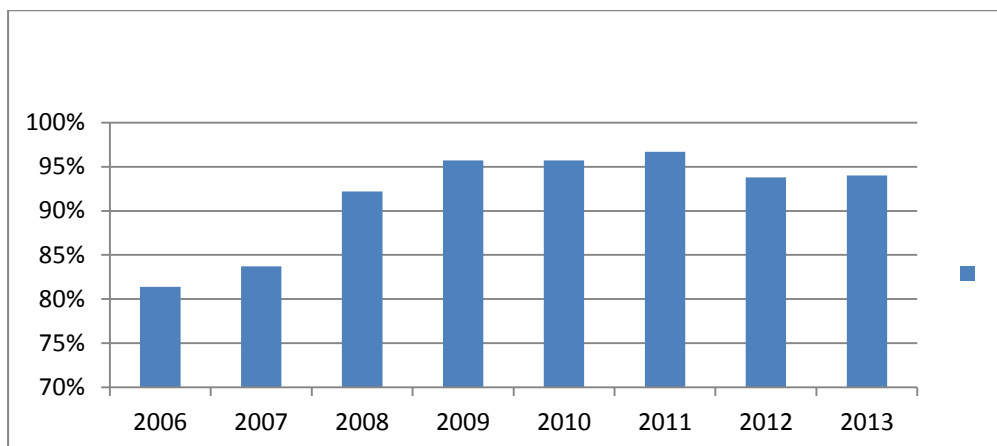
¹⁶ Uppgifterna om hemsjukvården i servicehusboendet, som redovisats i tidigare rapporter, har befunnits vara av låg kvalitet och har därför utgått.

Figur 46. Andel av omsorgstagarna som är inskrivna i hemsjukvården, 2006 - 2013.



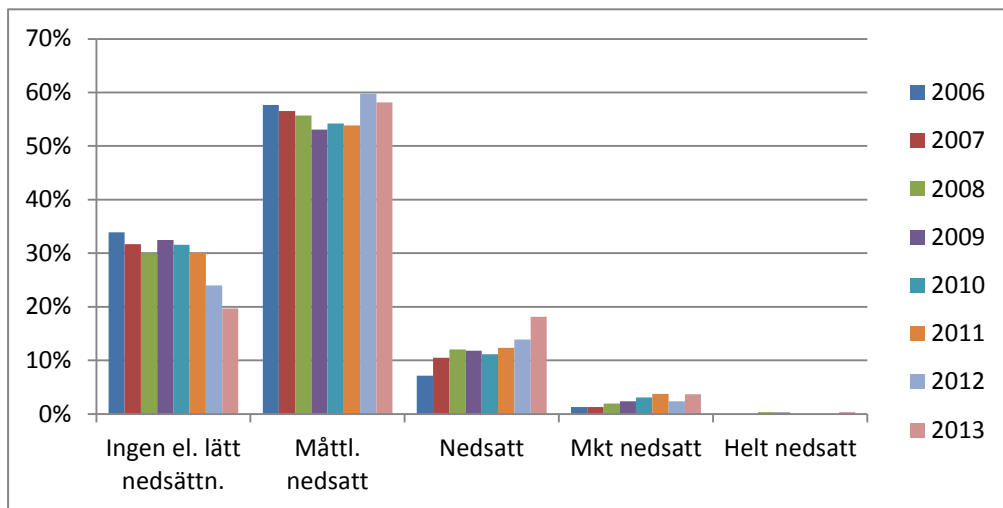
Figur 47 visar andelen av de inskrivna i hemsjukvården, som också har hemtjänst. Denna är som man kan se nu mycket hög. Sedan år 2009 har nästan alla hemsjukvårdspatienter i Kungsholmens stadsdel också hemtjänst.

Figur 47. Andel av inskrivna i hemsjukvården som också har hemtjänst, 2002 - 2009



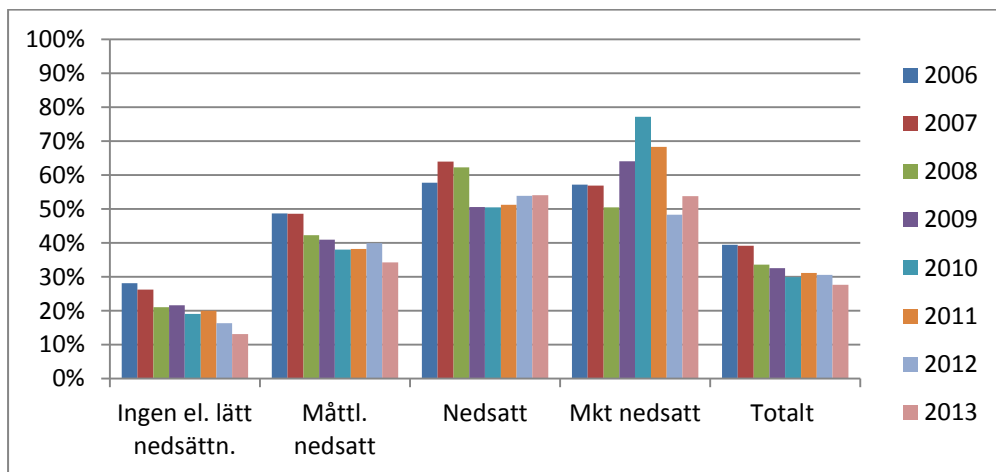
Följande figur 48 visar fördelningen av hemsjukvårdspatienterna på PADL-grupper. Huvuddelen av hemsjukvårdspatienterna (78%) tillhör de två lägsta grupperna med avseende på funktionsnedsättning. De som har hemsjukvård är dock som genomsnitt mer funktionellt nedsatta än de som inte är inskrivna i hemsjukvården. Andel nedsatta eller mycket nedsatta hemsjukvårdspatienter har ökat mycket starkt under perioden 2006 - 2013 (från 9 till 22%). Denna andel har ökat även bland samtliga vårdtagare, men inte i riktigt lika hög grad (från 6 till 11%).

Figur 48. Fördelning av inskrivna i hemsjukvården på PADL-grupper, 2006 - 2013



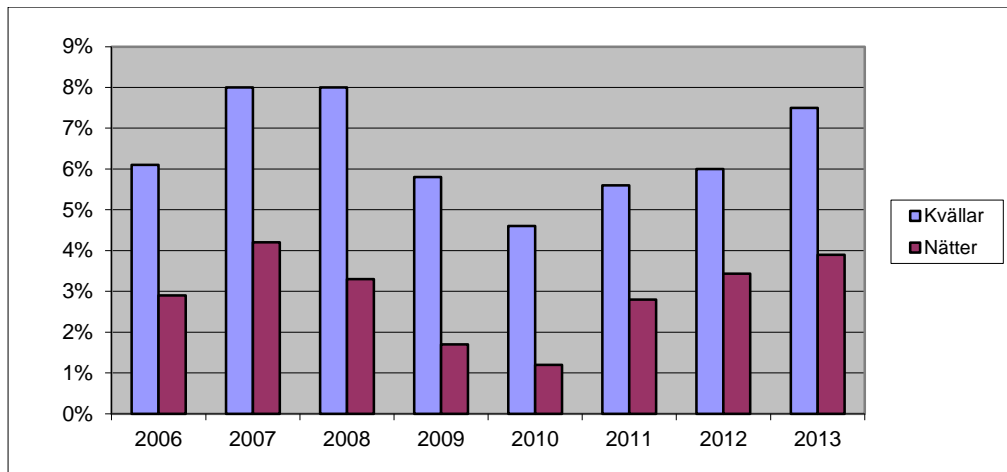
Utvecklingen av andelen av omsorgstagarna i resp. PADL-grupp, som är inskrivna i hemsjukvården, framgår av nästa figur 49. Andelen tenderar att öka vid högre grad av funktionsnedsättning (med undantag för den högsta). Det har skett en minskning av andelen med hemsjukvård i alla grupper utom den högsta sedan år 2006, speciellt markant i de två minst funktionsnedsatta grupperna.

Figur 49. Andelen av omsorgstagarna som är inskrivna i hemsjukvården per PADL-grupp, 2006 – 2013, %.



Av de inskrivna i hemsjukvården har en viss del insatser kvälls- respektive nattetid (fig. 50). Andelen med sådana insatser tenderade i början av perioden att sjunka men har de senare åren ökat. Mönstret påminner här om hemtjänsten.

Figur 50. Andel av de inskrivna i hemsjukvården med insatser kvällar resp. nätter, 2006 - 2013, procent.



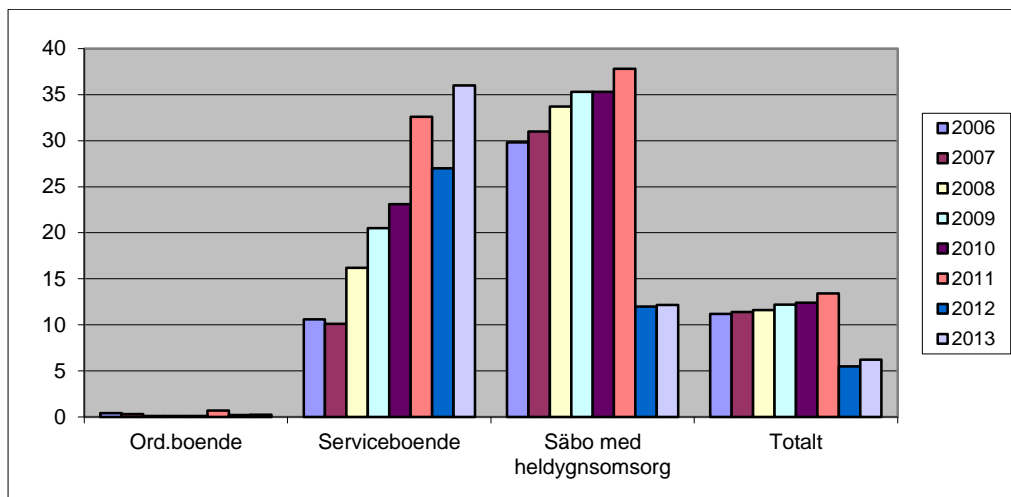
3.6 Behov av särskilda sjukvårdsinsatser

Till de i SNAC-formuläret registrerade insatserna enligt Hälso- och sjukvårdslagen kan också räknas noteringen av omsorgstagarens behov av "särskilda sjukvårdsinsatser". Dessa innefattade i det ursprungliga protokollet behov av hjälp med intag av läkemedel, APO-dos, smärtbehandling, injektionsbehandling, näringstillförsel via sond eller intravenöst samt dialysbehandling. Från den 1 mars 2002 ingår även uppgifter om provtagning, blodtransfusioner och omläggning av sår. Enligt protokollsanvisningarna avses den hjälp man faktiskt får. Det är alltså inte fråga om ej uppfyllda behov. Registreringen görs i ordinärt boende endast för personer med hemsjukvård, övriga omsorgstagare i ordinärt boende har inga sådana insatser. I särskilt boende gör registreringen av sjuksköterska i boendet.

