



SNAC STOCKHOLM ÄLDREOMSORG

**En beskrivning av personer med insatser
från äldreomsorgen och av omsorgens
omfattning i Stockholms stad 2016-2025**

Åsa von Berens
Bettina Meinow

Rapport 2026:3
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett kunskapscentrum stiftat av Stockholms stad och Region Stockholm. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av kommuner och andra organisationer.

Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.

SNAC Stockholm Äldreomsorg. En beskrivning av personer med insatser från äldreomsorgen och av omsorgens omfattning i Stockholms stad 2016–2025

Rapport 2026:3

Åsa von Berens och Bettina Meinow

ISSN 1401-5129

© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

Citera oss och sprid gärna våra rapporter, men ange alltid källan.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	5
HUVUDRESULTAT	7
BAKGRUND	10
ÄLDREOMSORGEN I STOCKHOLM STAD	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
METOD.....	13
DATAMATERIAL.....	13
ANALYSER.....	15
BEGRÄNSNINGAR I DATA	16
RESULTAT.....	17
ANTAL OCH ANDEL INVÅNARE MED ÄLDREOMSORG I STOCKHOLMS STAD, 2016–2025	17
OMSORGSTAGARNA I STOCKHOLMS STAD.....	18
<i>Beskrivning av omsorgstagarna 2025 i Stockholms stad och stadsdelarna samt</i>	
<i>förändringar sedan 2016.....</i>	<i>18</i>
GRAD AV FUNKTIONSNEDSÄTTNING.....	23
STÖD FRÅN NÄRSTÅENDE	27
NÄR ÄLDREOMSORG BEVILJAS FÖR FÖRSTA GÅNGEN - ÄLDREOMSORGENS DEBUTANTER.....	29
INSATSER 2025 I RELATION TILL BEDÖMDA BEHOV OCH SOCIODEMOGRAFISKA FAKTORER	33
<i>Hemtjänst.....</i>	<i>33</i>
<i>Vård och omsorgsboende.....</i>	<i>38</i>
<i>Insatser i relation till bedömda behov 2016–2025.....</i>	<i>46</i>
DISKUSSION	48
VAD PÅVERKAR BEHOVET AV OCH EFTERFRÅGAN PÅ INSATSER?.....	48
FÖRÄNDRING ÖVER TID.....	51
STRUKTURERADE UPPGIFTER MÖJLIGGÖR KUNSKAPSBYGGANDE OM JÄMLIK OCH BEHOVSANPASSAD OMSORG	52
ATT TA HÄNSYN TILL VID TOLKNING AV RESULTATEN.....	53
SLUTSATSER OCH FORTSATT BEHOV AV KUNSKAP.....	54
REFERENSER.....	55
BILAGOR	57
<i>Bilaga 1. Insamlad data.....</i>	<i>57</i>

SAMMANFATTNING

I denna rapport analyserar vi hur äldreomsorgsinsatser i Stockholms stad fördelas i relation till de behov som ligger till grund för besluten. Ett särskilt värde med studien är att den kombinerar uppgifter om beviljade insatser, med information om omsorgstagarnas funktionsnedsättningar och stödbehov.

Resultaten visar att 13 procent av befolkningen 65 år och äldre i Stockholms stad hade insatser från äldreomsorgen år 2025. Samtidigt minskade andelen personer 80 år eller äldre med äldreomsorg, från 43 till 32 procent mellan 2016 och 2025, medan andelen bland personer 65–79 år var relativt oförändrad. Majoriteten av omsorgstagarna bodde i ordinärt boende med hemtjänst, medan ungefär en fjärdedel bodde på vård- och omsorgsboende.

Behov av hjälp med personliga aktiviteter i dagliga livet (PADL) och graden av kognitiv nedsättning var de faktorer som hade störst betydelse för vilka insatser som beviljades och för insatsernas omfattning. Under perioden 2016–2025 ökade andelen omsorgstagare med omfattande omsorgsbehov, bland annat avseende kognitiv nedsättning, behov av stöd i PADL samt besvär med oro och nedstämdhet. Högst grad av funktionsnedsättning sågs bland personer som beviljats vård- och omsorgsboende.

Resultaten visar också att allt fler personer hade omfattande omsorgsbehov redan när de beviljades äldreomsorg första gången. Andelen debutanter med behov av stöd i minst fyra av fem personliga aktiviteter i dagliga livet ökade från 22 till 29 procent mellan 2016 och 2025. De allra flesta som beviljades äldreomsorg för första gången fick hemtjänst, medan en mindre andel flyttade direkt till vård- och omsorgsboende.

Hemtjänstens omfattning påverkades av samma behovsfaktorer i samtliga stadsdelsområden, men antalet beviljade timmar varierade mellan stadsdelarna även vid liknande behovsnivåer.

Den genomsnittliga omfattningen av hemtjänst var relativt stabil under perioden, men utvecklingen skiljde sig mellan grupper. Omsorgstagare med de största omsorgsbehoven beviljades i genomsnitt färre hemtjänsttimmar än tidigare, framför allt mellan 2016 och 2019, medan omsorgstagare med mindre omfattande behov successivt beviljades fler timmar. Sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende var däremot relativt sta-

bil under perioden. Dessa resultat väcker frågor om vad som driver utvecklingen och vilka konsekvenser den får för omsorgstagare, anhöriga och personal.

Resultaten visar värdet av strukturerad dokumentation av både behov och insatser för att kunna följa hur äldreomsorgen fördelas och utvecklas över tid. Kunskapen är viktig för att identifiera skillnader mellan grupper och geografiska områden samt för att bidra till en behovsanpassad och jämlik äldreomsorg. Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen finns ett fortsatt behov av att följa hur äldre personers behov förändras, vilka som tar del av behovsprövade och icke behovsprövade insatser samt hur insatsernas omfattning relaterar till behoven över tid.

HUVUDRESULTAT

Den 1 mars 2025 hade 13 procent av befolkningen 65 år eller äldre (~22 000 personer) insatser (utöver trygghetslarm) från äldreomsorgen i Stockholms stad. Andelen av 65–79-åringar som hade insatser från äldreomsorgen var oförändrat 6–7 procent mellan 2016 och 2025. Under samma tidsperiod minskade andelen med äldreomsorg bland personer 80 år eller äldre från 43 till 32 procent.

Omsorgstagarna 2016-2025

Boendeformer och insatstyper: Majoriteten av omsorgstagarna 2025 som var beviljade insatser utöver trygghetslarm bodde i ordinärt boende (71 %), de allra flesta med insatser från hemtjänst. Cirka en fjärdedel bodde på vård- och omsorgsboende, två procent på servicehus. Relativt få omsorgstagare i ordinärt boende eller servicehus, upp till åtta procent, hade beviljats andra insatser än hemtjänst.

Ålder, kön och ensam/samboende: Omsorgstagarnas medianålder minskade från 85 år 2016 till 83 år 2025. Medelåldern minskade från 83,9 till 83,0 år under samma tidsperiod och varierade mellan stadsdelsområdena (mellan 81 år Järva och 85 år i Bromma år 2025). Majoriteten av omsorgstagarna 2025 var kvinnor (65 %). Dock har andelen män ökat från 30 procent år 2016 till 35 procent år 2025. År 2025 bodde nästan åtta av tio omsorgstagare ensamma. Att bo tillsammans med någon var dubbelt så vanligt bland män (32 %) som bland kvinnor (16 %).

Grad av funktionsnedsättning i olika boendeformer: Högst grad av funktionsnedsättning hade omsorgstagare vid beslut om vård- och omsorgsboende. Graden av funktionsnedsättning skiljde sig mellan boendeformerna, främst med avseende på kognitiv nedsättning. Vid beslut om vård- och omsorgsboende hade 55 procent av omsorgstagarna svår eller mycket svår kognitiv nedsättning, jämfört med 11 procent bland dem som hade beviljats insatser i ordinärt boende.

Grad av funktionsnedsättning 2016–2025: Andelen omsorgstagare med svår eller mycket svår funktionsnedsättning ökade mellan 2016 och 2025 med avseende på kognitiv nedsättning (20 % till 23 %), andelen i behov av stöd med minst fyra av fem personliga aktiviteter i dagligt liv (27 % till 32 %), oro (19 % till 26 %) och nedstämdhet (16 % till 23 %). Graden av funktionsnedsättning bland omsorgstagarna varierade också mellan stadsdelsområdena.

Stöd från anhöriga: Hälften av omsorgstagarna hade stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad minst en gång i veckan och sett över hela staden var detta oförändrat mellan åren 2016–2025. Det fanns dock en variation mellan stadsdelsområdena, även om den har minskat över de senaste tio åren.

Insatser i relation till bedömda behov

Hemtjänstens omfattning styrs av samma behovsfaktorer i de olika stadsdelarna, men antalet beviljade timmar varierar. Exempelvis hade omsorgstagare i Järva i snitt 32 timmar per månad, vilket är signifikant färre än i Hässelby-Vällingby där snittet var 36 timmar vid liknande nivå av behov.

Den genomsnittliga omfattningen av hemtjänst har legat relativt stabilt sedan 2016. Däremot visar resultaten att omsorgstagare med stora omsorgsbehov i snitt beviljats färre timmar per månad under de senaste tio åren, framför allt mellan 2016 och 2019. Samtidigt har omfattningen av hemtjänst successivt ökat från 2016 för omsorgstagare som inte behövde hjälp med personlig omsorg, utan främst med serviceinsatser.

Vård- och omsorgsboende: År 2016 beviljades 18 av 1 000 invånare som var 65 år eller äldre en plats på vård- och omsorgsboende. År 2025 hade motsvarande siffra minskat till 14 per 1 000 invånare.

Sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende var relativt stabil under hela perioden 2016–2025, med en liten minskning från 15 till 13 procent, bland samtliga omsorgstagare.

När äldreomsorg beviljas för första gången

Under 2016–2025 beviljades årligen cirka 4 000–5 000 personer för första gången insatser (utöver trygghetslarm) från äldreomsorgen. Det motsvarar cirka tre procent av befolkningen 65 år eller äldre.

Dessa *äldreomsorgens debutanter* var i snitt 80 år gamla, 58 procent var kvinnor, cirka 65 procent bodde ensamma och 60 procent hade omsorg från närstående minst en gång i veckan. Detta var i stort sett oförändrat över åren 2016–2025.

Dock ökade andelen som redan hade omfattande omsorgsbehov (behov av stöd med minst fyra av fem personliga aktiviteter i dagligt liv) från 22 procent till 29 procent under samma tidsperiod. Andelen varierade mellan stadsdelsområdena och låg år 2025 mellan 38 procent i Skärholmen och 22 procent i Skarpnäck.

De allra flesta beviljades hemtjänst (85 %), tio procent hade enbart andra insatser i ordinärt boende, och sex procent flyttade direkt till vård- och omsorgsboende.

BAKGRUND

För att kunna planera, följa upp och utveckla äldreomsorgen är det viktigt att ha kunskap om vilka som beviljas äldreomsorg, vilka grunder omsorgens typ och omfattning baseras på, och om och hur detta förändras över tid. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har även tidigare genomfört analyser av hur äldreomsorgsinsatser relaterar till bedömda behov, baserade på tvärsnittsdata över pågående insatser, inhämtade från Stockholms stads system för social dokumentation, Paraplyet, för åren 2008, 2017 och 2019 (Lagergren 2017, Meinow m fl 2020). 2024 publicerade vi en rapport där vi undersökte vilken äldreomsorg personer 65 år och äldre hade i relation till bedömda behov, och hur fördelningen av insatser förändrats mellan 2015 och 2022 (von Berens m fl 2024).

Äldreomsorgen i Stockholm stad

Ansvar för Stockholms stads äldreomsorg är fördelat på äldreförvaltningen och elva stadsdelsförvaltningar (en per geografiskt stadsdelsområde). Äldreförvaltningen ansvarar för stadsövergripande riktlinjer, utveckling och uppföljning, medan stadsdelsförvaltningarna ansvarar för att utföra den kommunala äldreomsorgen med bland annat vård- och omsorgsboende, hemtjänst och dagverksamhet. Inom den kommunala äldreomsorgen i Stockholm stad finns utförare både i egen och i privat regi (Stockholms stad 2024) enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).

Behovsbedömning

Personer 65 år eller äldre som behöver hjälp i sitt dagliga liv kan vända sig till stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare för att ansöka om insatser från äldreomsorgen. Beslut om insatser regleras i socialtjänstlagen (Socialtjänstlag 2025:400). Som komplement till gällande lagstiftning har Stockholms stad lokala riktlinjer för handläggning av ärenden inom socialtjänstens äldreomsorg (Dnr 3.1 268/2020 ÄN).

Syftet med riktlinjerna är att säkerställa rättssäkerhet och lika behandling vad gäller bedömning och tillgång till insatser från socialtjänstens äldreomsorg. Riktlinjerna ska ge stöd och vägledning för biståndshandläggaren i arbetet med individuella behovsbedömningar (Stockholms stad 2021, reviderade 2023).

I Stockholms stad utreds den enskildes behov utifrån flera livsområden för att möjliggöra en helhetsbedömning av funktionsförmåga, resurser och behov av stöd. Som stöd i utredningen används ett kartläggnings- och bedömningsinstrument med standardiserade frågor och svarsalternativ inom fem livsområden:

- boende, närmiljö och omgivning
- person, närstående, familj och socialt nätverk
- fysisk hälsa och välbefinnande
- psykisk hälsa och välbefinnande
- aktiviteter i den dagliga livsföringen.

Stadens riktlinjer för handläggning av ärenden inom socialtjänstens äldreomsorg beskriver arbetet: *”I Stockholms stad används ett särskilt framtaget kartläggnings- och bedömningsinstrument vid biståndshandläggning inom socialtjänstens äldreomsorg. Instrumentet används för att utreda och bedöma äldres behov av stöd och hjälp i den dagliga livsföringen. Syftet är att äldre i Stockholms stad ska erhålla en professionell handläggning där utredningsmetodik, bedömning och beslut om insatser är likvärdig i staden.”* (Stockholms stad 2021)

Det är dessa bedömningar, tillsammans med uppgifter om beslutade insatser och sociodemografiska faktorer som registreras i det sociala dokumentationssystemet Paraplyet, som ligger till grund för de analyser och resultat vi redovisar i denna rapport.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna rapport har varit att beskriva omsorgstagarna i Stockholms stad 2025, samt att studera hur äldreomsorg beviljats i relation till bedömda behov, och om fördelningen av äldreomsorg var likvärdig mellan stadsdelsförvaltningar och olika grupper av äldre personer. Vi har även analyserat om det har skett någon förändring vad gäller omsorgstagarnas behov och sociodemografiska faktorer samt beviljandet av insatser över åren 2016–2025.

Frågeställningar:

- Vad karaktäriserar omsorgstagarnas behov och sociodemografi i Stockholms stad och i stadsdelarna 2025? Vilka förändringar har skett sedan 2016?
- Vad karaktäriserar omsorgstagarna som 2025 fick insatser från äldreomsorgen för första gången? Finns det skillnader över åren 2016–2025?
- Vilka insatser beviljades under 2025, givet bedömda behov och sociodemografiska faktorer, avseende antal hemtjänsttimmar och beslut om vård och omsorgsboende? Skiljde sig beviljandet av insatser mellan stadsdelsförvaltningarna och över åren 2016–2025?

METOD

Datamaterial

I detta avsnitt beskriver vi datamaterialets karaktär övergripande. I bilaga 1 finns en mer detaljerad redovisning av samtliga variabler och skalsteg.

Data är hämtad från det sociala dokumentationssystemet i Stockholms stad (Paraplysystemet) och omfattar samtliga personer 65 år eller äldre med beslut om insatser från äldreomsorgen, åren 2016–2025. Data omfattar sociodemografiska och behovsrelaterade faktorer samt uppgifter om insatser från kommunens äldreomsorg. Godkännande från etikprövningsmyndigheten (Dnr 2020–03778) finns för inhämtning av denna data inom ramen för studien SNAC Stockholm Äldreomsorg.

Följande information om beviljade insatser och faktorer som kan relateras till dessa finns tillgängliga i det sociala dokumentationssystemet.

Boendeform

Informationen om boendeform är indelad i kategorierna ordinärt boende, servicehus och vård- och omsorgsboende.

Samtliga analyser av behoven hos personer med beslut om vård- och omsorgsboende avser behoven vid *beslutet*, det vill säga innan inflyttning. Funktionsförmågan för personer med beslut om vård- och omsorgsboende speglar alltså förhållanden vid tidpunkten för beslutet och inte funktionsförmågan för personer som *bor* på vård- och omsorgsboende respektive år, som kan antas vara sämre.

Insatser från kommunens äldreomsorg

Insatser i fokus för denna rapport omfattar antal beviljade timmar hemtjänst per månad samt beslut om vård- och omsorgsboende.

Sociodemografiska faktorer

Sociodemografiska faktorer omfattar ålder, kön, ensam- eller samboende och årsinkomst. Inkomst rankades lägst till högst och delades in i fyra grupper (kvartiler) där varje grupp omfattar ungefär 25 procent av omsorgstagarna: 0–158 tkr (25 %), 158–203 tkr (50 %), 203–250 tkr (75 %), 250 tkr–10 mkr (100 %).

Stadsdel

Stadsdel i denna rapport avser det stadsdelsområde omsorgstagaren är skriven i och den stadsdelsförvaltning där beslutet om insatser tagits. Sedan 2016 har antalet stadsdelsområden i Stockholm minskat från 14 till 11. Analyserna i denna studie baseras på den administrativa indelning som gällde år 2025.

Behovsrelaterade faktorer

Personliga aktiviteter i dagligt liv, PADL, omfattar följande fem aktiviteter: födointag, förflyttning, på-/avklädning, toalettbesök, dusch (Katz 1983). Varje aktivitet som ingår i PADL kategoriseras i tre nivåer: oberoende (0), delvis beroende (1), beroende (2). I vissa tabeller och figurer visas även antal PADL (0–5) som en person är delvis eller helt beroende inom.

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

Kognitiv nedsättning delas in i fyra nivåer (Berger 1980): ingen kognitiv nedsättning (0), lätt kognitiv nedsättning, ibland något oklar och förvirrad (1), svår kognitiv nedsättning, ofta oklar och förvirrad (2), mycket svår kognitiv nedsättning, ständig mycket oklar och förvirrad (3).

Sammanfattande grad av funktionsnedsättning (funktionsindex):

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

Tabell 1. Funktionsindex. Sammanfattande grad av funktionsnedsättning utifrån behov av PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet).

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

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

Analys

I denna rapport fokuserar vi främst på analyser av de vanligaste insatstyperna; hemtjänst och vård- och omsorgsboende. Resultaten baseras på både deskriptiv och analytisk statistik.

Beskrivningen av omsorgstagarna inkluderar personer som hade ett *pågående beslut* om äldreomsorg 1 mars 2025. Uppgifterna baseras på bedömningen som gjordes när beslutet togs, vilket kan ha skett före 2025 (det vill säga besluten är tagna någon gång före 1 mars 2025 och är fortfarande aktuella 1 mars 2025).

För att undersöka behov, sociodemografiska faktorer och beviljade insatser hos personer som för första gången beviljats äldreomsorg, utöver trygghetslarm, inkluderade vi samtliga insatstyper som beviljades under den första veckan efter att individen fått insatser beviljade för första gången (benämns vidare som att *debutera* inom äldreomsorgen).

Resultat vad gäller beslut om vård- och omsorgsboende och hemtjänstens omfattning belyser beslut som *tagits* under respektive år. Resultaten baseras på deskriptiv statistik samt multipla regressionsanalyser (Poisson-regression och logistisk regression), det vill säga analyser som samtidigt

tar hänsyn till omsorgstagarnas sociodemografiska förhållanden och funktionsnedsättningar.

Resultaten vad gäller betydelsen av olika faktorer för att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende är baserade på estimerade sannolikheter från en regressionsmodell. De estimerade sannolikheterna är beräknade utifrån referenskategorierna för faktorerna i respektive regressionsmodell. Detta kan tolkas som en ”uppskattad sannolikhet”.

Resultat om *Hemtjänstens omfattning* presenteras som estimerade medelvärden för antalet hemtjänsttimmar per månad. Dessa medelvärden är marginaleffekter baserade på regressionsmodeller. Marginaleffekterna är beräknade utifrån referenskategorierna för faktorerna i regressionsmodellen och kan tolkas som ett ”uppskattat medelvärde”.

I jämförelser mellan åren 2016–2025 har vi statistiskt tagit hänsyn till att det finns omsorgstagare som förekommer i underlagen för flera av åren. Detta har vi gjort genom att använda generaliserade skattningsekvationer (*generalized estimating equations* (GEE)).

Begränsningar i data

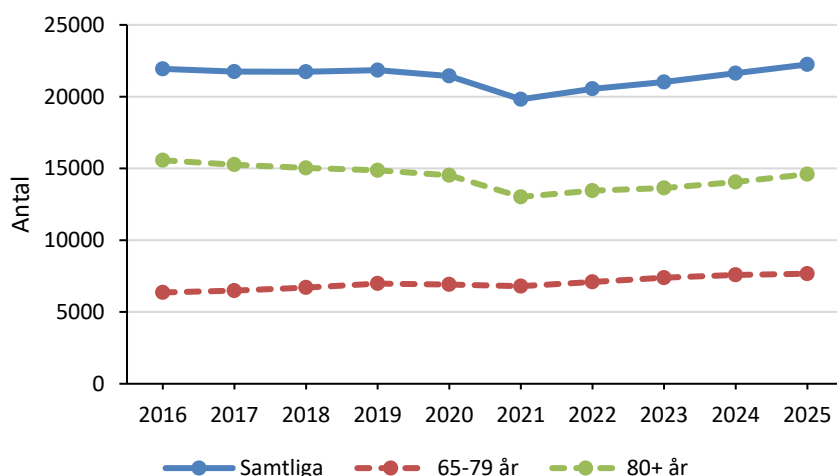
Det finns bortfall och begränsningar i data som är viktiga att ta i beaktande vid tolkning av resultaten. Bortfallet varierar mellan olika variabler. För de flesta indikatorer på funktionsnedsättning är bortfallet lågt, mellan 5 och 12 procent. För variablerna nedstämdhet, oro, otrygghet och informell omsorg är bortfallet högre och kategorin ”ej svar/ej relevant” är därför inkluderad i analyserna. Resultat baserat på dessa variabler bör på grund av bortfallet tolkas med viss försiktighet.

RESULTAT

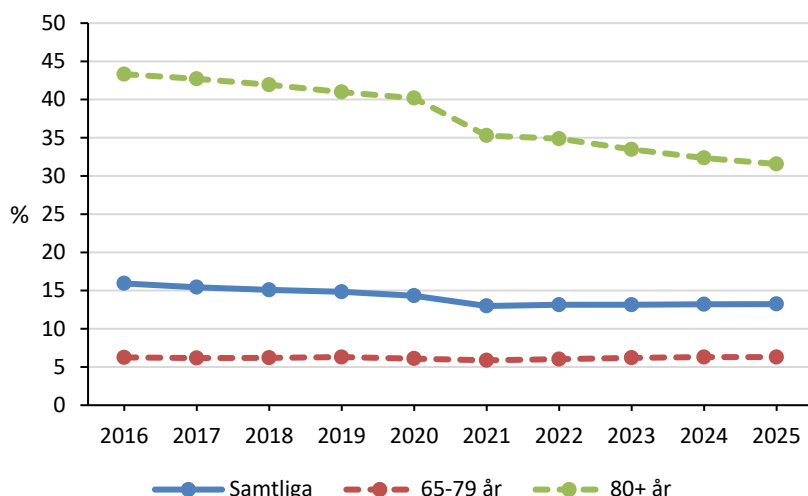
Antal och andel invånare med äldreomsorg i Stockholms stad, 2016-2025

Den 1 mars 2025 hade 13 procent av befolkningen 65 år eller äldre (n=22 243) i Stockholms stad insatser från äldreomsorgen (utöver trygghetslarm). Mellan åren 2016 och 2021 minskade andelen från 16 till 13 procent och har varit oförändrad sedan dess.

Under åren 2016 till 2020 hade cirka 22 000 personer insatser från äldreomsorgen den 1 mars respektive år (figur 1). Efter en minskning under covid-19 pandemin ökade antalet omsorgstagare igen till 22 200 år 2025. Antalet omsorgstagare 80 år eller äldre minskade över åren 2016 till 2021 från 15 600 till 13 000 och ökade därefter till 14 600 år 2025. Antalet omsorgstagare i åldern 65–79 år ökade däremot under hela tidsperioden, från 6 400 år 2016 till 7 700 år 2025.



Figur 1. Antal omsorgstagare per åldersgrupp. Stockholms stad, 1 mars respektive år, 2016–2025.



Figur 2. Andel (%) omsorgstagare per åldersgrupp i befolkningen. Stockholms stad, 1 mars respektive år, 2016–2025.

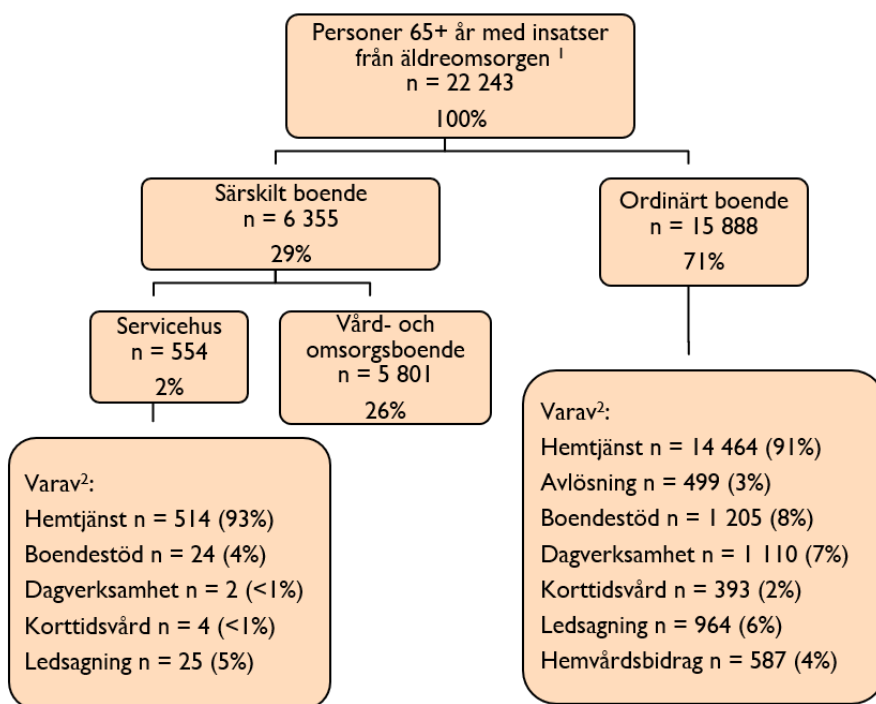
Andelen i befolkningen 80 år eller äldre som hade insatser av äldreomsorgen minskade kontinuerligt över hela perioden 2016–2025, från 43 procent år 2016 till 32 procent år 2025 (figur 2). Bland personer 65–79 år var andelen med biståndsbedömda insatser från äldreomsorgen oförändrad 6–7 procent under hela tidsperioden.

Omsorgstagarna i Stockholms stad

Beskrivning av omsorgstagarna 2025 i Stockholms stad och stadsdelarna samt förändringar sedan 2016

Majoriteten bodde i ordinärt boende med hemtjänst

Den 1 mars 2025 hade 13 procent av befolkningen 65 år eller äldre i Stockholms kommun biståndsbedömda insatser från äldreomsorgen (figur 3). Utöver det hade tre procent enbart trygghetslarm. Majoriteten av omsorgstagarna med insatser utöver trygghetslarm bodde i ordinärt boende (71%), de allra flesta med hemtjänst. Cirka en fjärdedel bodde på vård- och omsorgsboende, två procent på servicehus. Relativt få omsorgstagare i ordinärt boende eller servicehus, upp till åtta procent, var beviljade andra insatser än hemtjänst.



¹ exklusive 4 873 personer som hade enbart trygghetslarm, 268 personer som bodde på HVB/stödboende och 58 personer som hade beviljade insatser från äldreförvaltningen eller socialförvaltningen.

² personer kan ha beslut om flera insatstyper

Figur 3. Antal och andel (%) omsorgstagare per boendeform och insatstyp, Stockholms stad, 1 mars 2025.

Andelen på vård- och omsorgsboende skiljde sig mellan stadsdelsområdena

Fördelningen av omsorgstagare mellan boendeformerna var likartad i stadsdelsområdena, med störst andel i ordinärt boende (67–76 %) och lägst andel i servicehus (1–5 %) (tabell 2). I Stockholms stad som helhet bodde 26 procent av omsorgstagarna på vård- och omsorgsboende, men andelen varierade något mellan stadsdelsområdena, från 21 procent i Järva och Skärholmen till 31 procent i Norra innerstaden.

Tabell 2. Andel (%) omsorgstagare per boendeform och stadsdelsförvaltning, Stockholms stad, 1 mars 2025.

	Ordinärt boende (n =15 888)	Servicehus (n=554)	Vård- och omsorgs- boende (n =5 801)
Bromma (n=1 847)	76	1	23
Enskede-Årsta-Vantör (n=2 040)	69	5	26
Farsta (n=1 664)	68	2	30
Hägersten-Älvsjö (n=2 460)	72	1	26
Hässelby-Vällingby (n=1 793)	69	2	28
Järva (n=1 777)	74	5	21
Kungsholmen (n=1 637)	68	4	27
Norra innerstaden (n=3 681)	67	2	31
Skarpnäck (n=950)	74	1	24
Skärholmen (n=908)	77	2	21
Södermalm (n=3 486)	75	2	23
Samtliga (n=22 243)	71	2	26

Minskad medianålder bland omsorgstagare, personer som bor på servicehus är äldst

Tabell 3 visar medianåldern bland omsorgstagare i olika boendeformer 2025. Mellan åren 2016 och 2025 minskade medianåldern från 85 år till 83 år. Medelåldern minskade från 83,9 till 83,0 år under samma tidsperiod. Högst andel i mycket hög ålder fanns bland personer som bodde på servicehus; här var 17 procent av omsorgstagarna 95 år eller äldre, jämfört med 6 procent i ordinärt boende och 14 procent på vård- och omsorgsboende. Även median- och medelåldern var högst (86 år) bland personer som bodde på servicehus.

Omsorgstagarnas ålder skiljde sig mellan stadsdelsområdena

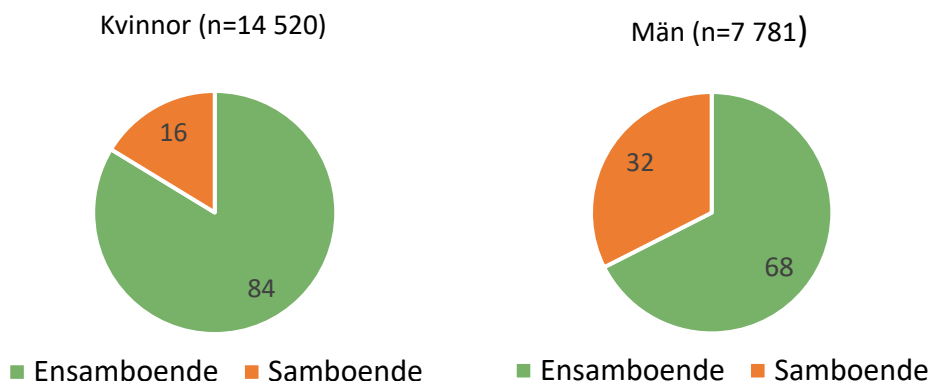
Tabell 4 visar hur omsorgstagarnas ålder varierade mellan stadsdelsområdena. Medianåldern var lägst i Järva (81 år) och högst i Bromma (85 år). Medelåldern skiljde 3,4 år mellan dessa två stadsdelar.

Tabell 3. Andel (%) per åldersgrupp, median- samt medelålder per boendeform. Stockholms stad, 1 mars 2025.

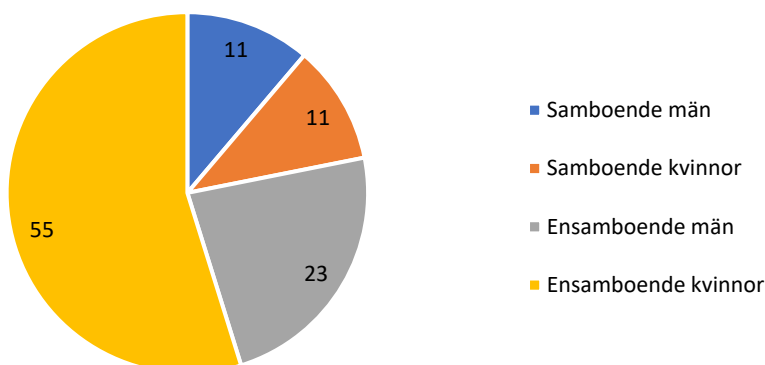
Ålder	Ordinärt boende n =15 888	Servicehus n=554	Vård- och omsorgs- boende n =5 801	Samtliga n =22 243
65–74 (%)	19	12	12	17
75–84 (%)	40	31	33	38
85–94 (%)	35	40	41	36
95+ (%)	6	17	14	8
Medianålder (år)	82	86	85	83
Medelålder (år)	82,1	85,9	85,0	82

Tabell 4. Median- och medelålder hos omsorgstagarna per stadsdelsförvaltning, Stockholms stad, 1 mars 2025.