Provtagning, smärtbehandling och hjälp med intag av läkemedel är i ordning de vanligast förekommande särskilda sjukvårdsinsatserna. Andelen omsorgstagare med dessa insatser är högst i särskilt boende med heldygnsoomsorg och genomgående högre i servicehusboende än i ordinärt boende. Totalt mellan 15 och 30 procent av omsorgstagarna får dessa insatser. Även såromläggning är relativt vanlig, ca 10 procent. Övriga typer av insatser förekommer i avsevärt mindre omfattning. Omkring tre till fyra procent får injektioner, mindre än en procent får näringstillförsel med sond och ännu färre intravenöst. Totalt en till två omsorgstagare får dialysbehandling. Detta visar att livsuppehållande insatser förekommer i mycket begränsad omfattning inom äldreomsorgen.

I figur 51 nedan visas andelen omsorgstagare per boendeform, som får APO-dos, dvs. läkemedel doserat från apoteket.

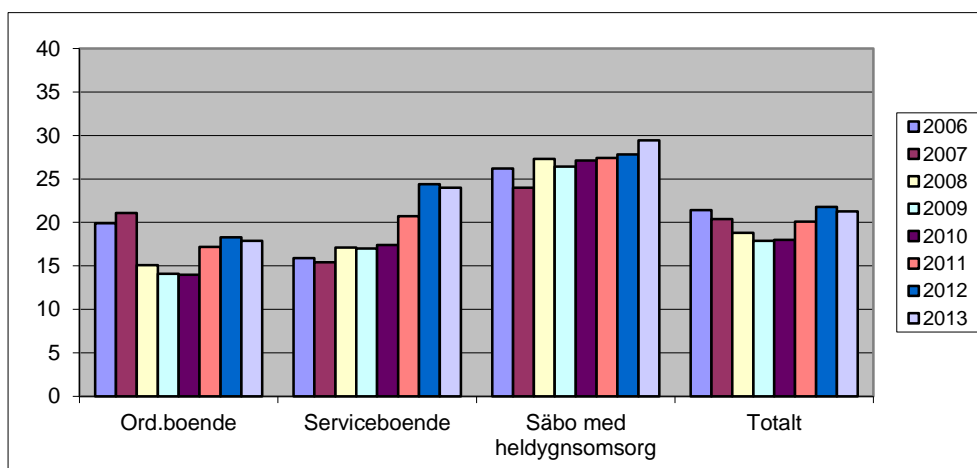
Figur 51. Andel omsorgstagare personer som får APO-dos per boendeform, 2006 - 2013, procent.



APO-dos är mycket ovanligt i ordinärt boende. Enligt uppgift skall APO-dos användas i särskilt boende så långt det är möjligt. Andelarna har också ökat påtagligt på senare år, särskilt i servicehusboendet.

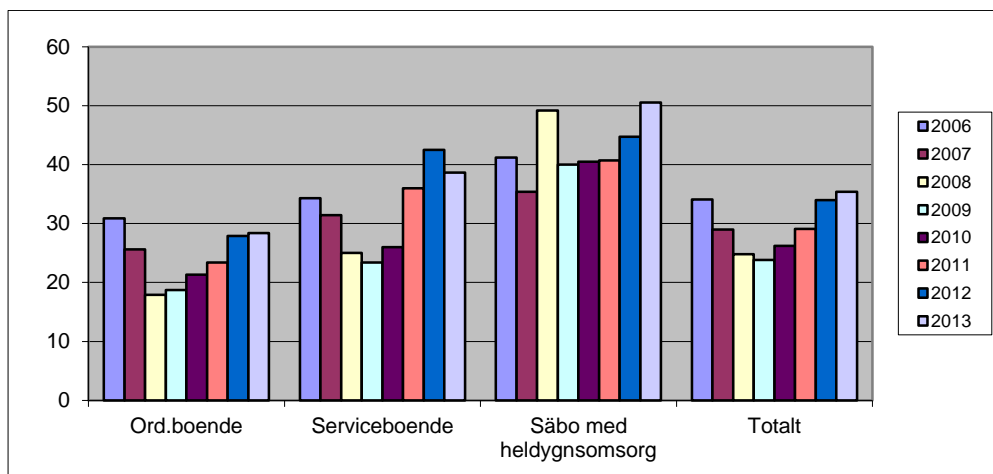
En annan särskild sjukvårdsinsats är smärtbehandling. Figur 52 visar andelen personer i respektive boendeform som får sådan behandling. I huvuddelen av fallen handlar det då om enklare smärtbehandling (plåster, mixtur, tabletter, suppositorier). Andelen som får mer avancerad smärtbehandling i form av injektioner, epiduralinjektioner eller morfinpump, är väsentligt lägre, några få procentenheter i särskilt boende och någon enstaka procent i ordinärt boende. De senaste åren har ingen sådan behandling registrerats.

Figur 52. Andel personer med smärtbehandling per boendeform, 2006 - 2013, procent.



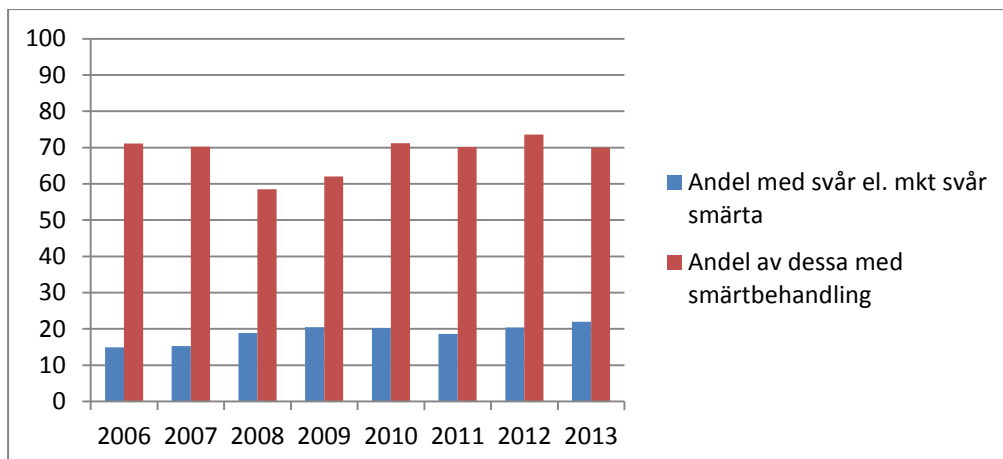
Totalt har det tidigare varit en minskande andel av omsorgstagarna som fått smärtbehandling, framförallt beroende på en minskning i det ordinära boendet. På senare år har det dock skett en ökning. Detta gäller i särskilt hög grad servicehusboendet. Samtidigt har, som visats ovan (figur 21), andelen personer med svår eller mycket svår smärta i ordinärt boende minskat i hög grad i ordinärt boende samtidigt som andelen med smärta ökat starkt i servicehusboendet. I figur 53 visas sambandet mellan förekomsten av smärta och tillgång till smärtbehandling. I såväl det ordinära boendet som i servicehusboendet minskade först och ökade sedan andelen av dem med svår eller mycket svår smärta som fick behandling för denna. I vård- och omsorgsboendet växlar andelen en del från år till år, men ligger genomgående högre.

Figur 53. Andel personer med svår eller mycket svår smärta som får smärtbehandling per boendeform, 2006 - 2013. procent.



Genom att smärtbehandling faller inom hemsjukvården är det en betydligt större andel av hemsjukvårdspatienterna, som får smärtbehandling vid svår eller mycket svår smärta (se diagram 54) än totalt för samtliga omsorgstagare.

Figur 54. Svår/mycket svår smärta och smärtbehandling för patienter i hemsjukvården, ordinärt boende, 2006 - 2013, procent.



3.7 Storlek och sammansättning av flöden mellan olika boendeformer 2006/07 respektive 2012/13

3.7.1 Antal personer i flödena mellan olika boendeformer

Genom att SNAC-undersökningen är individbaserad är det möjligt att följa de registrerade personerna och deras väg genom vård- och omsorgssystemet över tid. Bland annat kan man då också se hur många som flyttat från en boendeform respektive avlidit under en viss tidsperiod. Man kan också med hjälp av registrerade uppgifter avseende vårdberoende och andra behovspåverkande faktorer studera sammansättningen av dessa personflöden.

Tabell 4 nedan visar flödena av personer mellan boendeformerna under perioderna 1 mars 2006 - 28 februari 2007 resp. 1 mars 2012 - 28 februari 2013. ”Ej registrerade vid -årets början”¹⁷ anger *inflödet av personer*, dvs. antal personer, som vid årets början inte hade insatser i någon boendeform¹⁸, men som under året blivit registrerade, uppdelat på boendeform vid årets slut.