Stadsdel	Medianålder	Medelålder
Bromma; n=1 847	85	84,3
Enskede-Årsta-Vantör; n=2 040	83	82,6
Farsta; n=1 664	84	83,1
Hägersten-Älvsjö; n=2 460	82	82,4
Hässelby-Vällingby; n=1 793	84	83,2
Järva; n=1 777	81	80,9
Kungsholmen; n=1 637	84	83,7
Norra innerstaden; n=3 681	84	84,0
Skarpnäck; n=950	82	82,0
Skärholmen; n=908	82	82,1
Södermalm; n=3 486	83	82,8
Samtliga; n=22 243	83	82,7



Figur 4. Andel (%) ensam- respektive sammanboende bland manliga och kvinnliga omsorgstagare. Stockholms stad, 1 mars 2025. Saknade värden 2,2 procent.



Figur 5. Andel (%) ensam- respektive samboende män och kvinnor bland omsorgstagarna (n=21 760). Stockholms stad, 1 mars 2025. Saknade värden 2,2 procent.

Ökad andel män bland omsorgstagarna och vanligare bland män att vara samboende

Majoriteten av omsorgstagarna 2025 var kvinnor (65 %) (figur 4). Dock ökade andelen män från 30 procent år 2016 till 35 procent år 2025. Andelen samboende var dubbelt så hög bland manliga omsorgstagare (32 %) jämfört med kvinnliga (16 %). För 2,2 procent av omsorgstagarna saknades uppgifter om ensam-/samboende.

Ensamboende kvinnor i majoritet bland omsorgstagarna, men andelen ensamboende män ökar

Över hälften (55 %) av omsorgstagarna 2025 utgjordes av ensamboende kvinnor. Dock hade denna andel minskat med sex procentenheter sedan 2016. Av samtliga omsorgstagare 2025 var 23 procent ensamboende män, och den andelen hade ökat med tre procentenheter sedan 2016. Elva procent av samtliga omsorgstagare var samboende män och en lika stor andel var samboende kvinnor. Motsvarande andelarna år 2016 var tio procent (figur 5).

Grad av funktionsnedsättning

Högst grad av funktionsnedsättning på vård- och omsorgsboende

En hög grad av funktionsnedsättning var, som väntat, avsevärt vanligare vid beslut om vård- och omsorgsboende än vid beslut om insatser i ordinärt boende eller servicehus (figur 6). Ett undantag var svåra/mycket svåra rörelsehinder, det vill säga att omsorgstagaren bedömts behöva stöd av en person utom- eller inomhus, vilket förekom hos sex av tio av dem med beslut om servicehus eller vård- och omsorgsboende.

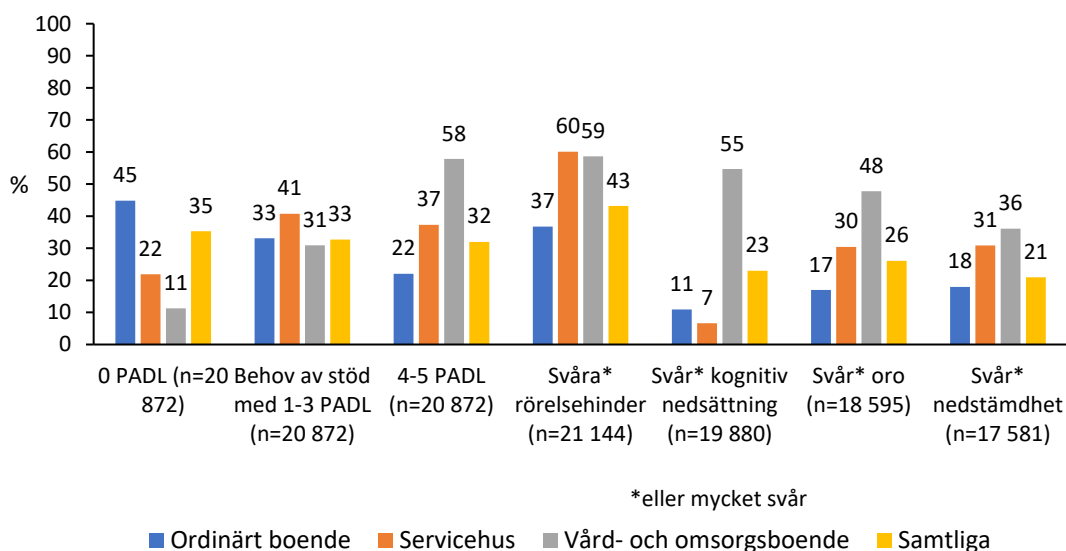
Graden av funktionsnedsättning skiljde sig mellan boendeformerna främst med avseende på kognitiv nedsättning. Vid beslut om vård- och omsorgsboende hade 55 procent av omsorgstagarna svår/mycket svår kognitiv nedsättning, jämfört med 11 procent som var beviljade insatser i ordinärt boende.

Cirka två av tio omsorgstagare bedömdes behöva stöd med fyra eller fem personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL) jämfört med sex av tio på vård- och omsorgsboende.

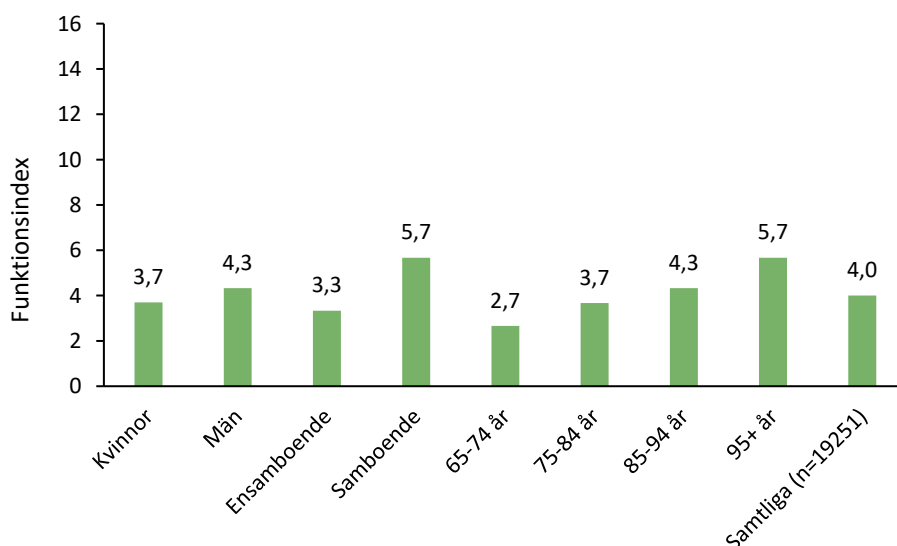
Även svår/mycket svår oro respektive nedstämdhet var betydligt vanligare hos omsorgstagare på vård- och omsorgsboende (48 % respektive 36 %) jämfört med de i ordinärt boende (17 % respektive 18 %).

Högst grad av funktionsnedsättning hos omsorgstagare som bor tillsammans med någon och de äldsta

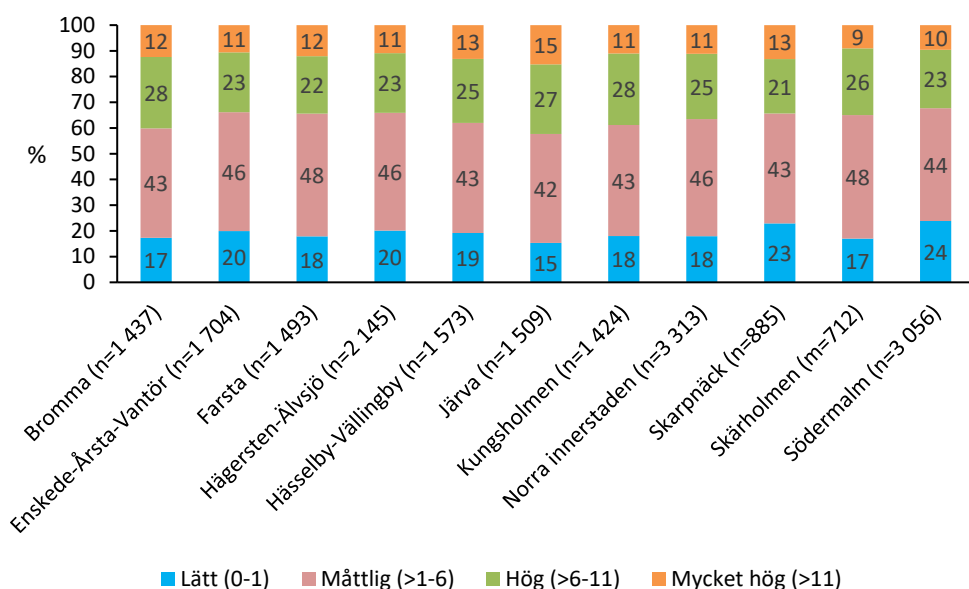
Figur 7 visar graden av funktionsnedsättning, angivet som funktionsindex, i olika sociodemografiska grupper av omsorgstagare. Högst grad (median) av funktionsnedsättning hade omsorgstagare som bodde ihop med



Figur 6. Andel med funktionsnedsättningar avseende personliga aktiviteter dagligt liv (PADL), rörelsehinder, kognitiv nedsättning, oro och nedstämdhet per boendeform bland omsorgstagare inom äldreomsorgen. Stockholms stad, 1 mars 2025. Saknade värden PADL 6 procent, rörelsehinder 5 procent, kognitiv nedsättning 11 procent, oro 16 procent, nedstämdhet 21 procent.



Figur 7. Grad (median) av funktionsnedsättning i olika grupper av omsorgstagare inom äldreomsorgen. Funktionsindex 0–16 baserat på behov av stöd med personliga aktiviteter i dagligt liv, rörelsehinder, och kognitiv nedsättning. Stockholms stad, 1 mars 2025. Saknade värden 13 procent.



Figur 8. Andel (%) omsorgstagare inom äldreomsorgen med olika grad av funktionsnedsättning per stadsdelsförvaltning. Funktionsindex 0–16 baserat på PADL, rörelsehinder och kognitiv nedsättning. Stockholms stad, 2025. Saknade värden, 13 procent.

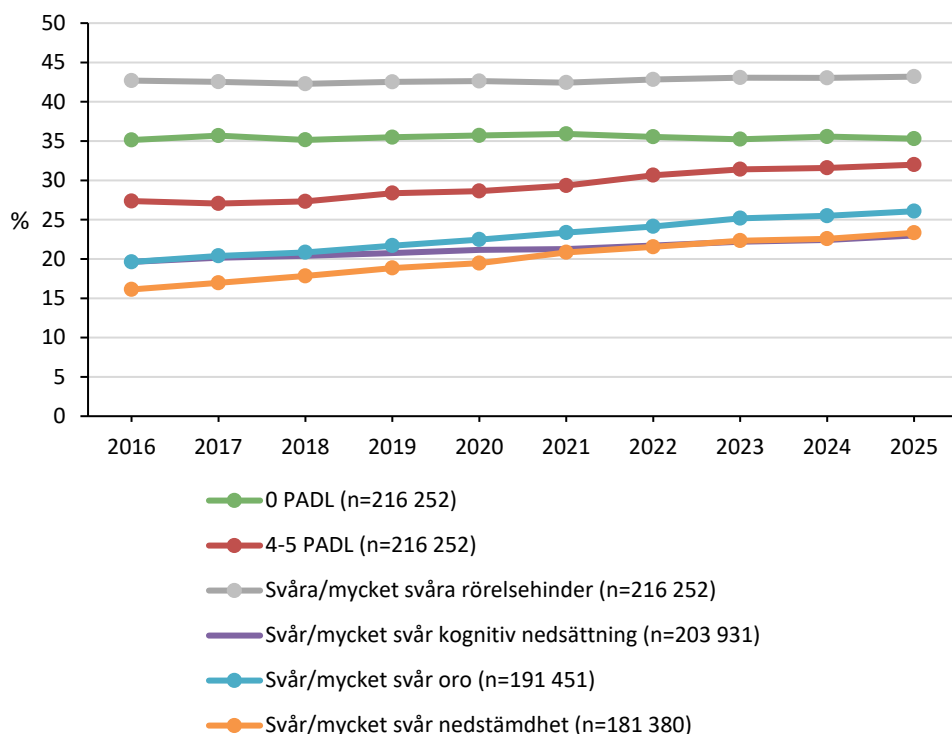
någon, respektive var 95 år eller äldre. Graden av funktionsnedsättning var något högre bland män jämfört med kvinnor.

Skillnad mellan stadsdelsområdena i andel omsorgstagare med omfattande omsorgsbehov

En dryg tredjedel (36 %) av omsorgstagarna bedömdes ha hög eller mycket hög grad av funktionsnedsättning, vilket innebär omfattande omsorgsbehov. Denna andel varierade dock med upp till 11 procentenheter mellan stadsdelsområdena (figur 8). Järva och Bromma hade med 42 procent respektive 40 procent högst andel med hög eller mycket hög grad av funktionsnedsättning. Lägst var andelen på Södermalm (33 %) och i Skarpnäck, Enskede-Årsta-Vantör, Farsta samt Hägersten-Älvsjö (34 %).

Ökad andel omsorgstagare med svåra funktionsnedsättningar

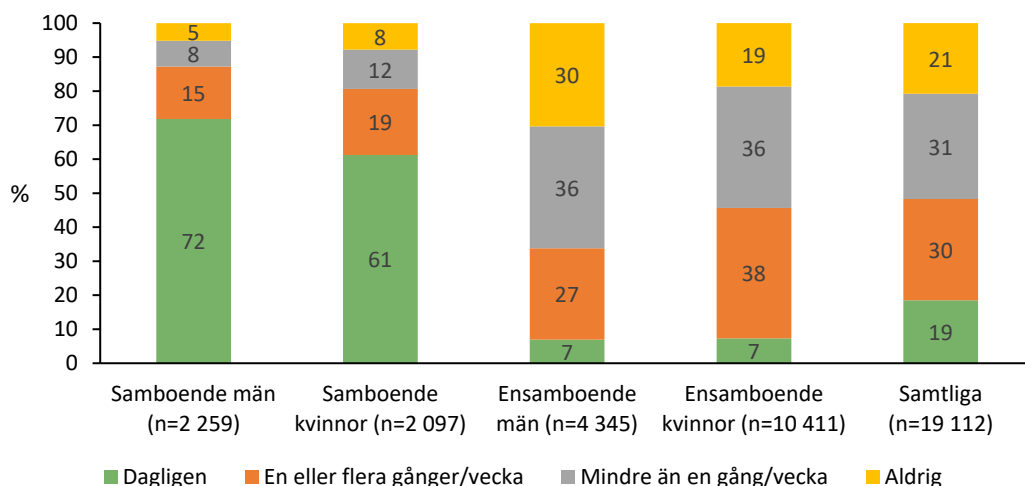
Utvecklingen över åren 2016 till 2025 visar att andelen med svåra/mycket svåra funktionsnedsättningar ökade vad gäller personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL), kognitiv nedsättning, oro, och nedstämdhet (figur 9). Andelen med svåra rörelsehinder, det vill säga att man bedömts behöva



Figur 9. Andel med funktionsnedsättningar avseende personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL), rörelsehinder, kognitiv nedsättning, oro och nedstämdhet bland omsorgstagare inom äldreomsorgen. Stockholms stad, 1 mars respektive år, 2016–2025. Saknade värden: 8 procent (n=17 578) för PADL; 7 procent (n=15 260) för rörelsehinder), 13 procent (n=29 899) för kognitiv nedsättning, 18 procent (n=42 379) för oro, 22 procent (n=52 450) för nedstämdhet.

stöd av en person utom- eller inomhus, förändrades inte över tid. Det samma gällde andelen som inte behövde stöd med någon PADL. Dessa personer kan antas behöva stöd med endast serviceinsatser.

Analyser per stadsdelsområde visade att utvecklingen av den sammanlagda graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna skiljde sig. En ökning av graden av funktionsnedsättning var tydligast i Järva, Kungsholmen och Hässelby-Vällingby.