Tabellen visar också *utflödet av personer*, dvs. antalet personer, som var registrerade vid årets början men inte vid dess slut, uppdelat på avlidna och avslutade. Slutligen visas för dem, som var registrerade vid både årets början årets slut, fördelningen på boendeform vid början och slutet av året. Antalet personer, för vilka boendeformen varit oförändrad, är här markerat med kursiv/fet stil. Summan av

¹⁷ ”Året” avser i detta sammanhang ”SNAC-året”, dvs. från 1 mars till 28 februari följande år.

¹⁸ Här ingår också några personer som haft insatser, men som av någon anledning tidigare inte registrerats. Antalet sådana är dock litet.

antalet registrerade vid årets början anges med blått, summan vid årets slut med rött.

Tabell 4. Flöden av personer mellan olika boendeformer 2006-2007 resp. 2012-2013, antal pers.

A. Perioden 2006 - 2007

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Ej registrerade vid årets början:				244	19	44	307
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende	106	50	156	648	25	79	752
Servicehusbo.	33	3	36	1	162	9	172
Vård/oms.bo	143	5	148	2	2	381	385
Summa reg. vid årets början	282	58	340	651	189	469	1649/1616

B. Perioden 2012 - 2013

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Ej registrerade vid årets början:				258	18	34	310
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende	117	60	177	877	6	90	973
Servicehusbo.	20	4	24	1	121	6	128
Vård/oms.bo	123	3	126	1	0	305	306
Summa reg. vid årets början	260	67	327	879	127	401	1734/1717

Som framgår av tabellerna skiljer flödena mellan boendeformerna inte särskilt mycket mellan början och slutet av den studerade perioden. Inflödet av personer är i stort sett oförändrat, drygt 300 personer per år, medan utflödet har minskat något genom minskad dödlighet trots ett något ökat antal avslut av annan orsak. Både det första året i perioden och det sista minskade antalet omsorgstagare. Totalt för perioden är det dock fråga om en ökning.

Totalt avled det första året 17,7 procent av omsorgstagarna mot 15,0 procent det sista året. Minskningen gällde ordinärt- och servicehusboende, men inte särskilt

boende med heldygnsomsorg. Dödligheten var lägst bland omsorgstagarna i ordinärt boende (11,7 respektive 10,2%) och högst i heldygnsomsorgen (26,8 resp. 28,5%). I servicehusboendet sjönk dödligheten från 15,9 till 13,2 procent. Orsaken till den minskande dödligheten är oklar. Det är viktigt att notera att den här noterade dödligheten avser andelen personer registrerade i boendet den 1 mars ett år som avlidit inom ett år senare. Man missar då de personer som flyttar in och dör under året.

Antal nyregistrerade personer per år i vård- och omsorgsboendet var i stort sett oförändrat, 132 respektive 130 personer. Värt att notera är att i början av perioden en tredjedel av de inflyttade till detta boende inte tidigare varit registrerade som omsorgstagare. Denna andel hade det senaste året sjunkit till omkring en fjärdedel.

Det första året i perioden flyttade 44 personer till servicehus, men detta antal sjönk det sista året till något mer än hälften, 24 personer. I början av perioden var nästan 60 procent av dessa personer tidigare omsorgstagare, men denna andel hade det sista året sjunkit till en dryg fjärdedel. Inte mer än cirka 4% av personerna i servicehusboende flyttade under det första året till heldygnsomsorg och denna låga andel var oförändrad det sista året i perioden. Precis som tidigare år har mycket få personer flyttat till "lägre" boendeform, från servicehus- till ordinärt boende eller från boende med omsorgsboende med heldygnsomsorg till ordinärt boende eller servicehus. Det kan i de få fall som noterats handla om registreringsfel eller korrigerings av ett tidigare sådant.

3.7.2 Sammansättningen av personflödena med avseende på vårdberoende enligt SNAC-index

Tabellerna 5 A och B visar medelvärdet för SNAC-index för resp. flöden av omsorgstagare från en boendeform till en annan för de två åren. Redovisade värden avser här mätning vid "SNAC"-årets början, dvs. den 1 mars 2006 respektive 2012. Antal personer i respektive flöde framgår av tabellerna 4 A och B ovan. Medelvärden som avser färre än 5 personer har utelämnats. Det bör noteras att "Enligt uppgift vid årets början" innebär mätning vid den tidpunkt då den senaste registreringen gjordes, vilken kan ligga en viss tid tillbaka. Angivna SNAC-indexvärden kommer därför som genomsnitt vara något för låga, eftersom vårdtagarnas funktionsförmåga försämras över tiden. För detta är det dock möjligt att korrigera. Skattningar visar att den genomsnittliga funktionsförsämringen (i SNAC-index mätt) under ett år uppgår till ca en enhet.

En jämförelse mellan tabellerna 5 A och B visar stor stabilitet i flyttmönstren men det finns en del skillnader som kan vara värda att kommentera. Båda åren var de som avlidit under året mer vårdberoende vid årets början än de överlevande, men den genomsnittliga funktionsnedsättningen hos dem som kommer att avlida har ökat påtagligt, speciellt i servicehusboendet. En liknande utveckling kan ses för dem som efter ett år bodde kvar i samma boendeform. Detta gäller i särskilt hög

grad servicehusboendet, där genomsnittligt SNAC-index för de kvarboende ökade med 46 procent.

De som flyttade från ordinärt- till vård- och omsorgsboende var som genomsnitt mer vårdberoende vid början av året än de som bodde kvar, och även här har det skett en ökning. Åren 2012/13 gällde detta inte dem som från ordinärt boende flyttade till servicehusboende, men antalet av dessa (6 personer) var så litet att det saknar betydelse.

Av intresse kan vara att notera att de som flyttade från servicehus till vård- och omsorgsboende båda åren var betydligt mer vårdberoende initialt än de som flyttade dit från ordinärt boende. Detta indikerar större möjligheter att bo kvar i servicehusboende vid funktionsnedsättning, vilket ju också bekräftats genom andra analyser.

Tabell 5. Medelvärde för SNAC-index för flöden av omsorgstagare enligt uppgift vid registreringsåret början, 2006 resp. 2012.

A. Perioden 2006 - 2007

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende	3,02	2,86	2,97	2,34	2,48	3,27	2,44
Servicehusbo.	5,30	-	5,00	-	3,67	7,00	3,83
Vård/oms.bo	14,22	-	14,32	-	-	11,56	11,51
Summa reg. vid årets början	9,36	4,17	8,49	2,36	3,55	10,18	5,98/5,29

B. Perioden 2012 - 2013

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende	4,30	2,55	3,69	2,71	1,33	4,40	2,86
Servicehusbo	8,60	-	8,63	-	5,37	7,00	5,49
Vård/oms.bo	16,02	-	16,00	-	-	13,04	13,02
Summa reg. vid årets början	10,29	3,30	8,85	2,72	5,17	11,04	5,98/5,31

Motsvarande uppmätta värden vid den andra undersökningen resp. år visas i de följande tabellerna 6 A och B. Även här är samstämmigheten stor mellan åren, men det finns vissa skillnader. Nya omsorgstagare i ordinärt boende var år 2013 som genomsnitt något mer nedsatta än motsvarande personer år 2007 (SNAC-index 2,49 resp. 2,94). För helt nya omsorgstagare i servicehusboende gällde motsatsen. De var som genomsnitt mer nedsatta år 2007 än år 2013 (SNAC-index 4,53 jämfört med 3,81). För de nya i servicehusboende, som tidigare haft insatser i ordinärt boende, gäller dock det omvända; SNAC-index 4,76 år 2007 respektive 5,17 år 2013. Det är dock fråga om låga antal, vilket gör att de uppmätta skillnaderna kan bero på slumpen. Tröskeln för att flytta till vård- och omsorgsboende utan att ha haft tidigare insatser verkar ha höjts något; från genomsnittligt

SNAC-index 9,12 till 10,00. Även här handlar det dock om relativt få personer, 44 personer år 2006/07 respektive 34 år 2012/13.

En jämförelse mellan mätning vid årets början och dess slut för de personer som var registrerade vid båda tillfällena visar påtagliga försämringar. En tidigare observation som nu också bekräftas, är att personer som flyttar till vård- och omsorgsboende från ordinärt boende med hemtjänst, försämras kraftigt under flyttningsåret, från 3,27 (tabell 5A) till 10,55 året 2006/07 (tabell 6A) och från 4,40 till 9,45 året 2012/13 (tabell 5B resp. 6 B). Orsakssambandet går dock inte att utläsa ur dessa siffror. Flyttade man på grund av försämring eller var denna ett resultat av flyttningen? Problemet har behandlats i SNAC-K rapport nr. 11 och är nu föremål för fortsatta analyser.

Tabell 6. Medelvärde för SNAC-index för flöden av omsorgstagare enligt uppgift vid registrerings-årets slut, 2007 resp. 2013.

A. Perioden 2006 - 2007

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Ej registrerade vid årets början:				2,49	4,53	9,12	3,64
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende				2,76	4,76	10,55	3,74
Servicehusbo.				-	5,13	10,33	5,40
Vård/oms.bo				-	-	13,25	13,19
Summa reg. vid årets början				2,77	5,12	12,74	6,68/6,15

B. Perioden 2012 - 2013

FRÅN	TILL						
	Ej registrerade vid årets slut			Registrerade vid årets slut			
	Avlidna	Avslut	Summa	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- & omsorgsboende	Summa
Ej registrerade vid årets början:				2,94	3,81	10,00	3,77
Registrerade vid årets början:							
Ord. boende				3,26	5,17	9,45	3,85
Servicehusbo.				-	6,78	10,33	6,98
Vård/oms.bo				-	-	14,36	14,34
Summa reg. vid årets början				3,27	6,70	13,20	6,41/5,94

3.7.3 Individuell förändring i vårdberoende mellan åren 2006 och 2007 resp. 2012 och 2013

Man kan jämföra förändringen i vårdberoende enligt SNAC-index mellan dem som bytt boendeform och dem som stannat kvar. Tabell 7A visar genomsnittligt SNAC-indexvärde för de personer, som hade en funktionsbedömning per den 1 mars 2006¹⁹ avseende år 2006 och därefter fått en ny mätning senast den 1 mars 2007 avseende år 2007. I tabell 7B visas motsvarande vid mätning per den 1 mars 2012¹³ avseende år 2012 och därefter en ny mätning senast den 1 mars 2013 avse-

¹⁹ Själva mätningen kan dock ha gjorts tidigare, jfr bil.2

ende år 2013. För dem i särskilt boende utfördes mätningarna vid en tvärsnittsundersökning. För dem i ordinärt boende gjordes mätningen i samband med ett biståndsbeslut. Antalet bedömda personer i respektive cell framgår av tabellen.

Tabell 7. Genomsnittligt SNAC-index år 2006/07 och 2012/13 beroende på boendeform.

A. Perioden 2006 - 2007

Boendeform 2006	Boendeform 2007											
	Ordinärt			Servicehus			Vård/omsorgsboende			Totalt		
	N	2006	2007	N	2006	2007	N	2006	2007	N	2006	2007
Ordinärt	551	2,34	2,75	25	2,48	4,76	71	3,27	10,80	647	2,45	3,71
Servicehus				143	3,67	5,35	9	7,00	10,33	152	3,87	5,64
Vård- och omsorgsboende							375	11,56	13,26	375	11,56	13,26
Totalt	551	2,36	2,76	168	3,55	5,30	455	10,18	12,82	1174	5,54	7,01

B. Perioden 2012 - 2013

Boendeform 2012	Boendeform 2013											
	Ordinärt			Servicehus			Vård/omsorgsboende			Totalt		
	N	2012	2013	N	2012	2013	N	2012	2013	N	2012	2013
Ordinärt	844	2,71	3,24	6	1,33	5,17	86	4,40	9,33	936	2,86	3,81
Servicehus				117	5,37	6,83	6	7,00	10,33	123	5,45	7,00
Vård- och omsorgsboende							303	13,04	14,36	303	13,04	14,36
Totalt	844	2,71	3,24	123	5,17	6,75	395	11,04	13,20	1362	5,35	6,45

Den uppmätta, genomsnittliga försämringen uttryckt i SNAC-index från år 2006 till år 2007 resp. från år 2012 till år 2013 uppgick till 26 respektive 21 procent. Detta överensstämmer i stort sett med tidigare år, där indexökningen genomgående varit 25-30 procent.

Genomsnittet dras som tidigare upp av dem, som från ordinärt boende och servicehus flyttade till särskilt boende med heldygnsomsorg, men som framgår av tabell 7 var det också en kraftig ökning för dem som inte ändrade boendeform. För de i ordinärt boende uppgick denna ökning det första året till 18 procent, det sista 20 procent. För servicehusboendet var motsvarande ökning 46 respektive 27 procent och för vård- och omsorgsboendet 15 respektive 10 procent.

Den lägre ökningen i vård- och omsorgsboendet kan bero på takeffekter. De olika index som tillsammans ger SNAC-index har samtliga maximi-värden som inte kan överskridas. I absoluta tal var ökningarna som genomsnitt för de båda åren 0,47, 1,57 resp. 1,51 enheter per år, totalt 0,92.

4. DISKUSSION

Metodik

Datainsamlingen i SNAC vårdsystemdelen syftar till att ge underlag för en generell uppföljning av verksamheten inom äldreomsorg och hemsjukvård. Insamlade data gör det möjligt att uppmärksamma olika förhållanden som ger anledning till frågor. För att besvara de frågor detta ger upphov till krävs dock i allmänhet mer data än vad man kan få genom den ordinarie datainsamlingen. Idén är alltså att denna skall fungera som en uppsättning signallampor som stöd för ledningen av verksamheten. Väsentliga problem som man härigenom uppmärksammar måste sedan bli föremål för fördjupad datainsamling, utredning och analys.

Registreringen i SNAC-K vårdsystemdelen har nu (januari 2014) pågått i tretton år. Under denna tid har rutiner utvecklats, som gjort att täckningen successivt har blivit bättre och att fullständigheten och kvaliteten i de registrerade uppgifterna har höjts. Bortfallet av individer är numera så litet att det saknar all praktisk betydelse. Den förbättrade täckningen innebär också att aktualiteten av uppgifterna i det kumulativa registret har höjts, eftersom äldre uppgifter numera inte, som tidigare, kan ligga kvar på grund av en miss i registreringen av ett nytt insatsbeslut. En bidragande anledning till förbättringen är att registreringsformuläret har förenklats jämfört med det som ursprungligen användes. Övergången till löpande registrering direkt i datorn fr.o.m. den 1 september 2004 ledde också till ytterligare kvalitetsförbättringar samtidigt som arbetsinsatsen per registrering minskat. De årliga tvärsnittsundersökningarna i särskilt boende går nu allt snabbare att genomföra även om det fortfarande kan dra ut på tiden på vissa enheter. Även här är täckningsgraden numera nästan 100-procentig.

Det som ibland fortfarande brister är registrering av dödsfall och avslutande av insatser. SNAC-registret kompletteras därför kontinuerligt genom samkörning med dödsfallsregistret och stadens socialtjänstregister (jfr bil.2).

Omsorgstagarna

En jämförelse mellan åren 2006 - 2013 visar att antalet äldre personer på Kungsholmen nu ökar i rask takt. Detta gäller dock enbart åldersgruppen 65-74 år. I övriga åldersgrupper är det fråga om en minskning. Antalet äldre kvinnor (75+) har minskat med 20 procent på sju år. Även de äldre männen minskar i antal, men avsevärt långsammare (4% på sju år). Könsfördelningen i gruppen 75+ (som utgör huvuddelen av omsorgstagarna) har därigenom förändrats från 29 procent män år 2006 till 33 procent år 2013. Andelen män bland omsorgstagarna har därigenom också ökat från 22 till 27 procent. När fler män överlever minskar (allt annat lika) andelen ensamboende bland de äldsta. Detta har lett till att andelen ensamboende minskat också bland omsorgstagarna i ordinärt boende. Servicehusboendet visar en mer växlande utveckling. I vård- och omsorgsboendet är andelen samboende mycket låg även om man kan se en viss ökning de senaste åren. Medelåldern bland omsorgstagarna är oförändrat mycket hög (85 år).

Andelen av de 65 år och äldre, som är beviljade äldreomsorg, har sjunkit sedan början av perioden från drygt 20 procent till knappt 18 procent. Detta är dock en följd av det starkt ökade antalet yngre äldre personer (65-74 år). Per åldersgrupp och kön räknat har andelen omsorgstagare ökat i samtliga åldersgrupper och för båda könen. Minskningen är alltså en effekt av förändrad åldersstruktur bland de äldre.

Andelen av omsorgstagarna, som är beroende för samtliga instrumentella ADL-aktiviteter (IADL), visade i början av perioden en tendens att minska, men ligger sedan år 2009 stabilt. För ordinärt boende kan dock noteras en viss ökning. Även andelen med minst ett personligt ADL-beroende (PADL), vilket vanligen är beroende av hjälp med bad och dusch, minskade något i periodens början men har ökar nu ganska starkt i ordinärt boende och servicehusboende. I vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg är nästan alla beroende av hjälp för minst en personlig ADL-aktivitet.

De allra mest nedsatta vårdtagarna, som är beroende av hjälp för samtliga PADL-aktiviteter, utgör en svagt växande andel totalt sett, från 17 till 18 procent under perioden 2006 - 2013. I ordinärt boende har andelen fördubblats sedan periodens början, låt vara från en mycket låg nivå (1%) och i servicehusboendet mer än tredubblats, från 4 till 14 procent, sedan år 2006.

Andelen omsorgstagare med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning är totalt i stort sett oförändrad under perioden (20-22%). Andelen har ökat starkt i servicehusboendet, från sju till 15 procent, och sedan år 2010 också i det ordinära boendet, där nivån dock är betydligt lägre. Den snabba ökningen i servicehusboendet indikerar en policyförändring. Fortfarande ligger dock heldygnsomsorgen betydligt högre när det gäller andelen svårt kognitivt nedsatta och andelen där tenderar att öka.

En uppdelning av vård- och omsorgsboendet på boende med särskild inriktning för personer med demenssjukdom och övriga särskilda boenden visar en ökning i båda formerna under perioden men den tidigare snabba ökningstrenden i de övriga boendena verkar ha brutits. Boenden med demensinriktning ligger nu betydligt högre i andel svårt kognitivt nedsatta, 82 respektive 39 procent. Orsaken till den tidigare starka ökningen i de övriga boendena har analyserats i en SNAC-K rapport (SNAC-K rapport nr. 19) och befunnits vara eftersläpning i demensdiagnosticeringen. Detta verkar nu ha rättats till.

Andelen omsorgstagare med svåra eller mycket svåra rörelsehinder visar totalt en svagt stigande tendens. Ökningen är stark i servicehusboendet där mer än hälften av de boende (55%) år 2013 var svårt eller mycket svårt rörelsehindrade jämfört med 40 procent år 2006. Även i ordinärt boende har andelen svårt rörelsehindrade ökat starkt, medan andelen med heldygnsomsorgen ligger stabil kring 70 procent.