Figur 10. Andel (%) med olika grad av tillgång till stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad. Stockholms stad, 1 mars 2025. Saknade värden 14 procent.

Stöd från närstående

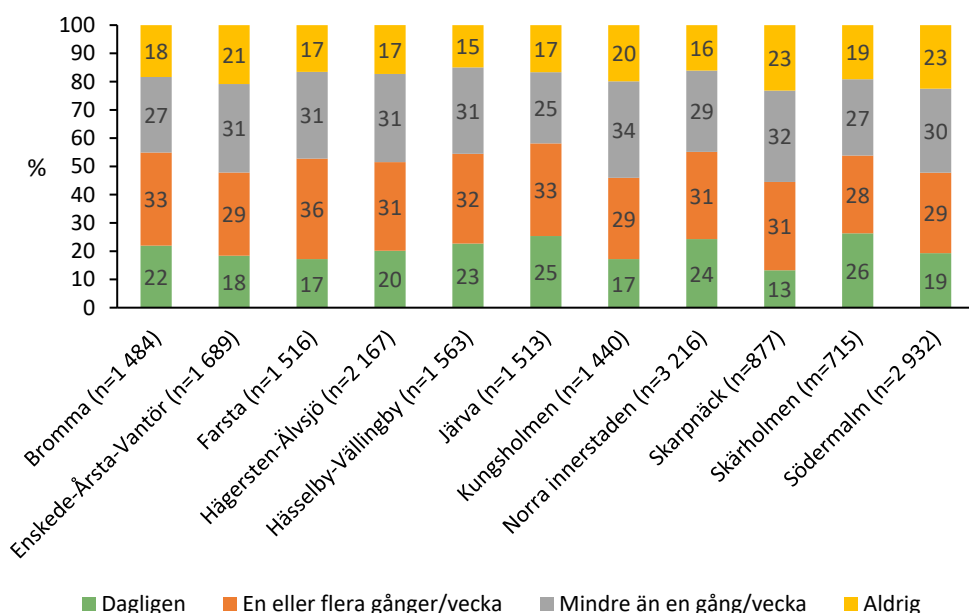
Hälften av omsorgstagarna fick stöd från närstående minst en gång i veckan, men var femte hade inte tillgång till sådan informell omsorg

Ungefär hälften av omsorgstagarna fick minst en gång i veckan stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad (figur 10). En femtedel hade dock inte tillgång till sådan informell omsorg, och det var vanligast bland ensamboende män (30 %).

Som förväntat var andelen som fick stöd i vardagen från närstående minst en gång i veckan mycket högre bland samboende omsorgstagare än bland ensamboende, och det var något vanligare bland samboende män (87 %) än bland samboende kvinnor (80 %). Bland ensamboende omsorgstagare var det knappt hälften (män 45 %, kvinnor 49 %) som hade informell omsorg minst en gång i veckan.

Tillgången till stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad skiljde sig mellan stadsdelarna

Andelen som minst en gång i veckan hade stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad skiljde sig som mest med elva procent-

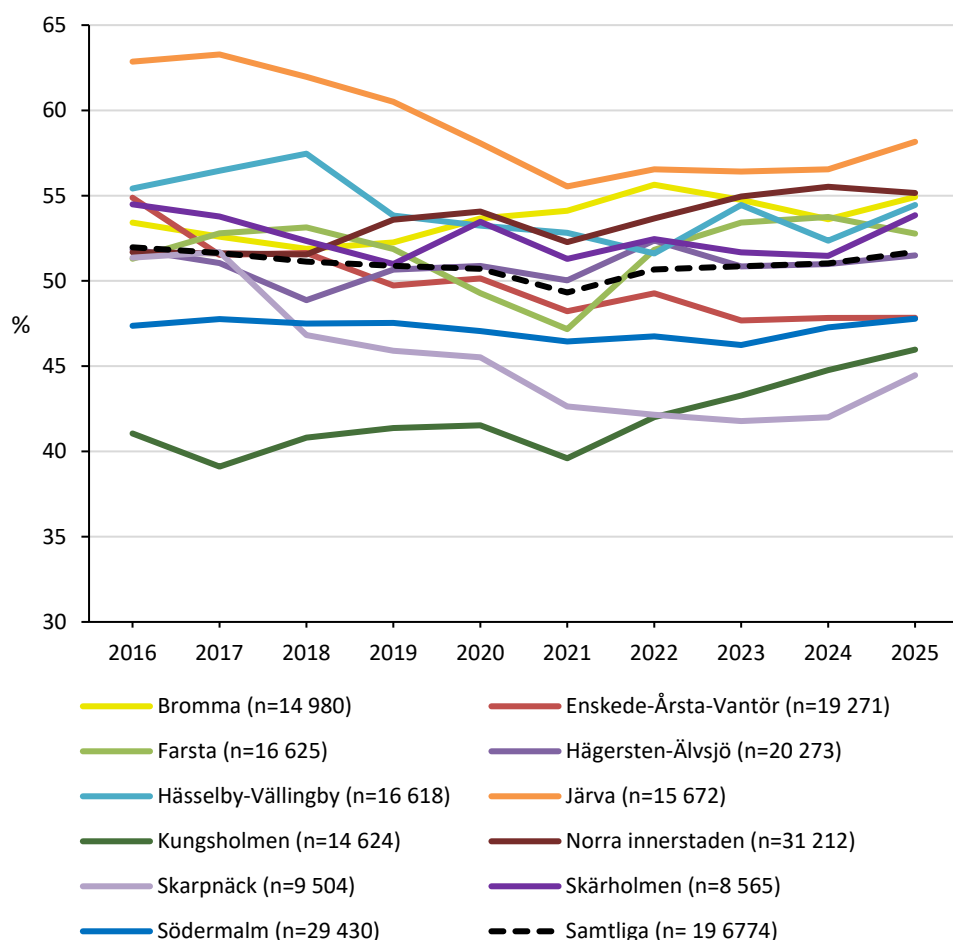


Figur 11. Andel (%) med olika grad av tillgång till stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad per stadsdelsområde. Stockholms stad, 1 mars 2025.

enheter mellan stadsdelsområdena och var enligt biståndshandläggarnas bedömningar lägst i Skarpnäck (44 %) och Kungsholmen (46 %) och högst i Järva (58 %) och Bromma (55 %) (figur 11).

Hälften av omsorgstagarna hade stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad minst en gång i veckan och sett över hela staden var detta oförändrat mellan åren 2016–2025.

Det fanns dock en variation mellan stadsdelsområdena, även om den har minskat över de senaste tio åren och låg 2025 mellan 44 procent (Skarpnäck) och 58 procent (Järva) (figur 12). Mellan åren 2016 och 2021 minskade andelen som fick stöd från närstående minst en gång i veckan något i Järva och Skarpnäck medan det skedde en ökning i Kungsholmen.



Figur 12. Andel (%) omsorgstagare per stadsdelsområde som fick stöd från närstående med service eller personlig omvårdnad minst en gång i veckan, 2016–2025. Saknade värden 14 procent.

När äldreomsorg beviljas för första gången - äldreomsorgens debutanter

Under tioårsperioden 2016–2025 beviljades årligen mellan 4 000 och 5 000 personer insatser från äldreomsorgen (utöver trygghetslarm) för första gången. Det motsvarar cirka tre procent av befolkningen 65 år eller äldre (Statistiska centralbyrån 2026).

Tabell 5. Sociodemografi hos omsorgstagare 2025. Stockholms stad, 2025.

Medelålder	80 år
Medianålder	80 år
Andel kvinnor	58 %
Andel ensamboende	65 %
Andel med omsorg från närstående (1 gång/vecka)	60 %
Andel med omsorg från närstående (dagligen)	30 %

Sociodemografiska förhållanden och tillgång till stöd från närstående nästan oförändrat under åren 2016-2025

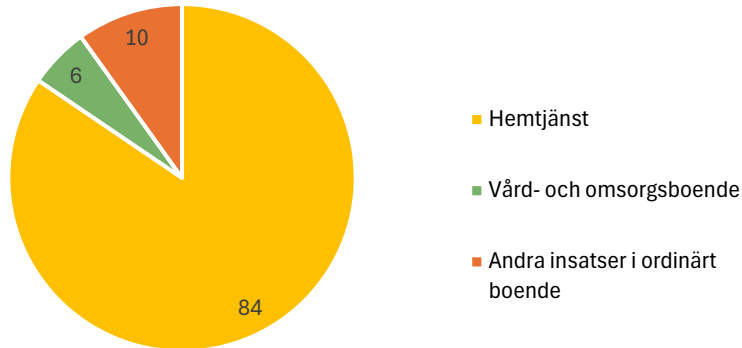
Sociodemografiska förhållanden och andelen som fick regelbundet stöd med service eller personlig omvårdnad från närstående var i stort sett oförändrad bland personer som fick insatser från äldreomsorgen för första gången under åren 2016–2025. Medel- och medianåldern var 80 år. Nästan sex av tio var kvinnor och ungefär två tredjedelar bodde ensamma. Cirka 60 procent fick stöd av närstående minst en gång i veckan och 30 procent dagligen (tabell 5).

De allra flesta beviljades hemtjänst

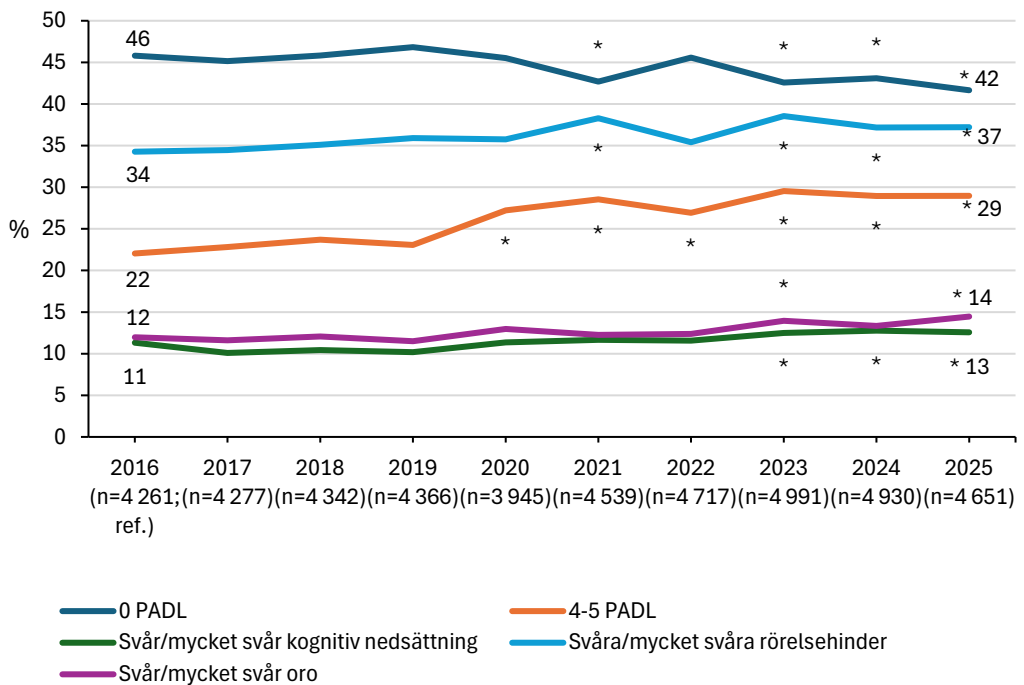
De allra flesta omsorgstagare som 2025 debuterade inom äldreomsorgen för första gången beviljades hemtjänst (84 %) (figur 13). Tio procent beviljades andra insatser i ordinärt boende (till exempel dagverksamhet, ledsagning, korttidsvård) och sex procent flyttade direkt till vård- och omsorgsboende. Denna fördelning hade inte ändrats nämnvärt sedan 2016.

Ökad andel som debuterade med stora omsorgsbehov

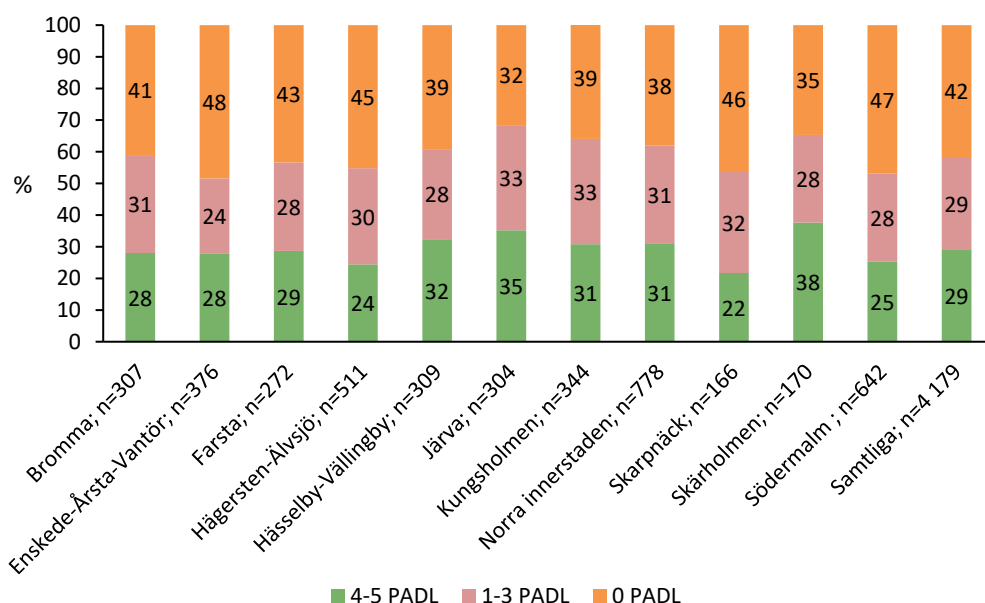
Mellan åren 2016 och 2025 ökade andelen som redan hade stora omsorgsbehov i form av behov av stöd med 4–5 PADL när de debuterade inom äldreomsorgen, från 22 procent år 2016 till 29 procent år 2025. Andelen som inte behövde stöd med någon PADL, och därmed kan antas behöva stöd med enbart service, minskade däremot något under samma period (figur 14). Ungefär en tredjedel av äldreomsorgens debutanter hade svåra



Figur 13. Andel (%) med olika insatser från äldreomsorgen när de fick insatser från äldreomsorgen för första gången, n=4 651, Stockholms stad 2025.



Figur 14. Andel (%) omsorgstagare som debuterade inom äldreomsorgen, med olika grad av funktionsnedsättning, Stockholms stad 2016–2025. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategori (p<0,05). Saknade värden: personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL) 10 procent; kognitiv nedsättning 11 procent; rörelsehinder 6 procent; oro 30 procent.



Figur 15. Andel (%) omsorgstagare som debuterat inom äldreomsorgen för första gången med olika grad av behov av stöd med personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL). Stockholms stad, 2016–2025. Saknade värden 9 procent.

eller mycket svåra rörelsehinder, 10–13 procent hade svår eller mycket svår kognitiv nedsättning och 12–14 procent besvärades av svår eller mycket svår oro.

Omsorgsbehoven skiljde sig mellan stadsdelsområdena.

Andelen omsorgstagare som redan hade så pass stora omsorgsbehov att de behövde stöd med minst fyra av fem PADL när de debuterade skiljde något mellan stadsdelsområdena (figur 15). Högst var andelen i Skärholmen (38 %) och Järva (35 %) och lägst i Skarpnäck (22 %) och Hägersten-Älvsjö (24 %).

Andelen som inte behövde något stöd med PADL, och därmed kan antas endast hade behov av serviceinsatser, var högst i Enskede-Årsta Vantör (48 %) och Skarpnäck (46 %), och lägst i Järva (32 %) och Skärholmen (35 %).

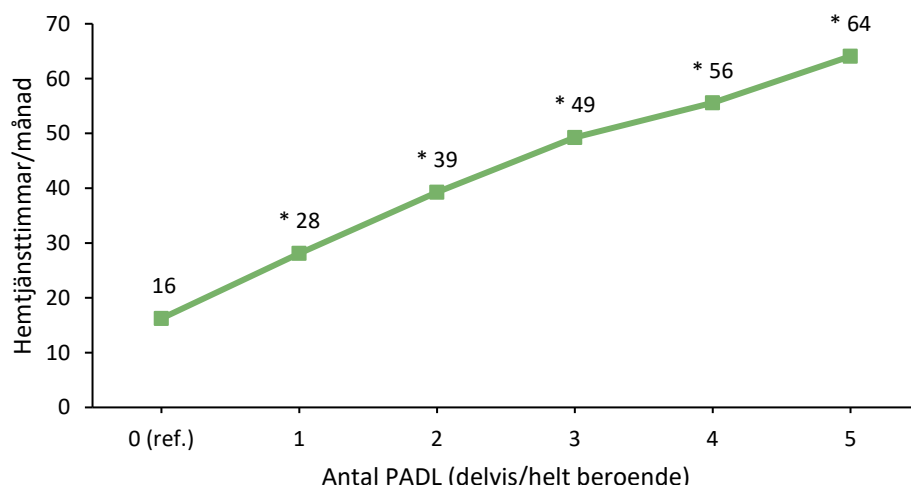
Insatser 2025 i relation till bedömda behov och sociodemografiska faktorer

Hemtjänst

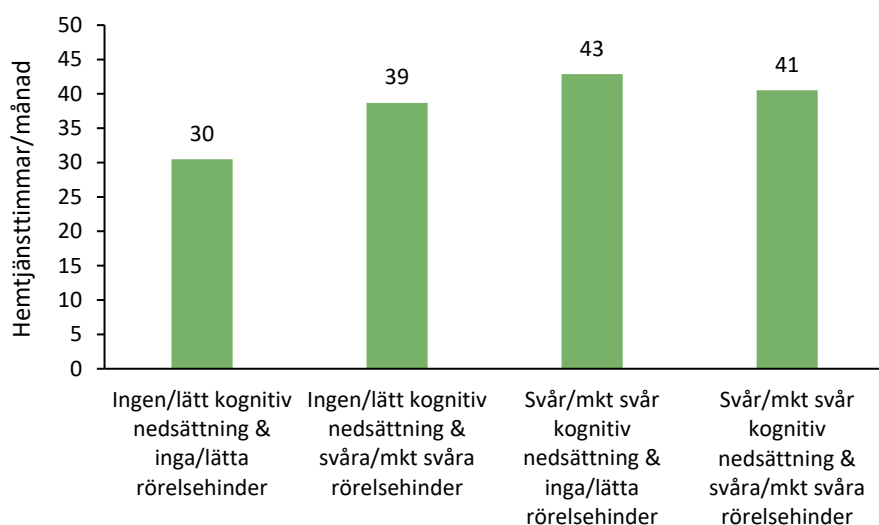
Starkt samband mellan antalet PADL som en person behöver hjälp med och omfattningen av beviljad hemtjänst

Det finns ett starkt samband mellan hur många PADL som omsorgstagare behöver stöd med och omfattningen av hemtjänst, vilket visas i figur 16.

I genomsnitt hade omsorgstagare som var i behov av hjälp med en av dessa aktiviteter 28 timmar hemtjänst per månad och en omsorgstagare med behov av hjälp med samtliga, 64 timmar per månad.



Figur 16. Samband mellan omfattning av hemtjänst och olika nivåer av behov av stöd med personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL), n=13 935. Stockholms stad 2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategorin ($p < 0,05$). Saknade värden 5,5 procent.



Figur 17. Den kombinerade påverkan av rörelsehinder och kognitiv nedsättning på omfattningen av hemtjänst, n=13 750. Stockholms stad 2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. Saknade värden 7,2 procent.

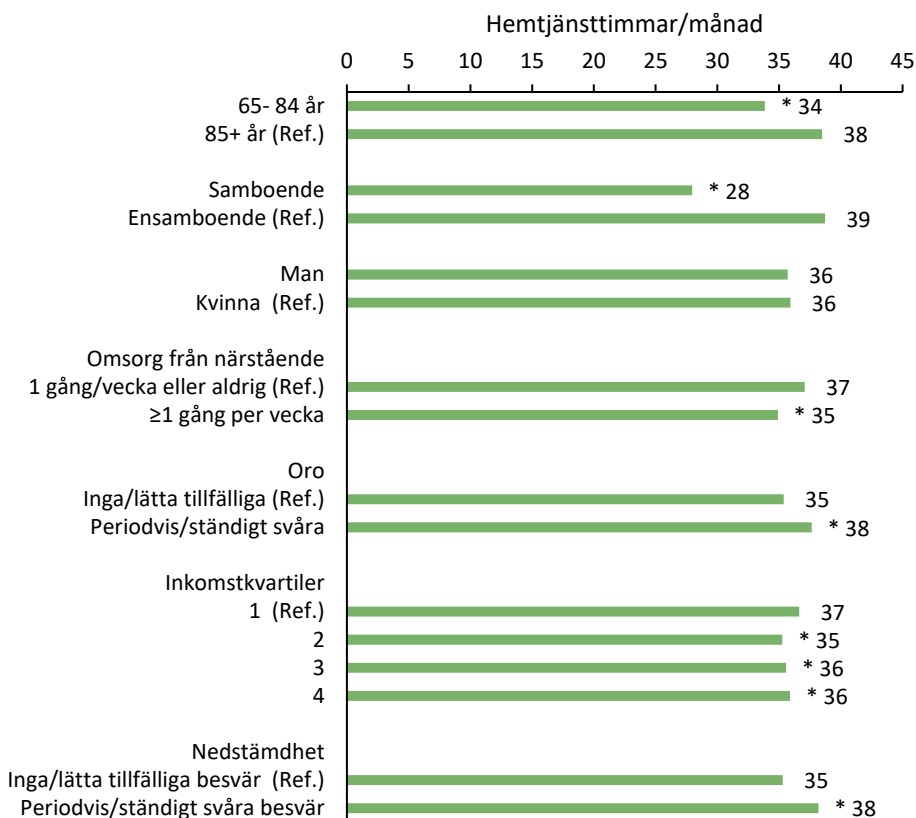
Kombinationen av kognitiv nedsättning och rörelsehinder påverkar hemtjänstens omfattning

Av de omsorgstagare som bedömdes ha svår eller mycket svår kognitiv nedsättning beviljades de *utan* rörelsehinder fler hemtjänsttimmar per månad än de *med* svåra rörelsehinder (figur 17). Det vill säga, antalet hemtjänsttimmar påverkas av graden av rörelsehinder, men hur stark den påverkan är beror på om personen har en kognitiv nedsättning eller inte.

Exempelvis hade omsorgstagare med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning och *med* svåra rörelsehinder omsorg i snitt 41 timmar/månad, jämfört med de med svår kognitiv nedsättning men *utan* svåra rörelsehinder som hade 43 timmar/månad.

Ensamboende påverkar antalet hemtjänsttimmar

Ensamboende omsorgstagare hade i snitt elva timmar mer per månad än samboende med liknande nivåer av behov (figur 18). Även hög ålder, låg frekvens av hjälp från närstående, svåra besvär med oro eller nedstämdhet samt låg inkomst var till viss grad relaterat till ett högre antal beviljade timmar. När man tar hänsyn till ålder, behov och om personen bor



Figur 18. Olika faktors påverkan på omfattning av hemtjänst, n=13 935. Stockholms stad 2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. Saknade värden: omsorg från närstående 14 procent, oro 20 procent, nedstämdhet 24 procent. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategori (p <0,05).

ensam ser man ingen skillnad i hemtjänstens omfattning mellan kvinnor och män.

Vid tolkning av resultaten är det viktigt att ta hänsyn till att vissa uppgifter saknas. För 14 procent (n=2 680) saknades uppgifter om omsorg från närstående, för 20 procent (n=3 763) uppgifter om oro och för 24 procent (n=4 562) uppgifter om nedstämdhet.

Tabell 6. Antal omsorgstagare med beslut om hemtjänst per stadsdelsförvaltning i Stockholms stad 2025, samt andel (%) av det totala antalet.

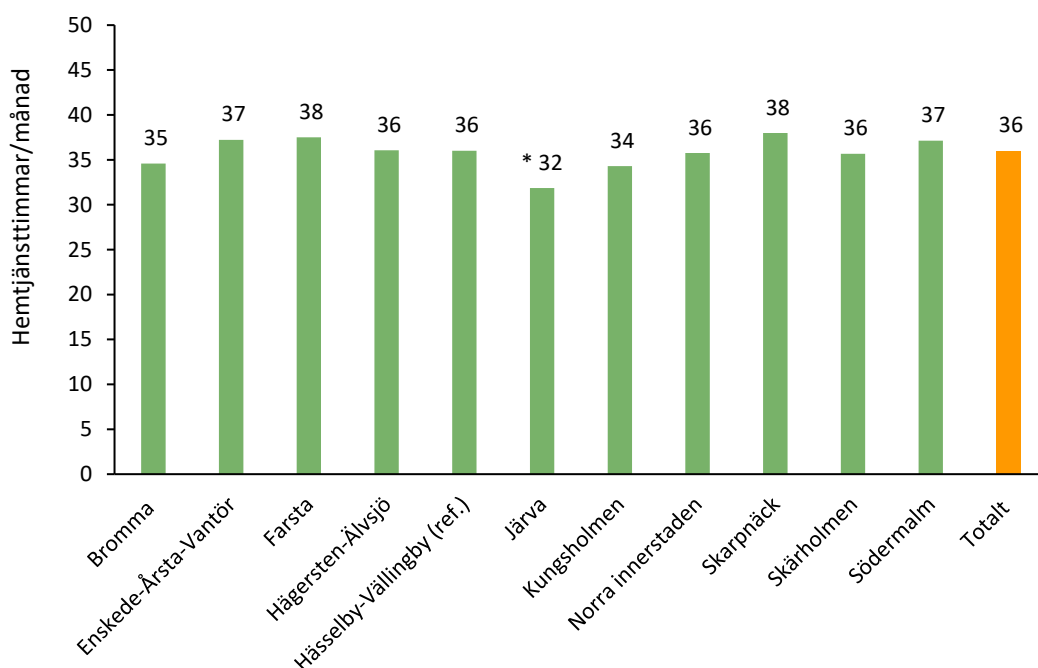
Stadsdelsförvaltning	Antal omsorgstagare som fick beslut om hemtjänst, 2025	Andel (%)
Bromma	1 583	8,3
Enskede-Årsta-Vantör	1 775	9,3
Farsta	1 343	7,0
Hägersten-Älvsjö	2 125	11,1
Hässelby-Vällingby	1 497	7,8
Järva	1 465	7,7
Kungsholmen	1 438	7,5
Norra innerstaden	3 190	16,7
Skarpnäck	827	4,3
Skärholmen	823	4,3
Södermalm	3 069	16,0
Totalt	19 135	100

Hemtjänstens omfattning påverkas av samma behovsfaktorer, men antalet beviljade timmar skiljer sig mellan stadsdelarna

Under 2025 fick totalt 19 135 personer beslut om hemtjänst i staden. Flest bodde i Norra innerstaden, och färst i Skärholmen och Skarpnäck (tabell 6).

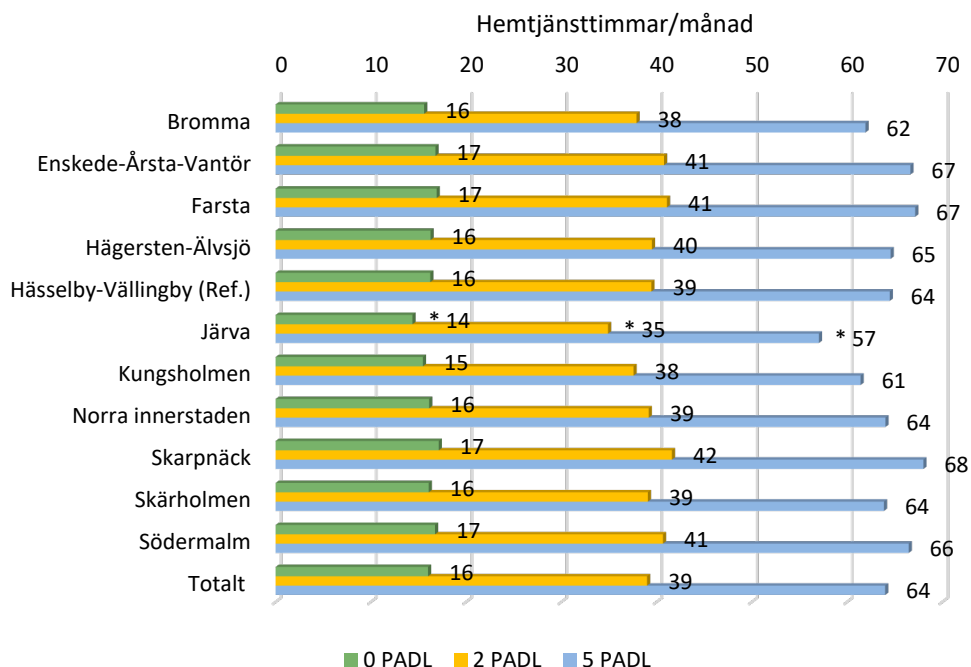
Resultaten visar att hemtjänstens omfattning påverkas av liknande behovsfaktorer i samtliga stadsdelar, framför allt behov av stöd i personliga aktiviteter i dagliga livet (PADL), kognitiv förmåga och rörelsehinder. Samtidigt skiljer sig det genomsnittliga antalet beviljade timmar mellan stadsdelarna vid jämförbara behovsnivåer (figur 19 och 20).

Exempelvis hade omsorgstagare i Järva i snitt 32 timmar per månad, vilket är signifikant färre än i Hässelby-Vällingby (36 timmar, referenskategori) vid liknande nivå av behov. När vi i analyserna tar hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning och behov i varje stadsdel ser vi att skill-



Figur 19. Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per månad i varje stadsdelsområde, n=13 935. Stockholms stad, 2025. För att möjliggöra jämförelse har det i analyserna tagits hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referens-kategorin ($p < 0,05$).

naderna i beviljade timmar inte beror på att grupperna är olika, till exempel i ålder, hur många som bor ensamma eller hur många som har kognitiv nedsättning.



Figur 20. Genomsnittliga antal beviljade hemtjänsttimmar per månad i varje stadsdel vid olika nivåer av behov av stöd med personliga aktiviteter i dagliga livet, PADL, n=13 935. Stockholms stad, 2025. För att möjliggöra jämförelse har det i analyserna tagits hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategori (p < 0,05).

Vård och omsorgsboende

En låg andel omsorgstagare beviljades vård- och omsorgsboende 2025, med något högre nivåer bland de äldsta och de med regelbunden omsorg från närstående

År 2016 fick 18 av 1 000 invånare som var 65 år eller äldre ett beslut om vård- och omsorgsboende i staden. År 2025 hade motsvarande siffra minskat till 14 per 1 000 invånare 65 år eller äldre (tabell 7).

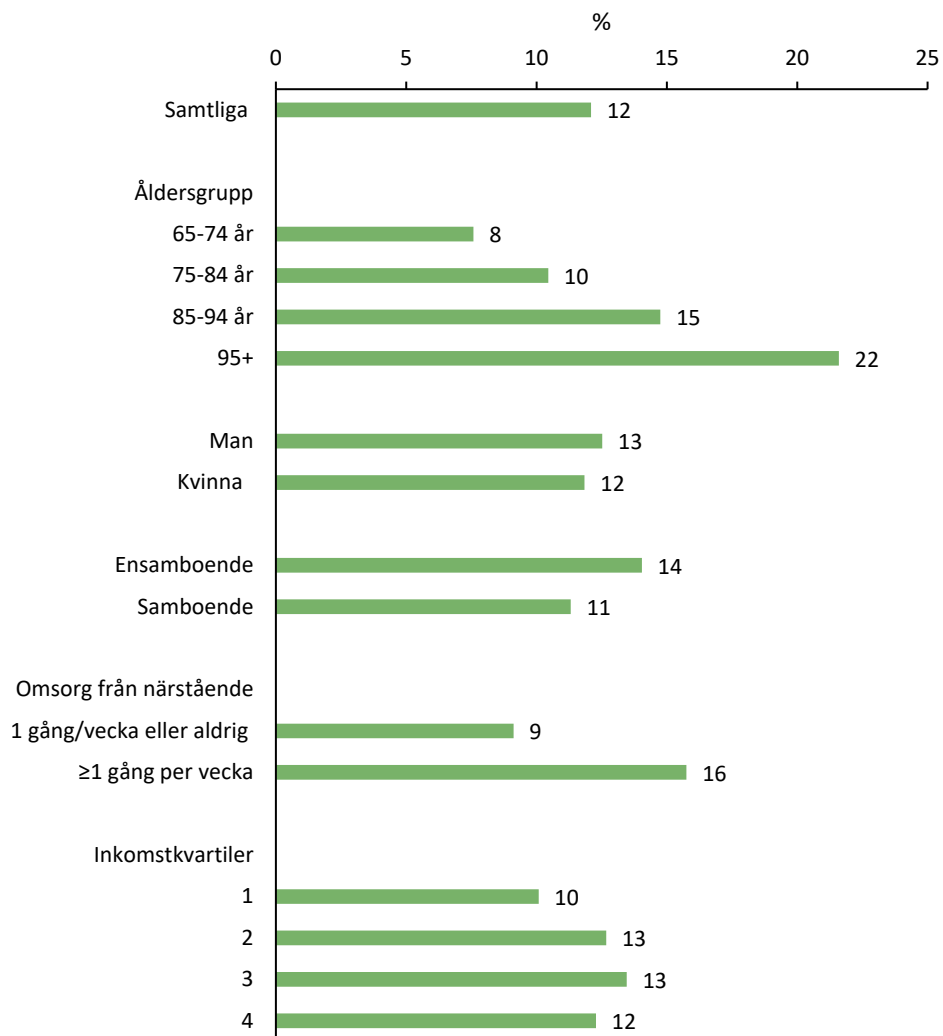
Tabell 7. Antal personer som fått beslut om vård- och omsorgsboende, Stockholms stad 2016–2025.