Såväl urin- som avföringsinkontinens minskar i omfattning totalt bland omsorgstagarna. Den tidigare starka minskningen av andelen med avföringsinkontinens i heldygnsomsorgen har förbytts i en markant ökning som dock har brutits det

senaste året. Nivån är därmed uppe igen på samma nivå som vid periodens början, 55-60 procent. Svår avföringsinkontinens noteras nu för ca 40 procent. Nivån ligger högre i demensboende än i de övriga boendena men utvecklingen har varit likartad, först en minskning och sedan en ökning tillbaka till ursprungsnivån. De stora förändringarna av avföringsinkontinensen i början av perioden var resultatet av medvetna ansträngningar att hjälpa de boende med dessa problem. Dessa ansträngningar verkar nu ha avstannat.

SNAC-index är ett sammanfattande mått på funktionsnedsättning innefattande PADL-beroende, kognitiv nedsättning, rörelsehinder och inkontinens. Totalt för alla omsorgstagare är läget ganska stabilt. En svag minskning kan notera från 6,17 till 5,83 (5%). Per boendeform kan man dock notera öknings, i särskilt hög grad för servicehusboendet, men också i ordinärt boende. Orsaken till den kraftiga ökningen i servicehusboendet är oklar. Det kan röra sig om en policyförändring när det gäller in- eller utflyttning, men kan också bero på minskad dödlighet (jfr diskussion angående flöden mellan boendeformer nedan).

SNAC-mätningen omfattar också en del variabler, som beskriver funktionsnedsättning och besvär såsom syn, hörsel, trycksår, svårläkta sår, smärta och yrsel. Förekomsten av synnedsättning bland omsorgstagarna har minskat totalt på senare år och särskilt inom ordinärt- och servicehusboende. Skillnaderna mellan boendeformerna i detta avseende är måttliga. Utvecklingen av hörselnedsättning visar ett parallellt mönster men med något större skillnader mellan boendeformerna.

Förekomsten av trycksår är en viktig indikator på vårdkvalitet. Generellt ser man här en ökning, även om siffrorna varierar en del från år till år. Det hör samman med att det rör sig om få personer och att det därmed är stort utrymme för slumpvariationer. För det ordinära boendet är läget relativt stabilt. Det rör sig här inte om mer än någon procent, dvs. ett tiotal personer. I servicehusboendet visar andelen en ökande tendens med en mycket kraftig ökning det senaste året. Högst ligger andelen med trycksår i heldygnsomsorgen och även där ökar den. Det är dock genomgående fråga om små tal (enstaka procent).

Svårläkta sår är betydligt vanligare än trycksår. Andelen ökar här i samtliga boendeformer och i särskilt hög grad i heldygnsomsorgen där andelen fördubblats sedan år 2006. Påfallande är att den klara minskningen i ordinärt boende nu förbytts i en ökning tillbaka till ursprungsnivån. Totalt är det fråga om en klar ökning av förekomsten av svårläkta sår bland omsorgstagarna sedan år 2009.

Förekomsten av svår smärta uppvisar en positiv utveckling i det ordinära boendet sedan år 2008, medan utvecklingen i servicehusboendet verkar gå i motsatt riktning under samma tid. Även i heldygnsomsorgen rapporteras svår smärta hos en starkt växande andel av de boende. Totalt har andelen omsorgstagare med rapporterad svår smärta ökat från 17 till 20 procent under perioden. Servicehusboendet ligger år 2013 högst med 30 procent svår smärta, en fördubbling jämfört med år 2006. Det är svårt att säga om ökningen av andelen omsorgstagare med smärta är verklig, vilket förstås är negativt, eller beror på ökad uppmärksamhet på

smärtproblemen, vilket skulle vara positivt. För den senare tolkningen talar att en ökande andel av de smärtdrabbade omsorgstagarna får smärtbehandling (jfr nedan).

Variabler med psykisk anknytning i SNAC-studien är förutom kognitiv nedsättning, oro, nedstämdhet och beteendeproblem. Mellan alla dessa variabler finns ett ganska starkt samband. Kognitiv nedsättning för med sig ökad benägenhet för oro och nedstämdhet eller depression och ökad risk för utveckling av beteendeproblem²⁰.

En tidigare positiv utveckling när det gäller andelen omsorgstagare med svår eller mycket svår oro bröts kring år 2005, och andelarna har sedan dess ökat starkt i samtliga boendeformer. I servicehusboendet är det fråga om nästan en fördubbling sedan år 2007 och även i de övriga boendeformerna handlar det om betydande ökning. Totalt andelen omsorgstagare som bedöms ha svår eller mycket svår oro ökat från 14 till 18 procent under perioden. Detta skulle kunna bero på resultatet av läkemedelsgenombångar som minskat användningen av lugnande medel.

Även andelarna med nedstämdhet har ökat, men inte lika hög grad. Här är situationen i ordinärt boende helt stabil. I servicehusboendet har andelen nedstämda ökat först de senaste åren medan i heldygnsomsorgen är det fråga om en stadig stark ökning som dock brutits det senaste året. Oro och nedstämdhet verkar vara betydligt vanligare i det särskilda boendet än i det ordinära. Detta är troligen en fråga om selektionseffekt, eftersom mycket otrygga eller deprimerade personer har svårt att bo kvar i ett ordinärt boende. En intressant fråga är givetvis om oron och nedstämdheten fanns före flyttningen eller kommit senare. Detta kan studeras genom att man följer individerna över tiden med hjälp av SNAC-data.

Även andelen personer med svårhanterliga beteendeproblem ligger betydligt högre i heldygnsomsorgen än i de båda övriga boendeformerna, vilket förklaras av en betydligt högre andel boende med demenssjukdom. I ordinärt boende är andelen omsorgstagare med dessa problem mycket lågt. I servicehusboendet är det betydligt vanligare och andelen växer starkt i takt med den ökande andelen med kognitiv nedsättning. Det är också en stor skillnad mellan det ordinära boendet och vård- och omsorgsboendet när det gäller förekomsten av dessa problem hos personer med ingen eller lätt kognitiv nedsättning. Psykisk sjukdom kan här vara en bakomliggande faktor som nödvändiggjort flyttning till ett boende med vård- och omsorgsboende.

Den informella omsorgen

Uppgifterna om hjälp från anhöriga och andra utanför den biståndsprövade äldreomsorgen har tidigare varit svåra att få fram. Bortfallet har nu reducerats till 5-10 procent vilket måste anses helt acceptabelt. Registreringen av de informella in-

²⁰ Den term som används i SNAC-K-formuläret är ”svårhanterligt beteende”, definierat som beteenden hos personen som är svåra att tolka och förstå och som upplevs som svåra att hantera i den dagliga omvårdnaden.

satserna är emellertid förenad med en del problem, eftersom det inte är säkert att biståndshandläggaren alltid får en korrekt bild av dessa i samband med biståndsbedömningen. Tendenserna över tiden bör dock inte påverkas av detta. Stabiliteten i siffrorna för det ordinära boendet, där antalet observationer är störst, talar för att uppgifterna i huvudsak är jämförbara över tiden även om nivån kan ligga fel.

De mönster som tidigare kunnat iakttas står sig fortfarande. Ganska få får hjälp av make/maka/sambo/partner av det enkla skälet att ganska få har denna person kvar i livet. Betydligt flera får hjälp av någon annan, enligt tidigare undersökningar vanligen barn (eller motsvarande). Informella serviceinsatser (hjälp med städning, tvätt, inköp etc.) är betydligt vanligare än personliga omvårdnadsinsatser i samtliga boendeformer.

Andelen med serviceinsatser från make/maka (eller motsvarande) har ökat starkt under perioden i ordinärt boende men inte i servicehusboendet. Där har utvecklingen gått åt motsatt håll. Ökningen i ordinärt boende sammanhänger med en växande andel samboende till följd av en jämnare könsfördelning bland de äldre på Kungsholmen. Andelen samboende, som får serviceinsatser av partnern, ligger ganska stabilt i ordinärt boende, 55-60 procent. I servicehusboendet är andelen högre och ökande. Omvårdnadsinsatser från samboende partner har sjunkit i det ordinära boendet. I servicehusboendet och i vård- och omsorgsboendet med heldygnsomsorg är utvecklingen oklar. Antalet samboende personer är där så lågt att det inte är meningsfullt att dra slutsatser.

Andelen med serviceinsatser från någon utöver make/maka dvs. från barn, andra närstående, vänner, grannar etc. minskar i både ordinärt- och servicehusboende, vilket kanske är överraskande mot bakgrund av den allmänna meningen om denna utveckling. I heldygnsomsorgen är andelarna med informella hjälpinsatser betydligt lägre och utvecklingen oklar. Informella omvårdnadsinsatser gäller i allmänhet insatser från make/maka. Sådana insatser från andra är ovanliga (4%) och tendensen är minskande. Någon registrering av RUT-insatser sker inte i SNAC-K, vårdsystemdelen.

Biståndsbedömd omsorg

Tilldelningen av offentlig omsorg följer i stort sett tidigare observerade mönster. Genomsnittstilldelningen av hemtjänsttimmar i ordinärt boende har ökat något under perioden 2006-2013. Efter standardisering för funktionsnedsättning (PADL-grupp) är det i stället fråga om en minskning, dvs. tilldelningen av veckotimmar givet behovet i termer av funktionsnedsättning har minskat något. Grupperna med ingen eller lätt nedsättning resp. måttlig nedsättning (PADL-grupp 1 och 2) har dock fått oförändrade insatser. Minskningen gäller mellangruppen ”nedsatta”.

I servicehusboendet har den genomsnittliga tilldelningen ökat något sedan år 2009 men utvecklingen har inte varit rätlinjig. Efter standardisering för graden av funktionsnedsättning handlar det i stället om en minskning. Tilldelningen av timmar per person är här varit mycket större än i det ordinära boendet, 87 procent.