År	Antal personer som fick beslut om vård- och omsorgsboende	Antal beslut per 1 000 invånare 65 år och äldre
2016	2 495	18,1
2017	2 334	16,6
2018	2 274	15,8
2019	2 268	15,4
2020	2 119	14,2
2021	2 383	15,6
2022	2 365	15,1
2023	2 413	15,1
2024	2 316	14,1
2025	2 378	14,2

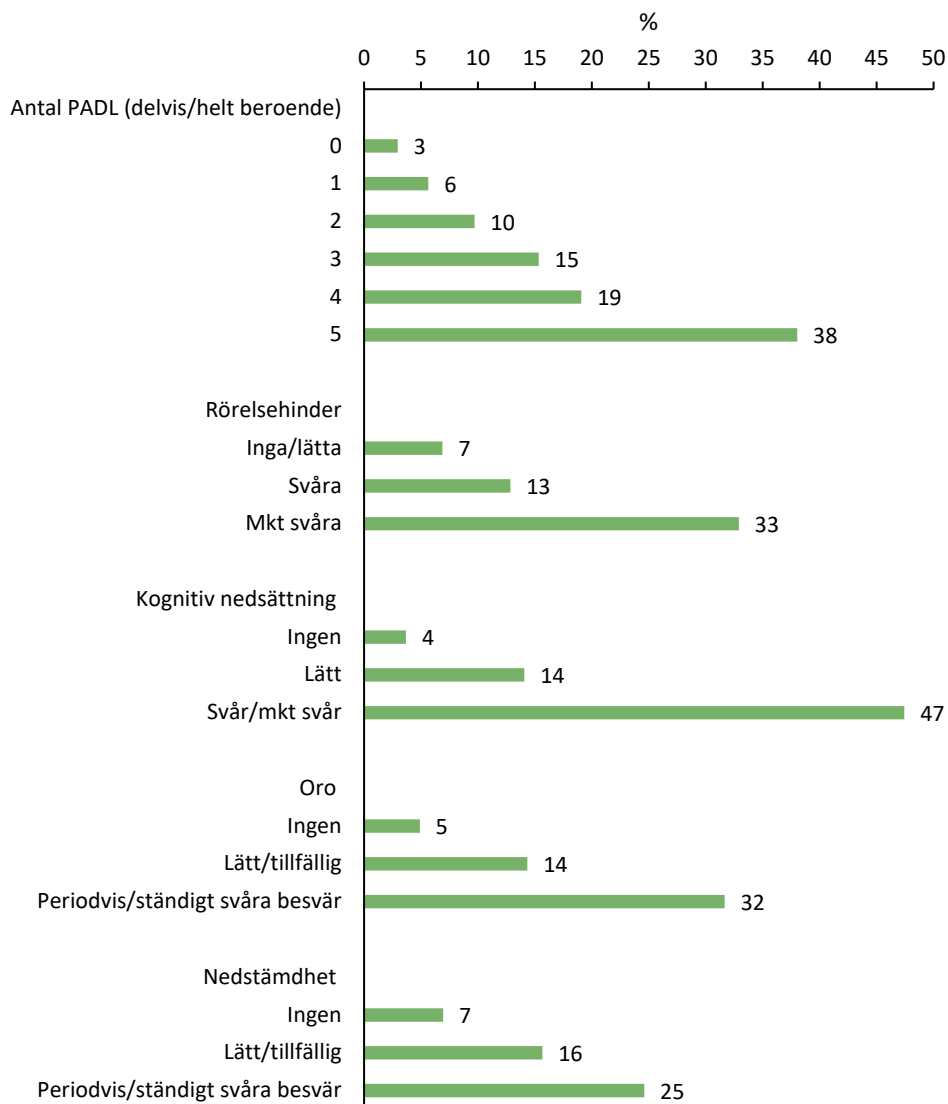
I figur 21 visas andelen omsorgstagare som under 2025 fick beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst). Andelen var generellt låg i samtliga sociodemografiska grupper, tolv procent i snitt. Högst var andelen bland omsorgstagare 95 år och äldre (22 %) och bland dem som hade omsorg från närstående minst en gång per vecka (16 %).

Beslut om vård- och omsorgsboende varierade främst med funktionsnedsättning, inte med sociodemografi

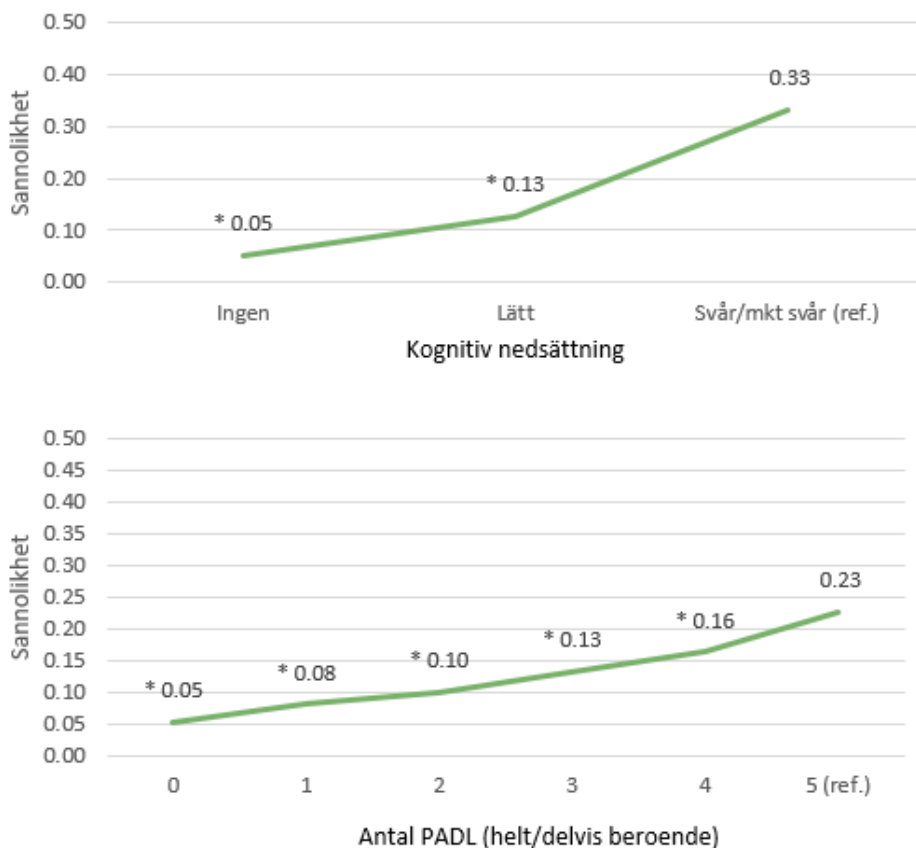
Andelen beslut om vård- och omsorgsboende varierade betydligt mer med omsorgstagarnas funktionsnedsättning än mellan sociodemografiska grupper (figur 22). Beslut var vanligast bland personer med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning (47 %), de som var i behov av stöd med samtliga PADL (38 %) och de som hade svår oro eller svåra rörelsehinder (32 respektive 33 %). Samtidigt fick över hälften av omsorgstagarna med den högsta graden av kognitiv nedsättning, och över 60 procent av dem som behövde hjälp med alla fem PADL, beslut om hemtjänst, och inte vård- och omsorgsboende.



Figur 21. Andel (%) omsorgstagare, uppdelat efter sociodemografiska faktorer, som under 2025 fick beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst), n=2 378. Stockholms stad, 2025.



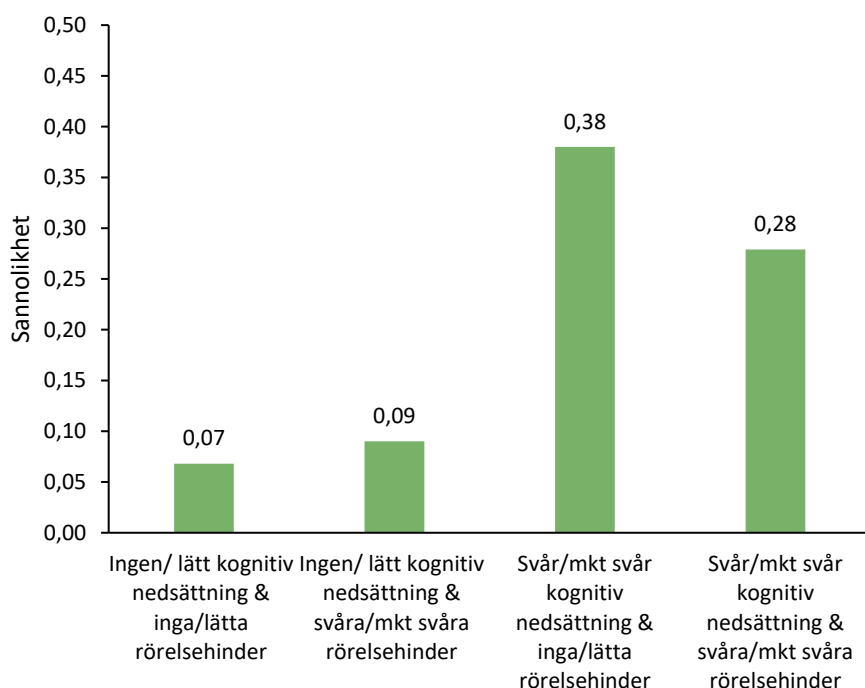
Figur 22. Andel (%) omsorgstagare, uppdelat på nivå av funktionsnedsättning, som under 2025 fick beslut om vård- och omsorgsboende, n=2 378. Stockholms stad, 2025.



Figur 23. Sannolikhet att få ett beslut om vård- och omsorgsboende vid olika nivåer av kognitiv nedsättning respektive behov av stöd i personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL), n=16 813. Stockholms stad, 2025. * Statistiskt signifikant skillnad från referens-kategorin (p<0,05). Saknade värden: kognitiv nedsättning 11,5 procent, PADL 5,5 procent.

Analyser av sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende, i stället för hemtjänst, visar att grad av kognitiv nedsättning och behov av stöd med PADL hade störst betydelse (figur 23).

Vidare analyser visade att sannolikheten att under år 2025 ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende berodde på samspelet mellan kognitiv förmåga och rörelsehinder. Högst sannolikhet för beslut om vård- och omsorgsboende (38 %) hade omsorgstagare med svår kognitiv nedsättning,

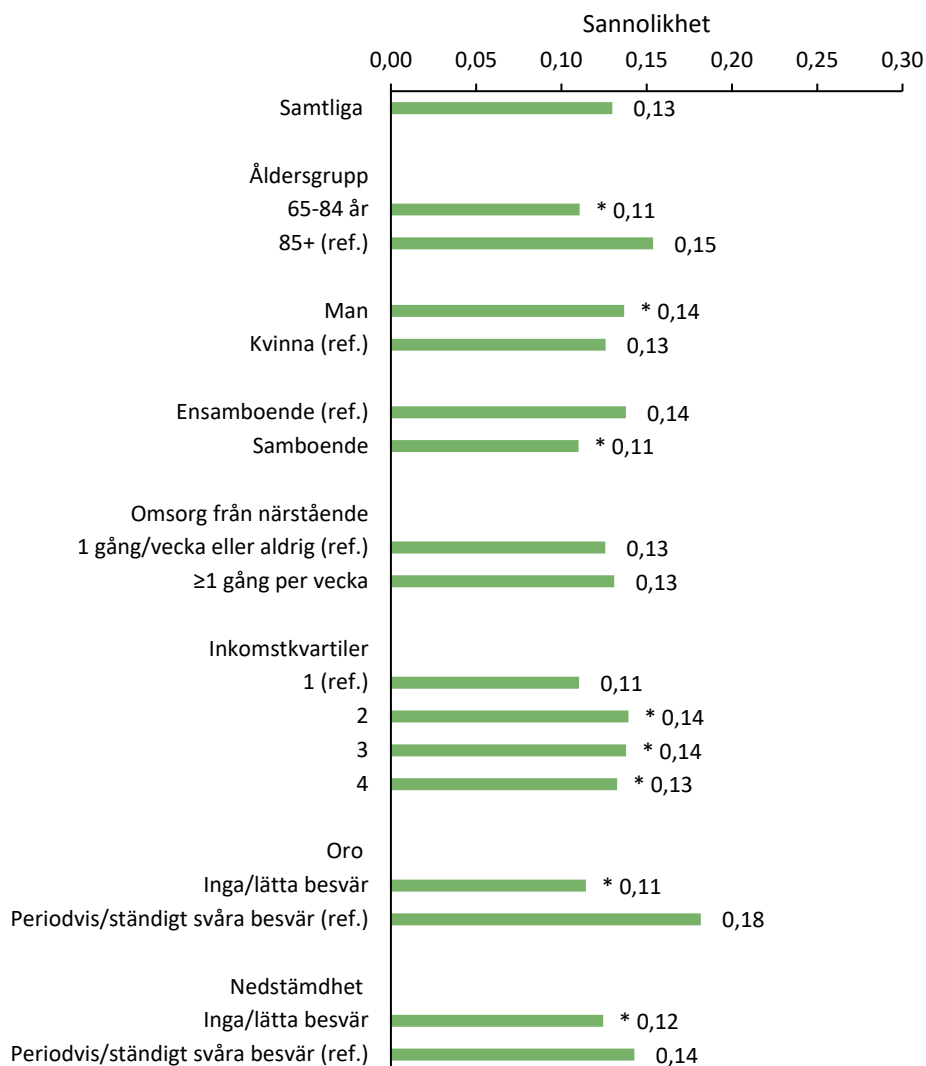


Figur 24. Sambandet mellan kognitiv nedsättning och rörelsehinder och sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst), n=16 813. Stockholms stad, 2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. Saknade värden: kognitiv nedsättning 11,5 procent, rörelsehinder 3,9 procent.

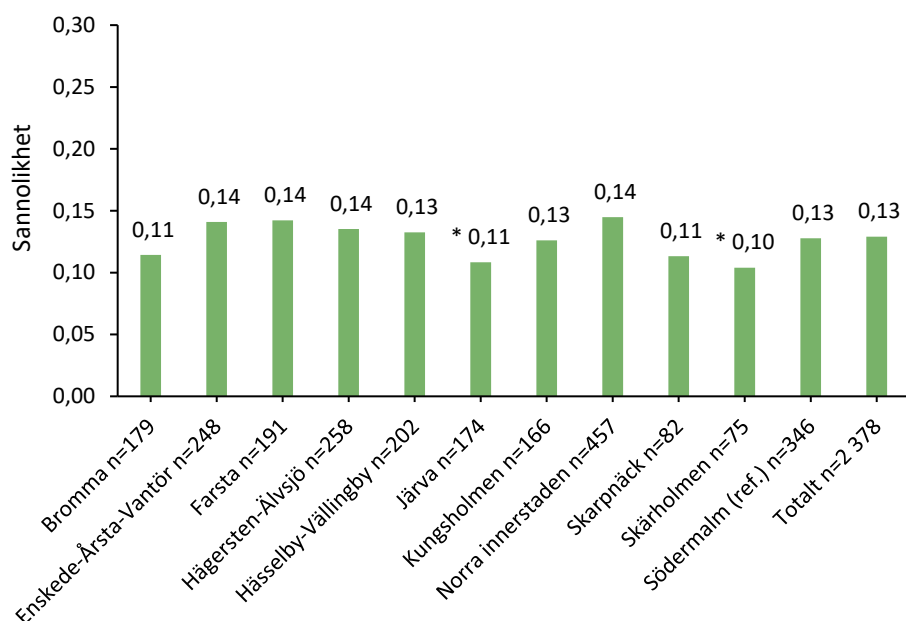
men utan svåra rörelsehinder (figur 24). För dem utan eller med lätt kognitiv nedsättning var sannolikheten låg, oavsett rörelsehinder (under 10 %). Det mönstret har även setts för tidigare år (Meinow m fl 2020, von Berens m fl 2025).

Övriga faktorer hade mindre betydelse för sannolikheten att ha fått plats beviljad på vård- och omsorgsboende under 2025

En ålder över 85 år, ensamboende, högre inkomst, samt att besväras av svår oro eller nedstämdhet, ökade sannolikheten något för att ha fått beslut om vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst under 2025, men hade sammantaget liten betydelse (figur 25). Män hade en marginellt högre sannolikhet (14 %) än kvinnor (13 %). När analyserna tar hänsyn till omsorgstagarens behovsnivå hade frekvensen av närståendes omsorg ingen betydelse.



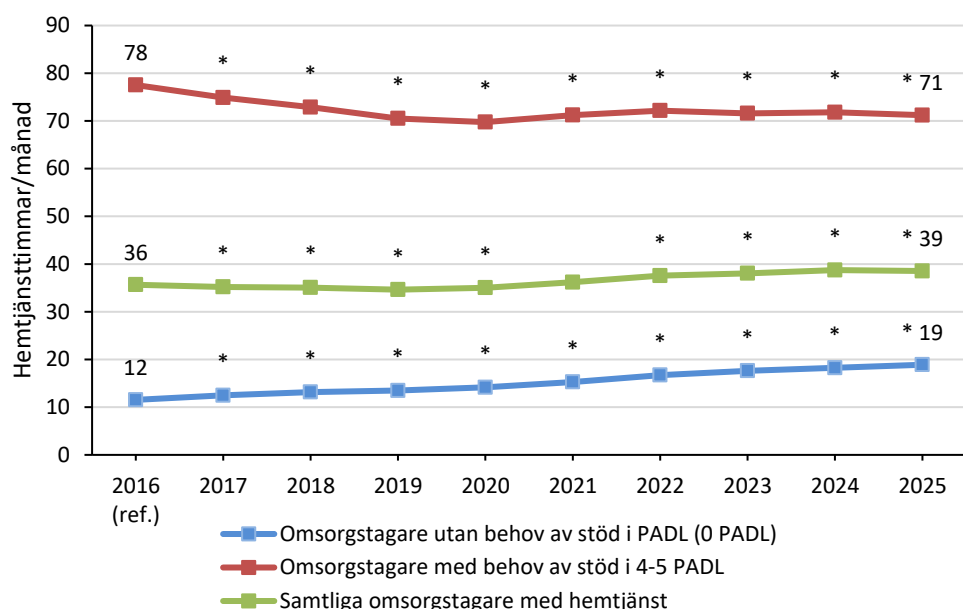
Figur 25. Olika faktorerers betydelse på sannolikheten att ha fått ett beslut om vård- och omsorgsboende (i stället för hemtjänst), n=16 803. Stockholms stad, 2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategori (p<0,05). Saknade värden: omsorg från närstående 14,1 procent, oro 19,5 procent, nedstämdhet 23,5 procent.



Figur 26. Sannolikhet att få ett beslut om vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst, per stadsdel. Stockholms stad, 2025. För att möjliggöra jämförelse har det i analyserna tagits hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referens-kategorin ($p < 0,05$).

Liknande sannolikhet i stadsdelarna att beviljas vård- och omsorgsboende

Givet samma nivå av behov hade omsorgstagare i de flesta stadsdelar under 2025 en liknande sannolikhet att beviljas vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst (figur 26). De flesta stadsdelar skilde sig inte nämnvärt från Södermalm, som ligger i mitten av fördelningen och därför används som referenskategori. Järva och Skärholmen hade dock en signifikant lägre sannolikhet. I vissa stadsdelar, exempelvis Skärholmen och Skarpnäck, togs få beslut om vård- och omsorgsboende, vilket innebär att resultaten för dessa stadsdelar bör tolkas med försiktighet.

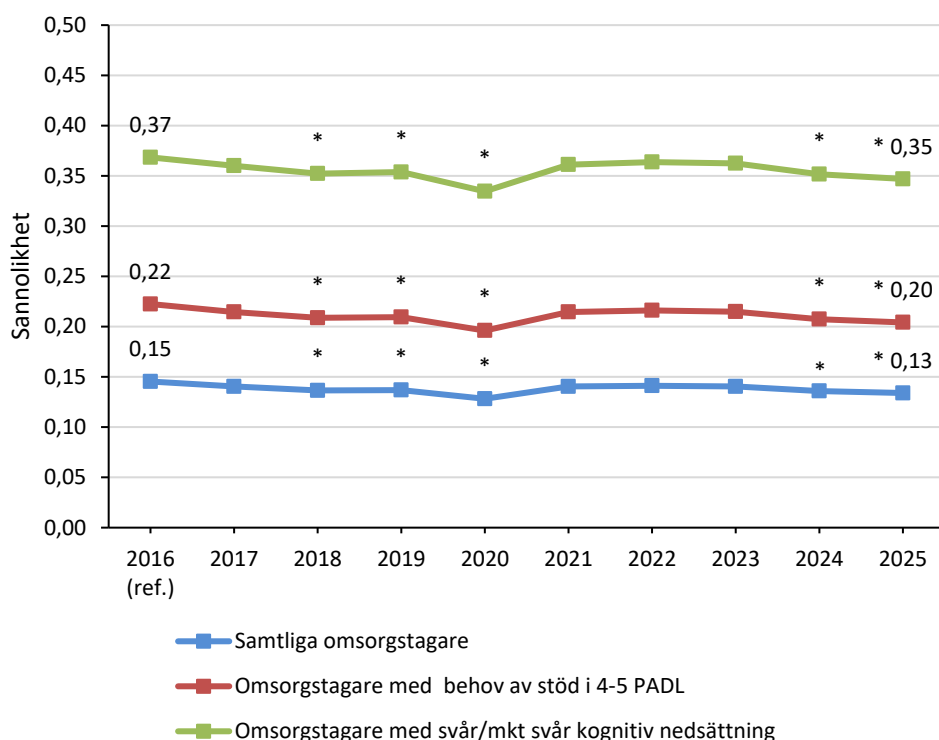


Figur 27. Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar per månad vid olika nivåer av behov, n=139 217. Stockholms stad, 2016–2025. I analyserna har hänsyn tagits till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och övriga behovsindikatorer. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategori (p<0,05). Saknade värden 5 procent.

Insatser i relation till bedömda behov 2016–2025

Över tid har personer med stora behov i genomsnitt beviljats färre hemtjänsttimmar, medan de med mindre behov beviljats fler

Den genomsnittliga omfattningen av hemtjänst har legat relativt stabilt sedan 2016 (figur 27). Däremot har omfattningen av hemtjänst under de senaste tio åren minskat för omsorgstagare med stora omsorgsbehov (behov av stöd i minst fyra PADL). Minskningen skedde framför allt under åren 2016–2019. Samtidigt har omfattningen av hemtjänst successivt ökat från 2016 för omsorgstagare som inte behöver hjälp med personlig omsorg, utan främst med serviceinsatser (0 PADL).



Figur 28. Sannolikhet att få ett beslut om vård- och omsorgsboende i stället för hemtjänst vid olika nivåer av behov, n=167 317. Stockholms stad, 2016–2025. För att möjliggöra jämförelse mellan åren har det i analyserna tagits hänsyn till omsorgstagarnas sammansättning vad gäller sociodemografiska faktorer och behovsindikatorer. Saknade värden: kognitiv nedsättning 6 procent, PADL 5 procent. *Statistiskt signifikant skillnad från referenskategorin ($p < 0,05$).

Sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende var relativt stabil under hela perioden 2016-2025.

Sannolikheten att ha beviljats vård och omsorgsboende bland omsorgstagarna låg under hela perioden 2016–2025 mellan 13 och 15 procent. Även bland omsorgstagare med de mest omfattande omsorgsbehoven hade majoriteten fått ett hemtjänstbeslut och inte ett beslut om vård- och omsorgsboende (figur 28).

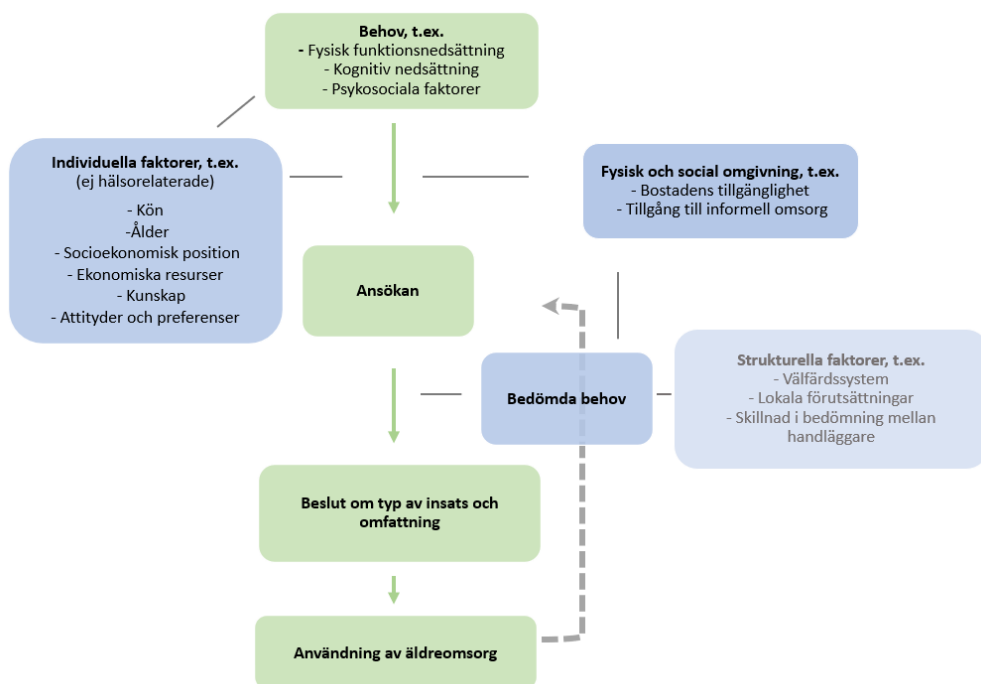
DISKUSSION

Behovet av äldreomsorg väntas öka de kommande åren, främst på grund av att antalet personer som är 80 år eller äldre beräknas stiga. I Stockholms stad förväntas en ökning med omkring 40 procent till 2040. Samtidigt är både ekonomiska resurser och tillgången på kvalificerad personal begränsade (Sveriges kommuner och regioner 2022). En avgörande fråga för såväl möjligheten att möta äldres behov som för fördelningen av äldreomsorgens resurser är vilka insatser som beviljas i relation till bedömda behov. Detta gör det viktigt att förstå vilka som beviljas äldreomsorg, vilka insatser som ges, omsorgstagarnas behovsnivå samt hur dessa faktorer förändras över tid. Det är även centralt att följa om bedömningar och beslut är jämlika och jämställda.

Unikt för underlaget till denna rapport är att det både innehåller information om vilka insatser personer fått beslut om och om de bedömda behov som legat till grund för beslutet. Till skillnad från analyser som enbart baseras på uppgifter om beviljade eller verkställda insatser i det nationella registret över socialtjänstinsatser till äldre (Socialstyrelsen 2025), möjliggör detta analyser av hur insatser beviljas i relation till de behov som har bedömts. Det ger också möjlighet att undersöka om det finns omotiverade skillnader i fördelningen av insatser, det vill säga om insatserna fördelas på ett jämställt och jämlikt sätt.

Vad påverkar behovet av och efterfrågan på insatser?

Resultaten i denna rapport visar tydliga samband mellan bedömda behov och beviljade insatser. De faktorer som hade störst betydelse för omfattningen av hemtjänsten och för sannolikheten att beviljas plats på vård- och omsorgsboende var antalet personliga aktiviteter i dagligt liv (PADL) som omsorgstagaren behövde stöd med, samt graden av kognitiv nedsättning. Ju större behov av stöd med PADL och ju mer omfattande den kognitiva nedsättningen var, desto mer omfattande insatser beviljades. Samtidigt hade majoriteten av omsorgstagarna med stora omsorgsbehov och svår kognitiv nedsättning hemtjänst i ordinärt boende snarare än plats på vård- och omsorgsboende. Mönstret var detsamma i samtliga stadsdelsförvaltningar, även om omfattningen av de beviljade insatserna varierade något.



Figur 29. Modell över faktorer som påverkar användandet av insatser från äldreomsorgen. Omarbetad version som utgår från Andersens *Behavioral model*, 1995.

De tydliga sambanden mellan bedömda behov och beviljade insatser tyder på att behoven har stor betydelse för beslut om insatser. Samtidigt finns det sannolikt andra faktorer som också påverkar vilka insatser en person har, men som inte fångas i det datamaterial som ligger till grund för analyserna.

Modellen i figur 29 kan vara till hjälp för att förstå samspelet mellan behov och verkställd äldreomsorg och för att diskutera resultaten i denna rapport.

För att en person ska få insatser från äldreomsorgen krävs, förutom behov, en ansökan om insatser. Om och när en person ansöker om insatser från äldreomsorgen kan påverkas av flera faktorer, som också samspelar.

Individuella faktorer, som ålder, kön, och socioekonomisk position, kan dels ha ett samband med behov av hjälp, dels påverka om ett behov leder

till efterfrågan på insatser. Exempelvis löper personer med låg socioekonomisk position en högre risk att ha sämre hälsa och funktionsförmåga jämfört med personer med hög socioekonomisk position (Agahi m fl 2014, Darin-Mattsson m fl 2017). Det återspeglas i resultatet i denna rapport, då omsorgstagare i stadsdelsområden med en förhållandevis hög andel invånare med låg inkomst i snitt var yngre jämfört med stadsdelsområden där fler har en hög socioekonomisk position (Stockholms stad 2026).

Kunskap om vilket stöd som finns att tillgå, hur ansökningsprocessen går till, samt attityder till äldreomsorgen och till att ta emot hjälp kan också påverka benägenheten att ansöka om och ta emot omsorg. Resultaten visar att andelen som redan hade omfattande omsorgsbehov när de beviljas äldreomsorg för första gången ökade under åren 2016–2025. Detta skulle kunna tyda på en minskad benägenhet att ansöka om äldreomsorg innan behoven har blivit stora. En sådan utveckling förklaras sannolikt inte av att personer med mindre omfattande behov nekas hemtjänst, eftersom avslag på ansökningar om hemtjänst är ovanliga. Under 2025 fick endast 0,6 procent av samtliga ansökningar om hemtjänst i Stockholms stad avslag (Äldreförvaltningen Stockholms stad 2026).

Förmågan att klara sig självständigt kan också påverkas av den *fysiska och sociala omgivningen*, som exempelvis bostadens tillgänglighet och tillgång till informell omsorg. Att bo ensam har även i tidigare studier (Meinow m fl 2005, von Berens m fl ref 2024) visat sig vara relaterat till att mer omfattande insatser beviljats. Vid en enkel jämförelse mellan ensam- och samboende omsorgstagare, utan att ta hänsyn till att den genomsnittliga behovsnivån kan skilja sig mellan grupperna och att alla sammanboende personer inte har tillgång till informell omsorg, visade resultaten i denna studie att båda grupperna beviljades ungefär lika många timmar hemtjänst per månad. När hänsyn tas till behovsnivå samt tillgång till informell omsorg visar resultaten dock att samboende omsorgstagare hade betydligt färre hemtjänsttimmar per månad än ensamboende. Resultaten väcker frågan om samboende personer, trots behov, i mindre utsträckning efterfrågar hemtjänst – och i så fall varför – eller om behovsbedömningen är mer restriktiv för denna grupp.

Strukturella faktorer, det vill säga äldreomsorgens ekonomiska och organisatoriska förutsättningar, samt lokala riktlinjer och arbetssätt, kan också påverka sambandet mellan behov och beviljad insats. Efter att ansökan inkommit ska biståndshandläggaren göra en bedömning och ta ett be-

slut om beviljade insatser. Våra resultat indikerar att det finns samstämmighet i biståndshandläggarnas bedömningar då det framkommer att det är samma behovsindikatorer som är avgörande för vilket stöd som beviljas. Dock är det utifrån tillgängliga data inte möjligt att uttala sig om omsorgstagarna beviljades stöd i den omfattningen som de behövde. Resultaten visar också att det fanns skillnader mellan stadsdelsområdena i omfattning av beviljat stöd givet liknande behovsnivåer. Förklaringarna till detta kan vara flera, exempelvis att omsorgstagarnas benägenhet att ansöka om insatser skiljer sig åt mellan stadsdelsområdena. Det kan också bero på skillnader i stadsdelsförvaltningarnas ekonomiska utrymme och lokala rutiner.