Efter standardisering med avseende på vårdberoende försvinner dock huvuddelen av skillnaden. Det återstår då endast 10 procent, dvs. 8,25 respektive 7,45 timmar per vecka.

De som bor i ordinärt boende har i mycket mindre utsträckning hjälp kvällar och nätter än de i servicehusboende. Andelen med insatser kvällar är oförändrad i det ordinära boendet, ca 25 procent. Insatser nattetid är betydligt ovanligare men andelen har ökat under perioden. Både kvälls- och nattinsatser minskade i servicehusboendet de första åren i perioden, men denna minskning har nu återtagits. Standardiserat för vårdberoende är det dock fråga om en avsevärd minskning av insatserna både kvälls- och nattetid.

Det totala antalet tilldelade hemtjänsttimmar har ökat i ordinärt boende och minskat i servicehusboende. I ordinärt boende är det framförallt i de mer nedsatta grupperna (PADL-grupperna 2 och 4) som ökningen skett. Insatserna till den minst nedsatta gruppen är oförändrade.

I ordinärt boende går huvuddelen av insatserna oförändrat till gruppen måttligt nedsatta. Andelen av insatserna som går till de minst nedsatta har minskat och andelen till gruppen nedsatta har ökat. Grupperna mycket respektive helt nedsatta är mycket små och får härigenom en liten del av de totala insatserna.

Även i servicehusboendet är det gruppen måttligt nedsatta som får den största delen av insatserna men här går en betydligt större del till de mer funktionsnedsatta grupperna. De med ingen eller lätt funktionsnedsättning tar nu en mycket liten del av de totala insatserna i servicehusboendet.

Hemsjukvården

Graden av överlappning mellan hemtjänst och hemsjukvård är mycket stor. Knappt en tredjedel av omsorgstagarna (29%) i ordinärt boende är också patienter inom hemsjukvården. Andelen med hemsjukvård minskade något i början av perioden men har därefter varit oförändrad. Omvänt har en mycket stor del (mer än 90%) av de äldre patienterna med långvarig hemsjukvård också social hemtjänst. Majoriteten av hemsjukvårdspatienterna har ingen, lätt eller måttlig funktionsnedsättning, men andelen inskrivna är något högre bland de mer funktionsnedsatta vårdtagarna. En ganska liten andel av patienterna har insatser kvällstid (7%) och nattetid (4%). Dessa andelar minskade i början av perioden, men har sedan ökat igen till en högre nivå än år 2006.

Särskilda sjukvårdsinsatser

Undersökningsformuläret innehåller också uppgifter om behovet av särskilda sjukvårdsinsatser (hjälp med läkemedelsintag, APO-dos, smärtbehandling mm). Denna registrering görs i ordinärt boende endast för personer med hemsjukvård. Övriga omsorgstagare i ordinärt boende har inga sådana insatser. I särskilt boende görs registreringen av sjuksköterska i boendet. När det gäller behov av hjälp med läkemedelsintag skiljer mönstren i hög grad mellan ordinärt och särskilt boende. För personer i ordinärt boende är APO-dos mycket ovanligt, medan det i

servicehusboende och heldygnsomsorg är vanligt förekommande. I det senare fallet minskade andelen med APO-dos starkt år 2012. Orsaken till detta är okänd.

Andelen personer med smärtbehandling har ökat i ordinärt boende de senaste åren efter att tidigare ha minskat. Även i servicehusboendet och heldygnsomsorgen kan en ökning noteras. Andelen med smärtbehandling ligger nu högre i servicehusboendet än i det ordinära boendet i motsats till förhållandet i början av perioden. Högst ligger andelen med smärtbehandling i heldygnsomsorgen. Andelen behandlade av dem med svår eller mycket svår smärta har också ökat på senare år och mönstret ser likartat ut. Totalt har denna andel ökat från drygt 20 procent år 2006 till 35 procent år 2013. Värt att notera är att bland hemsjukvårdspatienterna är andelen av dem med smärta som får smärtbehandling mycket högre, kring 70 procent.

Flödesanalyser

Slutligen skall göras några kommentarer kring analysen av flödena av personer mellan boendeformerna. Ovan redovisades flödena av personer från den 1 mars 2006 till den 28 februari 2007 samt från den 1 mars 2012 till den 28 februari 2013. Det bör framhållas att flödena avser förändrade förhållanden, boendeform och funktionsnedsättning, från ett år till ett annat. De som beviljats omsorg under året och sedan avlidit eller upphört med insatser under samma "SNAC-år" (1 mars - 28 februari) finns inte med i registreringen.

Flödesanalysen visar att knappt en femtedel av omsorgstagarna (15%) avlidit det senaste året i perioden vilket är något mindre än det första året (18%). För 4% har insatserna avslutats av någon annan anledning. Omkring en femtedel av omsorgstagarna vid årets början kvarstår inte vid årets slut. Andelen är nästan dubbelt så hög i heldygnsomsorgen (29%) som i det ordinära boendet och servicehusboendet (15%). För ordinärt boende och servicehusboende har andelarna som upphört vara omsorgstagare sjunkit något under perioden, från 17 till 15 procent, men ökat i heldygnsomsorgen från 28 till 29 procent.

Av dem som flyttade till boende med heldygnsomsorg 2006/07 hade 67 procent tidigare haft hemtjänst i ordinärt boende eller servicehusboende. Under året 2012/13 var andelen med tidigare insatser något högre, 74 procent. Av dem som flyttade in i servicehusboende 2006/07 hade majoriteten (54%) tidigare haft insatser, men det sista året 2012/13 hade denna andel sjunkit till en fjärdedel.

Sammansättningen av flödena 2006/2007 respektive 2012/2013 med avseende på funktionsnedsättning överensstämmer i stora drag men vissa avvikelser kan konstateras. Genomgående ligger värdena högre för det senare året. Sålunda är i samtliga boendeformer genomsnittligt SNAC-index för de avlidna högre det senare året än det förra. De som under året flyttat från ordinärt boende till boende med heldygnsomsorg var år 2012 betydligt mer nedsatta än motsvarande personer år 2006. Liksom tidigare kan noteras en mycket stark försämring under året för dem som flyttade från ordinärt boende eller servicehusboende till heldygnsomsorg.

Den genomsnittliga individuella försämringen (mätt uttryckt i SNAC-index) för dem som bedömts både vid årets början och dess slut uppgick för det första året i perioden till 1,47 enheter och det sista året till 1,10 enheter. För dem som var kvar i sin boendeform var dock ökningen mindre; det sista året som genomsnitt 0,53 för ordinärt boende, 1,46 i servicehusboende och 1,32 för heldygnsomsorg. Ökningstalen det första året var ungefär desamma. Det förefaller alltså som att omsorgstagarna som genomsnitt försämras snabbare i boende med heldygnsomsorg och servicehusboende än i ordinärt boende. Detta behöver dock inte ha med boendeformen i sig att göra utan kan vara ett resultat av att de boende i dessa boendeformer är närmare en slutfas av livet där funktionsnedsättningen accelererar.

Den drastiska försämringen för dem som flyttat till särskilt boende med heldygnsomsorg har tidigare analyserats närmare i SNAC-K rapport nr.11 "Analyser av flöden mellan boendeformer i äldreomsorgen". Dessa analyser har sedan fortsatt bland annat genom samkörningar med sjukvårdsregistren för att närmare studera vad som kan ha föranlett det ökade vårdberoendet. Analyserna visade att de som flyttade hade en högre konsumtion av akut sjukvård under flyttningsåret än de som bodde kvar. Detta antyder att insjuknande och trauma kan vara en utlösande faktor bakom flyttningen, vilket naturligtvis också i hög grad bidragit till den ökade funktionsnedsättningen (SNAC-K rapport nr. 14 "Sjukvårdskonsumtion bland äldre personer på Kungsholmen/Essingen"). Analyser görs nu av registreringar i samband med flyttningsbeslut och efter inflyttning för att utröna hur stor del av vårdberoendeökningen under året som sker före respektive efter flyttningen.

Flödena mellan boendeformer och förändringen av funktionsnedsättningen över tiden är nyckelfaktorer som avgör hur resurserna utnyttjas och hur behovet av äldreomsorg utvecklas och tillgodoses. Fortsatta analyser av flöden och behovsutveckling kommer att göras med utnyttjande av de olika datakällor som växer fram i SNAC-projektet.

Avslutningsvis finns anledning att något beröra frågan om generaliserbarheten i de observationer som här gjorts. I vilken utsträckning är de giltiga för andra stadsdelar i Stockholm eller andra kommuner i Stockholmsområdet eller i landet? Stadsdelen Kungsholmen har tidigare i många avseenden varit extrem när det gäller den äldre befolkningen. Andelen äldre är fortfarande hög men den sjunker nu i en mycket snabb takt.

Genom den undersökning (Stockholm-SNAC-undersökningen), som genomfördes hösten 2008 med en förenklad SNAC-metodik i alla stadsdelar i Stockholm, blev det möjligt att jämföra Kungsholmen med övriga stadsdelar i Stockholm. Jämförelsen visade att omsorgstagarna på Kungsholmen som genomsnitt var något mindre funktionsnedsatta än genomsnittet för staden i övrigt. Tilldelningen av hemtjänst givet funktionsnedsättningen var genomsnittlig, men de boende i vård- och omsorgsboende var som genomsnitt något mindre nedsatta. Undersökningar av detta slag är givetvis mycket värdefulla som indikator på hur äldreomsorgen utvecklas och om resurserna är fördelade på ett sätt som motsvarar behoven mellan individer och mellan stadsdelar.

5. SLUTSATSER

Den följande redovisningen av slutsatser avseende utvecklingen av äldreomsorgen i stadsdelen Kungsholmen är i främsta rummet riktad till äldreomsorgsansvariga och intresserade medborgare på Kungsholmen och Essingeöarna. En del slutsatser kan vara generellt giltiga, men en del är klart specifika för denna stadsdel.