Förändring över tid

Underlaget till rapporten gör det möjligt att studera förändring över tid och belysa hur omsorgens omfattning har utvecklats för omsorgstagare med jämförbara behov. Resultaten visar att sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende, i stället för hemtjänst, har legat relativt stabil under perioden 2016–2025. Däremot har omfattningen av hemtjänsten förändrats. Även om det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per månad ökade något under perioden som helhet, minskade antalet timmar för omsorgstagare med de mest omfattande behoven. Exempelvis hade personer med behov av stöd i minst fyra PADL i genomsnitt 78 hemtjänsttimmar per månad år 2016, jämfört med 71 timmar år 2025.

Tillsammans med att allt fler omsorgstagare har omfattande behov redan när de beviljas äldreomsorg för första gången tyder dessa resultat på att äldreomsorgen i ökande utsträckning möter personer med stora och komplexa behov, samtidigt som antalet hemtjänsttimmar för de mest omsorgskrävande individerna har minskat.

Denna utveckling kan ses i ljuset av resultat från andra studier, som visar hur omsorgspersonalens arbete i allt högre grad präglas av personlig omvårdnad, fysiskt krävande arbetsuppgifter och tidspress (Strandell 2022). Resultat från en rapport som bygger på enkätsvar från undersköterskor och vårdbiträden inom äldreomsorgen (Strandell m fl 2026) visar att nästan hälften (48 %) av hemtjänstpersonalen år 2025 uppgav att de i stort sett varje dag eller varje vecka inte hinner utföra planerade arbetsuppgifter hos omsorgstagarna. Motsvarande andel var 33 procent år 2015. Samtidigt uppgav 74 procent att de i stort sett varje dag eller varje vecka upplevde underbemanning.

Efter att ett beslut har fattats om hemtjänst är det inte ovanligt att beslutets omfattning justeras, exempelvis till följd av förändrade behov eller förändringar i omsorgstagarens livssituation. Beslutets omfattning kan även påverkas av den faktiskt utförda tiden för insatserna (Stockholms stad 2024). Om exempelvis den utförda tiden under en längre period systematiskt understiger den beviljade kan detta leda till att den beviljade hemtjänsttiden minskas, trots att omsorgstagarens behov inte har förändrats. En möjlig risk är därmed att insatsernas omfattning anpassas efter utförarens faktiska möjligheter att genomföra insatserna snarare än efter omsorgstagarens behov, vilket i sin tur kan bidra till att befästa eller förstärka den tidspress som redan finns i verksamheten.

Vi behöver fortsätta följa utvecklingen, både vad gäller omsorgstagarnas behov och omfattningen av de insatser som beviljas i relation till dessa behov. Det är samtidigt viktigt att uppmärksamma vilka konsekvenser utvecklingen får för omsorgstagarnas välbefinnande och möjligheter att få sina behov tillgodosedda, samt för personalens arbetsvillkor, arbetsmiljö och möjligheter att utföra omsorg av god kvalitet.

Med den tillgängliga datan är det svårt att avgöra vad i resultaten som kan förklaras av förändringar i riktlinjer, exempelvis mindre generösa beslut på grund av ekonomiska åtstramningar, eller av en minskad efterfrågan. Att fördelningen av äldreomsorg påverkas av förändrade riktlinjer är förväntat med tanke på nedskärningar som skett inom äldreomsorgen och brist på resurser som rapporterats under de senaste åren (Porter 2024). Hur stadsdelsförvaltningar hanterar och omsätter besparingskrav i relation till den lokala befolkningens förhållanden och behov kan vara en förklaring till de skillnader i beviljad omsorg vi ser mellan stadsdelsförvaltningarna.

Strukturerade uppgifter möjliggör kunskapsbyggande om jämlik och behovsanpassad omsorg

Som vi tidigare beskrivit baserar vi våra analyser på data om typ och omfattning av insatser, sociodemografiska variabler samt ett antal behovsindikatorer. Sammantaget skapar detta goda förutsättningar att analysera sambanden mellan beviljade insatser, bedömda behov och sociodemografiska faktorer, och därigenom bidra med fördjupad kunskap inom området. Det finns dock behovsrelaterade förklaringsfaktorer som saknas i

tillgängliga data, eftersom endast delar av biståndshandläggarnas utredningar dokumenteras på ett sätt som möjliggör kvantitativa analyser. Exempelvis saknas information om behov av hjälp med serviceinsatser som hushållssysslor, matlagning och handling. Ett annat exempel är om den enskilde upplever ensamhet och isolering, något som särskilt ska beaktas vid beviljande av vård- och omsorgsboende enligt stadens riktlinjer för biståndshandläggning (Stockholms stad 2021).

En stor del av biståndshandläggarnas behovsbedömningar dokumenteras som löpande text och möjliggör därmed inte ett systematiskt uttag av information för analys. En mer strukturerad dokumentation som omfattar fler behovsaspekter skulle kunna ge fördjupad kunskap om hur olika faktorer samspelar vid biståndsbeslut.

Att ta hänsyn till vid tolkning av resultaten

Vid tolkning av resultaten i denna rapport är det viktigt att ta hänsyn till att data baseras på biståndshandläggarnas bedömningar. Även om det finns förklaringar till de olika svarsalternativen i bedömningsinstrumentet kan det finnas en variation i biståndshandläggarnas bedömningar. Vidare är kategorierna för olika nivåer av behov relativt breda, vilket gör att det kan finnas en variation av behoven inom en och samma kategori.

Det är viktigt att notera att även om insatsernas omfattning är tydligt relaterade till nivå av bedömda behov och samma faktorer tycks påverka äldreomsorgens omfattning i samtliga stadsdelar, säger resultaten inte om de beviljade insatserna i tillräcklig utsträckning motsvarar omsorgstagararnas behov. Insatsernas omfattning kan inte heller förklaras enbart av de tillgängliga behovsrelaterade faktorerna. Vidare kan det *upplevda* behovet av hjälp skilja sig åt mellan personer, trots att de har lika behov uttryckt i grad av funktionsnedsättning. Det upplevda behovet leder i sin tur inte nödvändigtvis till samma efterfrågan på insatser. Tillgång till tillförlitlig och heltäckande data påverkar i hög grad möjligheten att dra slutsatser om vad som påverkar insatser inom äldreomsorgen.

Slutligen, även om analyserna baseras på samtliga individer som beviljats äldreomsorg i Stockholms stad, är bortfallet (saknade värden), för vissa variabler stort. Det finns även en variation i bortfallet mellan stadsdelarna, vilket gör att skillnader mellan stadsdelarna bör tolkas med viss försiktighet.

Slutsatser och fortsatt behov av kunskap

Unikt för denna rapport är att den innehåller information om vilka äldreomsorgsinsatser som beviljats för personer 65 år och äldre och även nivån på behov som legat till grund för beslutet.

Resultaten visar att allt fler personer har omfattande behov redan när de beviljas äldreomsorg för första gången, samtidigt som omsorgstagare med de största behoven i genomsnitt har färre hemtjänsttimmar än tidigare. Detta väcker frågor om vad som orsakar denna utveckling och vilka konsekvenser den får för omsorgstagare, anhöriga och personal. Rapporten visar även skillnader mellan stadsdelarna avseende de behov som personer har vid inträdet i äldreomsorgen samt den beviljade omfattningen av insatser i relation till bedömda behov.

Rapporten visar värdet av strukturerad dokumentation av beviljade insatser samt funktionsnedsättningar som ligger till grund för beslut om insatser. Sådana uppgifter är en förutsättning för att följa hur äldreomsorg fördelas i relation till behov, samt för att identifiera skillnader mellan grupper och geografiska områden. Kunskapen är nödvändig för att uppnå en mer behovsanpassad och jämlik äldreomsorg.

Mot bakgrund av den demografiska utvecklingen är det viktigt att analysera hur äldre personers behov av stöd och omsorg utvecklas i befolkningen, vilka som tar del av behovsprövade och icke behovsprövade insatser, samt hur insatsernas omfattning relaterar till behoven. Det är även angeläget att följa benägenheten att ansöka om äldreomsorg och orsakerna till att vissa personer avstår trots behov.

REFERENSER

Agahi N, Shaw BA och Fors S (2014). Social and economic conditions in childhood and the progression of functional health problems from midlife into old age. *Journal of epidemiological community health* 68(8): 734–740.

Andersen RM (1995). Revisiting the behavioural model and access to medical care: does it matter? *Journal of health and social behavior*. Mar;36(1):1-10.

von Berens Å, Wallcook S och Meinow B (2024). SNAC Stockholm 2022. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2022. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2024:6.

Berger EY (1980). A system for rating the severity of senility. *Journal of the American geriatrics society* 28(5): 234–236.

Darin-Mattsson A, Fors S och Kåreholt I (2017). Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *International journal for equity in health* 16(1): 173.

Katz S (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American geriatrics society* 31(12): 721–727.

Meinow B, Kåreholt I och Lagergren M (2005). According to need? Predicting the amount of municipal home help allocated to elderly recipients in an urban area of Sweden. *Health and social care in the community* 13(4): 366–377.

Meinow B, Li P, Jasilionis D, Oksuzyan A, Sundberg L, Kelfve S och Wastesson JW (2022). Trends over two decades in life expectancy with complex health problems among older Swedes: implications for the provision of integrated health care and social care. *BMC Public health* 22(1): 759.

Meinow B, von Berens Å och Österman J (2020). StockholmSNAC 2019. En beskrivning av äldreomsorgstagarna och omsorgens omfattning i Stockholms stad 2019. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2020:2.

Porter S (2024). Swedish politicians' perspective on civil servants' collaboration, financial resources, and contextual knowledge in eldercare: a qualitative study. *Nordic social work research* 14(4):517–531.

Socialstyrelsen (2025). Vård och omsorg för äldre – lägesrapport 2025. Socialstyrelsen.

Statistiska centralbyrån SCB (2026). Statistikdatabasen.
<https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>.

Stockholms stad (2024). Ramtid inom hemtjänsten: Tillämpningsanvisningar. Stockholms stad.

Stockholms stad (2026). Områdesfakta – statistik om stadens delområden.
<https://start.stockholm/om-stockholms-stad/utredningar-statistik-och-fakta/statistik/omradesfakta/>

Strandell R (2022). Omsorgsarbete i hemtjänsten: förändringar, utmaningar och möjligheter. Doktorsavhandling, Stockholms universitet.

Strandell R, Szebehely M och Brodin H (2026). Allt fler vill sluta i äldreomsorgen – varför och vad kan göras? Stockholms universitet. Arbetsrapport 2026:1.

Sveriges kommuner och regioner (2022). Velfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur velfärden kan möta kompetensutmaningen. Sveriges kommuner och regioner.

Äldreförvaltningen Stockholms stad (2026). Äldreomsorgens årsrapport 2025. Äldreförvaltningen Stockholms stad. ALD 2026/202.

BILAGOR

Bilaga 1. Insamlad data

Tabell 1. Insamlade data från beslutsunderlaget i Sociala dokumentationssystemet (Paraplyet).

KÖN
• Man • Kvinna
BOENDESTATUS
• Samboende make/maka eller annan person • Ensamboende
BOENDEFORM
• Ordinärt boende • Servicehus • Vård- och omsorgsboende
BEVILJAD INSATS
• Antal hemtjänsttimmar per månad • Vård- och omsorgsboende
RÖRELSEHINDER
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga rörelsehinder • Lätta rörelsehinder: Kan gå utomhus med hjälpmedel käpp, rollator och klarar mindre trappor • Svåra rörelsehinder: Kan röra sig inomhus med hjälpmedel men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus, rullstol om personen själv kan manövrera den, själv ta sig i och ur • Mycket svåra rörelsehinder: Beroende av levande stöd och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i och ur eller sängbunden
ORO/OTRYGGHET
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga besvär med oro och otrygghet • Lätta eller tillfälliga besvär med oro och otrygghet • Periodvis svåra besvär med oro och otrygghet • Ständigt svåra invalidiserande besvär med oro och otrygghet
NEDSTÄMDHET
• Ej svar • Frågan är inte relevant • Inga besvär med nedstämdhet • Lätta eller tillfälliga besvär med nedstämdhet • Periodvis svåra besvär med nedstämdhet • Ständigt svåra invalidiserande besvär med nedstämdhet

KOGNITIV NEDSÄTTNING

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

PERSONLIGA AKTIVITETER I DAGLIGA LIVET, PADL (1-5)

1. BAD/DUSCH

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

2. KLÄDSEL

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

3. TOALETTBESÖK

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

4. FÖRFLYTTNING

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

5. FÖDOINTAG

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Oberoende = kan själv föra maten in i munnen och sväljer
- Delvis beroende = hjälp med att skära maten, öppna förpackningar
- Beroende = hjälp med att få in maten i munnen, sondmatas eller har näringsdropp

INFORMELL OMSORG (OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON)

- Ej svar
- Frågan är inte relevant
- Aldrig
- Hjälp mindre än en gång i veckan
- Hjälp en eller flera gånger i veckan
- Hjälp dagligen

Sammanfattande grad av funktionsnedsättning (funktionsindex):

Utifrån PADL-variablerna (personliga aktiviteter i det dagliga livet) bad och dusch, på- och avklädning, toalettbesök, förflyttning, födointag samt rörelsehinder och kognitiv nedsättning, har det skapats ett summerat index med värden från 0–16. Där motsvarar noll ingen funktionsnedsättning och 16 helt beroende (tabell 2).

De fem PADL-variablerna mäts på en tregradig skala från 0 (oberoende) till 2 (helt beroende). Rörelsehinder och kognitiv nedsättning mäts på en tregradig skala vardera, där 0 indikerar ”inga problem” och 3 ”mycket svåra problem”. För att initialt ge samtliga ingående variabler samma vikt har dessa normerats så att samtliga sträcker sig från 0 till 1. Värdet på kognitiv nedsättning multipliceras sedan med två¹. Summan av de ingående variablerna (där kognitiv nedsättning viktas dubbelt), ger då noll poäng när ingen funktionsnedsättning föreligger och åtta poäng vid maximal funktionsnedsättning. För att underlätta tolkningen av den lägsta graden av funktionsnedsättning multipliceras poängen slutligen med två. Indexet sträcker sig därmed från 0 till 16. Genom indexet kan man gruppera omsorgstagare med hänsyn till graden av funktionsnedsättning.

Tabell 2. Funktionsindex. Sammanfattande grad av funktionsnedsättning utifrån behov av PADL (personliga aktiviteter i det dagliga livet).

Grad av funktionsnedsättning	Index-poäng
Lätt	0–1
Måttlig	>1–6
Hög	>6–11
Mycket Hög	>11–16
Uppgift saknas	Uppgift saknas

¹ Detta görs för att få överensstämmelse med den så kallade Berger-skalan.

I denna rapport analyserar vi hur äldreomsorgsinsatser i Stockholms stad fördelas i relation till de behov som ligger till grund för besluten. Ett särskilt värde med studien är att den kombinerar uppgifter om beviljade insatser med information om omsorgstagarnas funktionsnedsättningar och stödbehov. Analysen ger dels en lägesbild över 2025 års omsorgsbeslut, och dels en överblick över utvecklingen mellan 2016 och 2025.

Resultaten visar att behov av hjälp med personliga aktiviteter i dagliga livet (PADL) och graden av kognitiv nedsättning var de faktorer som hade störst betydelse för vilka insatser som beviljades och för insatsernas omfattning. Utvecklingen går emot att allt fler personer har omfattande omsorgsbehov redan när de beviljas äldreomsorg för första gången. De allra flesta som beviljades äldreomsorg för första gången fick hemtjänst, medan en mindre andel flyttade direkt till vård- och omsorgsboende.

Hemtjänstens omfattning påverkades av samma behovsfaktorer i samtliga stadsdelsområden, men antalet beviljade timmar varierade mellan stadsdelarna även vid liknande behovsnivåer. Den genomsnittliga omfattningen av hemtjänst var relativt stabil under perioden, men utvecklingen skiljde sig mellan grupper. Mellan 2016 och 2025 minskade det genomsnittliga antalet beviljade hemtjänsttimmar för omsorgstagare med de största omsorgsbehoven, framför allt under perioden 2016–2019. Under samma tidsperiod ökade det genomsnittliga antalet beviljade timmar för omsorgstagare med mindre omfattande behov. Sannolikheten att beviljas vård- och omsorgsboende var däremot relativt stabil under perioden.