Registreringen inom SNAC-K-studien avkastar förtlöpande en mångfald resultat och väcker dessutom en hel del frågor rörande verksamheten. Syftet med registreringen är att ge ett underlag för uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen i stadsdelen/kommunen. Denna uppföljning och utvärdering kan sedan ligga till grund för åtgärder i syfte att rätta till problem eller ändra inriktning. Genom uppföljningen är det sedan i sin tur möjligt att se vilken effekt dessa åtgärder haft för att vid behov kunna korrigera dem. Frågan är då vilka slutsatser man kan dra för Kungsholmens del av den hittillsvarande uppföljningen. Vilka åtgärder förefaller befogade att vidta?

Som påpekades redan i inledningen av diskussionsavsnittet ger ett generellt utformat uppföljningssystem ofta resultat som kräver ytterligare fördjupning innan de kan läggas till grund för handling. I andra fall finns ingen anledning till att försöka korrigera, det räcker att notera de förhållanden man observerat. Sammanställningen av slutsatser har för den skull delats upp i två avsnitt:

- Förhållanden som kan behöva undersökas närmare
- Förhållanden som synes värda att notera, men som inte ger anledning till åtgärder

I förekommande fall kommenteras också om det skett någon förändring sedan föregående år av förhållanden som då påpekades.

Det bör betonas att sammanställningen endast avser förhållanden som kan identifieras genom SNAC-studiens system för uppföljning. Givetvis kan det finnas många andra saker av betydelse, som påkallar åtgärder inom den kommunala äldreomsorgen och landstingets hemsjukvård, som exempel frågor rörande vårdkvalitet, bemötande, kompetens etc., men som inte täcks av SNAC-studiens datainsamling.

Förhållanden som inte längre synes behöva åtgärdas

I tidigare SNAC-K-rapporter avseende utvecklingen av vårdbehov och insatser för de äldre på Kungsholmen framhölls de stora skillnaderna mellan ordinärt och servicehusboende när det gällde tilldelningen av hemtjänststimmar. Dessa skillnader har nu i hög grad utjämnats och efter att hänsyn tagits till olikheten i förekomsten av funktionsnedsättning har skillnaderna i stort sett försvunnit. Skillnaderna kvarstår dock när det gäller insatser kvälls- och natttid.

I den föregående rapporten påtalades som ett problem den pågående gradvisa utjämnningen mellan demensinriktade och övriga boenden med heldygnsoomsorg

när det gäller förekomsten av kognitiv nedsättning hos de boende. Denna utveckling har nu brutits och utvecklingen synes ha vänt åt motsatt håll.

Andelen personer med svår eller mycket svår smärta ökar starkt i servicehusboende och heldygnsomsorg. Samtidigt ökar dock andelen personer som får med smärtbehandling och andelen av dem med smärta som får sådan behandling.

Förhållanden som kan behöva undersökas närmare

- Den tidigare mycket positiva utvecklingen av andelen personer med avföringsinkontinens har nu brutits och andelen ökar både i servicehusboendet och i heldygnsomsorgen. Detta kan vara resultatet av att uppmärksamheten på denna fråga har minskat efter de tidigare mycket goda resultaten.
- Andelen personer med hög grad av funktionsnedsättning har ökat mycket starkt i det ordinära boendet och framförallt i servicehusboendet. Detta kan ha ett samband med ett alltför strikt tillämpande av kvarboendepincipen.
- Förekomsten av oro, nedstämdhet och beteendestörningar visar en ökande tendens i samtliga boendeformer, men framförallt i servicehusboendet. Det behöver också uppmärksammas den höga förekomsten av dessa problem i den ej-demensinriktade delen av vård- och omsorgsboendet.
- Andelen personer med svårläkta sår har ökat starkt i servicehusboendet och heldygnsomsorgen. Orsaken härtill bör undersökas.

Förhållanden som synes värda att notera, men som inte ger anledning till åtgärder

- Den snabba förändringen av befolkningssammansättningen på Kungsholmen och Essingeöarna har lett till att andelen totalt av alla 65 år och äldre som får hjälp har minskat. Men samtidigt har dock andelen som får hjälp ökat för båda könen och i alla åldersgrupper. Avspeglar detta en försämrad hälsa hos de äldre på Kungsholmen?
- Den mycket snabba ökningen av antalet personer i åldersgruppen 65-74 år pekar på en motsvarande stark utveckling i högre åldersgrupper om 10-15 år och därmed starkt ökade omsorgsbehov.
- Den minskande dödligheten bland framförallt de äldsta männen gör att andelen samboende omsorgstagare ökar starkt liksom att andelen kvinnor bland omsorgstagarna minskar. Detta leder också till att andelen med service- respektive omvårdnadsinsatser från make/maka (eller motsvarande) ökar.
- Andelen med informella serviceinsatser från andra (främst barnen) verkar minska liksom den totala omfattningen av de informella service- och omvårdnadsinsatserna.

- Det genomsnittliga antalet beviljade hemtjänsttimmar per person ökar i i det ordinära boendet, men detta sammanhänger med mer funktionsnedsatta omsorgstagare. Efter standardisering för förändringen i vårdberoende kan en viss minskning (5%) sedan år 2006) noteras. Andelen i ordinärt boende som får hjälp kvällar och nätter har ökat.
- I servicehusboendet har den genomsnittliga insatsen av hemtjänst ökat sedan år 2010. Ökningen försvinner dock efter standardisering för vårdberoende. Andelen som får hjälp kvälls- resp. nattetid ligger oförändrad sedan en tidigare nedgång återtagits, men standardiserat för vårdberoende är det fråga om en kraftig minskning.
- Totalt har hemtjänstinsatserna ökat starkt i det ordinära boendet (20%). Omkring hälften av ökningen kan återföras till ett ökat antal omsorgstagare, hälften till ökade insatser per person. I servicehusboendet har de totala insatserna minskat, huvudsakligen beroende på ett minskat antal boende personer.
- Drygt hälften av hemtjänsten går till mellangruppen måttligt funktionsnedsatta personer men deras andel av den totala insatsen har minskat i såväl ordinärt boende och servicehusboende. I stället har andelen som går till gruppen ”mycket nedsatta” ökat, speciellt i servicehusboendet. Den minst funktionsnedsatta gruppen (ingen eller lätt nedsättning) får en starkt minskande del av hemtjänstinsatserna.
- Graden av överlappning mellan hemtjänst och hemsjukvård är mycket stor. Knappt en tredjedel av omsorgstagarna (32%) i ordinärt boende är också patienter inom hemsjukvården. Andel har minskat från 42 procent år 2006. Omvänt har en mycket stor del, 94%, av de äldre patienterna med långvarig hemsjukvård också social hemtjänst och denna andel har ökat.
- Insatser kvälls- och nattetid i hemsjukvården har ökat starkt efter att tidigare ha minskat.
- Läkemedelsinsatser och smärtbehandling är de vanligast förekommande särskilda sjukvårdsinsatserna. Även såromläggning är relativt vanlig. Mycket få av omsorgstagarna anges ha behov av speciella sjukvårdsinsatser såsom avancerad smärtbehandling (epiduralt, morfinpump, injektioner), dialysbehandling, näringstillförsel via sond eller intravenöst samt blodtransfusioner.
- Omkring 30 procent av omsorgstagarna i ordinärt boendet omsätts varje år. Omsättningen är lika stor inom vård- och omsorgsboendet (ca 30%), men något lägre i servicehusboendet (ca 25%). I det förra fallet handlar det nästan uteslutande om dödsfall. I ordinärt boende beror omkring 40% av omsättningen på dödsfall, resten är avslutandet av insatser eller flyttning till mer vårdintensiv boendeform. I servicehusboendet utgör dödsfallen cirka två tredjedelar.

- Omsättningstalen innebär att omsorgstagarna som genomsnitt har hemtjänst drygt tre år. Den genomsnittliga boendetiden i särskilt boende med heldygnsvård är ungefär lika lång, i servicehusboende något längre, cirka fyra år i genomsnitt. Det bör betonas att omsättningen avser registrerade omsorgstagare från 1 mars ett år till 1 mars nästa. De som kommer och går *inom* ett år finns alltså inte med i beräkningen.
- Den genomsnittliga ökningen av den individuella omsorgstagarens funktionsnedsättning, som genomsnitt mätt enligt SNAC-index, uppgick 2012/2013 till 1,1 indexenheter (ca 21%), vilket är något lägre än vad som uppmäts tidigare. Den var betydligt lägre för dem som var kvar i samma boendeform än för dem som flyttade. Frågan om orsakssambandet mellan denna funktionsförsämring och flyttningen kommer att analyseras vidare.

Bilaga 1. Insamlade uppgifter

Vid registreringen har ett undersökningsformulär använts, s.k. protokoll, som utarbetats i samarbete med de övriga delprojekten inom SNAC-studien. Formuläret har reviderats vid olika tillfällen mot bakgrund av de erfarenheter, som gjorts vid datainsamlingen och vid analyserna av insamlade uppgifter. Ett syfte har varit att förenkla och reducera informationsmängden. Den senaste justeringen gjordes i samband med införandet av en web-baserad löpande registrering i september 2004. Sedan dess är registreringen oförändrad²¹. En fullständig redovisning av gjorda förändringar finns tillgänglig hos projektet.

Undersökningsprotokollet omfattar förutom uppgifter, som avser uppgiftslämnare och form för inhämtande;

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

I de fall personen varit samboende registreras också vilken typ av relation det varit fråga om (make/maka/sambo/partner eller annan person) samt om den samboende också haft varaktig vård och omsorg från staden eller landstinget.

Omgivningsfaktorer avser dels *bostadens beskaffenhet* (grad av anpassning till funktionshinder, standard i särskilt boende och tillgänglighet), dels *tillgången till alternativ omsorg*, dvs. obetald hjälp med service och/eller omvårdnad från anhöriga, vänner och grannar eller betald hjälp från organisation eller privatperson. Det registreras också om personen sammanbor med den huvudsakliga hjälparen. Tidigare registrerades även omfattningen av personens *sociala kontakter* (besök, telefonsamtal etc.) med anhöriga, vänner och grannar m fl., men detta togs bort vid förenklingen av formuläret per den 1 mars 2004. Samtidigt reducerades också specificeringen av anhörigstödet på olika hjälparkategorier.

Personligt vårdberoende avser dels *funktionsnedsättningar*, dels andra personrelaterade förhållanden som påverkar behovet av vård och omsorg. Registreringen av funktionsnedsättningar ansluter till den s.k. ADL-trappan. Detta innebär registrering av graden av beroende avseende dels s.k. instrumentella faktorer (IADL) såsom städning, matinköp etc., dels personliga faktorer (PADL) som bad och dusch, av- och påklädning, toalettbesök osv.

²¹ Vissa ytterligare förändringar gjordes år 2009 i samarbete med övriga SNAC-områden, men detta påverkar inte de data som här presenteras.

Registreringen av *övriga behovspåverkande förhållanden* omfattar bl. a. rörelsehinder, inkontinens, syn- och hörselnedsättning samt emotionella och kognitiva faktorer. Samtliga dessa faktorer har noterats enligt en skala från "0" till "3", där "0" betyder inga problem och "3" mycket stora problem. Utöver dessa faktorer har också registrerats vissa andra förhållanden av betydelse för bedömningen av behovet av insatser såsom förekomsten av smärta, yrsel, sår eller särskild tillsyn (jfr avsnitt 3.2.8 och 3.2.9). Fr.o.m. år 2004 registreras även andningssvårigheter.

Registreringen av de olika faktorer, som beskriver personligt vårdberoende, sammanfattas genom ett index (SNAC-index). Detta beräknas genom summering av fyra PADL-variabler (av- och påklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag), som beskriver graden av oberoende i dagligt liv, inkontinens (urin- respektive avföring) samt rörelsehinder och kognitiv nedsättning. De fyra PADL-variablerna mäts från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende), de övriga från 0 (inga problem) till 3 (mycket svåra problem). Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras med två²². Indexet kommer därigenom att falla mellan 0 och 23.²³

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

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

Behov av särskilda sjukvårdsinsatser registreras endast av sjukvårdsansvarig personal. Detta omfattar bl. a. behov av hjälp vid intagning av läkemedel eller näringstillförsel samt eventuell förekomst av injektions- eller dialysbehandling. Vid revideringen av formuläret år 2002 tillkom uppgifter om provtagning, blodtransfusion samt omläggning av sår.

²² Detta görs för att få överensstämmelse med den s.k. Berger-skalan som används i SNAC-Skåne och SNAC-Blekinge.

²³ Den 1 mars 2002 gjordes en mindre förändring i definitionen av indexet genom uteslutande av ADL-variabeln inkontinens. Anledningen till förändringen var att inkontinens med den tidigare definitionen blev överrepresenterad genom att indexet också omfattade separat angivelse av urin- och avföringsinkontinens.

Vid registreringen av beviljat bistånd enligt Socialtjänstlagen uttrycks beviljad hemtjänst (service- resp. omvårdnadsinsatser) i timmar per månad²⁴. Här anges också hjälpen uttryckt i avgiftsgrupp (1-7) enligt stadens avgiftssystem. Vidare anges här beslut om kvälls- eller nattpatrull, ledsagare, personlig assistent, dagverksamhet, anhörigbidrag mm. Även beslut om matdistribution och trygghetslarm registreras, men endast i de fall beslut om andra insatser också har fattats. Beslut om särskilt boende registrerades ursprungligen med uppdelning på servicehus, gruppboende, ålderdomshem och sjukhem. Sedan år 2002 anges endast servicehus samt demens- eller övrigt särskilt boende.

Registrering av beslut enligt LSS avser de olika formerna av stöd och service till personer med funktionshinder. Eftersom SNAC-undersökningen endast avser personer över 65 år omfattas endast en mindre del av samtliga personer med LSS-insatser. I det förenklade formulär som används fr.o.m. den 1 mars 2004 anges endast om det finns LSS-insatser eller inte.

Pågående insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen registreras inte för personer i särskilt boende. För övriga registreras om personen är inskriven i hemsjukvården, om man får hemsjukvård dagtid, kvällar resp. nätter samt vilken personalkategori som ger vården. Det anges även om hemsjukvården är ansluten till sjukhus eller primärvård. I registreringen ingår också pågående rehabilitering med angivande av berörd personalkategori (sjukgymnast inkl. biträden, arbetsterapeut eller annan) samt typen av åtgärd (bedömning, träning, handledning, behandling, utprovning av hjälpmedels). Tidigare registrerades också tilldelning av hjälpmedel med uppdelning på olika ändamål, men denna registrering har strukits fr.o.m. mars 2004.

²⁴ I redovisningen har detta omräknats till timmar per vecka, se avsnitt 3.4

Bilaga 2. Det kumulativa vårddagarregistret och de kompletterande tvärsnittsundersökningarna

Grundidén i datainsamlingen inom SNAC vårdsystemdelen är att med utgångspunkt från en baslinjeundersökning, som avser samtliga omsorgstagare, successivt föra på alla större förändringar i behovspåverkande faktorer eller vårdinsats. Tanken är att man på detta sätt skall kunna skapa ett fortlöpande aktuellt register över alla 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. Som indikator på förändring av behov eller vårdinsats används biståndsbeslutet eller insättande alternativt upphörande av hemsjukvård eller rehabilitering. Genom att personer i särskilt boende inte på samma sätt är föremål för förnyade biståndsbeslut måste denna uppläggning kombineras med upprepade tvärsnittsundersökningar för dessa personer. Sådana undersökningar har nu genomförts per den 1 mars åren 2002 - 2013.

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 respektive år lagts på registreringarna från tvärsnittsundersökningarna 2002 - 2013.

I de resultat som här redovisas för respektive år är som omsorgstagare medtagna alla personer, som den 1 mars detta år hade ett (SNAC-registrerat) biståndsbeslut efter den 1 september 2001 och som inte var registrerade som avslutade eller avlidna. Registreringen av avslutade insatser resp. dödsfall är för varje år kompletterad genom samkörning med stadens socialtjänstregister, det s.k. Paraplysystemet, och dödsfallsregistret. Som avslutade under året är registrerade de icke-avlidna personer, som av kommunen var registrerade som omsorgstagare den 1 mars året före men ej det innevarande året.

Åren 2007 - 2008 gjordes en omfattande, noggrann genomgång av det kumulativa registret i syfte att kontrollera att detta stämde överens med uppgifterna i Paraplysystemet. Avvikelser i registrerad boendeform uppkommer i fallet beslut om flyttning till särskilt boende om detta ännu inte verkställts. Genom att man i SNAC också registrerar nuvarande bostad är det dock möjligt att få överensstämmelse även i fallet ej verkställd flyttning.

Rensningen innebär att det finns två versioner av det kumulativa registret per den 1 mars 2007. Vid beräkning av flöden genom samkörning med tidigare år får man använda den förra versionen, vid samkörning med senare år den senare. Samkörning tvärsöver år 2007 kan ej göras, eftersom det då uppstår felaktigheter på grund av rensningen.

Det kumulativa registret per den 1 mars 2013 (SNACKUM13-registret) omfattar totalt 6 436 personer. Av dessa är dock endast 1 717 fortfarande aktuella omsorgstagare. Dessa personer utgör det s.k. SNACK13-registret. Övriga personer i det kumulativa registret är antingen avlidna eller så har insatserna avslutats av annan orsak. Genom metoden att utnyttja uppgifter, som insamlats vid senaste beslutstillfälle alternativt tvärsnittsundersökning, kommer uppgifterna i SNACK-13-registret att vara mer eller mindre aktuella (jfr tabell 1 ovan). Tabellen visar fördelningen på senaste registreringstillfälle för de omsorgstagare, som ingår i registret. Det bör observeras att aktualiteten kan växla mellan olika variabler beroende på om inlämnade formulär varit fullständigt ifyllda eller ej.

Endast en mindre del (14,0%) av registreringarna går tillbaka till 2011 års tvärsnittsundersökning och tiden före denna. För personer i ordinärt boende utgör registreringar efter tvärsnittsundersökningen år 2012 två tredjedelar (67%). För personer i särskilt boende kommer huvuddelen av uppgifterna (80%) från den sista tvärsnittsundersökningen.

Aktualiteten är något sämre än som tidigare noterats (jfr SNAC-K rapport nr. 17), men får ändå betraktas som godtagbar. Det är dock viktigt att ha i minnet att uppgifterna på personer i ordinärt boende inte är "dagsfärska" utan avser tillståndet en kortare eller längre tid tillbaka. För särskilt boende är detta ett mindre problem.

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

Denna rapport beskriver genomförande och resultat av en datainsamling, som dels omfattat fortlöpande registrering av alla beslutade förändringar av den långvariga vård- och omsorgsinsatsen under perioden 1 mars 2006 - 28 februari 2013 och dels årliga tvärsnittsundersökningar avseende samtliga personer som är biståndsbedömda av Kungsholmens stadsdelsnämnd och som är 65 år och äldre och bor i särskilt boende per den 1 mars 2006 - 2013.

Dessa båda datakällor har sammanförts i ett gemensamt register. Vid registreringen har noterats de olika insatser som de äldre beviljats samt olika faktorer av betydelse för behovet av insatser. Redovisade resultat innefattar också analyser av flöden av omsorgstagare mellan boendenformer under perioderna 2006/2007 respektive 2012/2013.



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