Mårten Lagergren 2009-04-10

Rapport från undersökning 2008 av behov och insatser inom äldreomsorgen i Stockholms stad, reviderad februari 2009

1. Inledning

Omsorgen om de äldre och funktionshindrade är en mycket omfattande verksamhet med årliga kostnader som i Stockholms stad uppgår till mer än sex miljarder. Det är också väl känt att antalet äldre personer med behov av stöd och hjälp kommer att öka väsentligt de närmaste decennierna.

Om resurserna skall räcka till för att tillgodose dessa behov måste de utnyttjas på bästa möjliga sätt. Detta förutsätter bl. a. en väl fungerande behovsbedömning och en fördelning av resurserna på olika nivåer som motsvarar behoven. För att skapa och fördela resurserna behövs planering och planeringen måste bygga på ett tillförlitligt underlag. Som underlag för biståndsbedömningen krävs en tydlig vårdpolicy, d v s riktlinjer för beslut om insatser och boendeform. Denna skall säkerställa att bedömningen blir rättvis och likformig så att samma behov ges samma insatser. Vårdpolicyn måste följas upp för att säkerställa att den fungerar som avsett och den måste vid behov modifieras. På så sätt får man en kontinuerlig återkoppling mellan planering, ledning och uppföljning.

En stor undersökning av behov och insatser inom äldreomsorgen har nu genomförts gemensamt för alla stadsdelar i Stockholm. Undersökningens syfte har varit att förbättra uppföljningen av äldreomsorgen genom att ställa beviljade insatser – hemtjänst och plats i särskilt boende – i relation till behov på individnivå. Behovet av stöd och hjälp har därvid uttrycks genom graden av funktionsnedsättning för olika funktioner.

Undersökningens resultat kan användas för att analysera skillnader mellan grupper i befolkningen när det gäller beviljade insatser i förhållande till behov - åldersgrupper, kön, ensam/samboende, etnicitet. Ett annat syfte är att se om det finns skillnader mellan stadsdelarna, när det gäller behovsstrukturen och vilka insatser som beviljas vid en viss behovsnivå.

Undersökningen genomfördes under augusti- oktober 2008. En komplettering av undersökningen på Södermalm genomfördes i februari 2009. Efter den första preliminära redovisningen (PM 2008-11-29) har vidare ett antal felaktigt rapporterade uppgifter avseende tilldelningen av hemtjänst i Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista nu rättats

Undersökningen har omfattat individuell registrering av olika behovsrelaterade variabler samt beviljade insatser – hemtjänst och plats i särskilt boende – för samtliga i Stockholm bosatta personer 65 år och äldre med biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Metoden för undersökningen är en förenklad variant av SNAC-studien. Denna studie genomförs sedan år 2001 i fyra områden i Sverige. Ett av dessa områden är stadsdelen Kungsholmen i Stockholm[1].

SNAC-studien har två delar – en befolkningsdel inräknad på studiet av åldrandet och uppkomsten av vård- och omsorgsbehoven och en vårdsystemdel, som avser att följa och analysera hur dessa behov tillgodoses inom den offentliga vården och omsorgen och på annat sätt. Befolkningsdelen omfattar ett statistiskt urval av hela den äldre befolkningen. I vårdsystemdelen ingår endast vårdtagarna i i äldreomsorg och långvarig hemsjukvård. Totalt ingår i studiens befolkningsdel omkring 9 000 personer. Registreringarna i vårdsystemdelen omfattar hittills totalt kring 10 000 personer.

De variabler, som beskriver behov och insatser i den här aktuella Stockholmsundersökningen, är hämtade från SNAC-studiens vårdsystemdel. En närmare beskrivning av ingående variabler och de olika index för vårdberoende, som beräknats med utnyttjande av dessa, ges i avsnitt 2 – Material och metod.

Uppläggningen är precis densamma som använts vid en annan stor undersökning, nämligen den s.k. fältundersökningen, som genomfördes år 2007 i åtta svenska kommuner[2] i syfte att ge underlag för det kommunala skatteutjämningssystemet. Detta ger en möjlighet att direkt jämföra resultaten från den här aktuella Stockholmsundersökningen med resultaten från fältundersökningen. Av intresse är härvid bland annat att jämföra tilldelningen av insatser givet behovsnivån och spridningen mellan stadsdelarna i detta avseende jämfört med mellan de åtta kommunerna i fältundersökningen (se avsnitt 3.5) .

I följande avsnitt beskrivs först uppläggning och genomförande av undersökningen samt ingående variabler och index. Därefter redovisas resultaten i fem avsnitt – det första beskriver vårdtagarna och deras behov totalt, det andra motsvarande per stadsdel, i det tredje och fjärde ställs insatserna i relation till behoven totalt resp. per stadsdel. I det femte slutligen jämförs de erhållna resultaten med motsvarande resultat från den ovan nämnda fältundersökningen. Rapporten avslutas med ett avsnitt, där resultaten diskuteras och särskilt anmärkningsvärda förhållanden noteras. Resultaten presenteras huvudsakligen i form av diagram. För att inte alltför mycket tynga framställningen har en del av dessa diagram lagts i en diagrambilaga. Vidare har sifferunderlaget för diagrammen samlats i en tabellbilaga.

Det som här redovisas är bara en del av de olika analyser, som det är möjligt att göra med det insamlade materialet. Beroende på de frågor, som inställer vid en granskning av resultatet, kan man sedan göra olika ytterligare analyser för att bättre förstå bakgrund och sammanhang. Som kommer att framgå av det följande ger undersökningen unika möjligheter till att följa upp äldreomsorgen i Stockholm. Resultaten kan användas för att säkerställa att resurserna används så bra som möjligt och att bedömningsnormer och vårdpolicy tillämpas på ett likvärdigt sätt i de olika stadsdelarna.

[1] Övriga deltagande områden är Nordanstigs kommun i Gävleborgs län, Karlskrona kommun i Blekinge län samt kommunerna Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad i Region Skåne.
[2] Följande kommuner deltog i fältundersökningen år 2007: Kalmar, Krokom, Luleå, Nordmaling, Oskarshamn, Ragunda, Surahammar och Vilhelmina. Samma undersökning har genomförts i samma kommuner vid två tidigare tillfällen – 1994 och 2002.

2. Material och metod

StockholmSNAC-undersökningen genomfördes under augusti- oktober 2008 och omfattade samtliga i Stockholm bosatta personer 65 år och äldre med biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Uppgifterna insamlades per stadsdel (14 stadsdelar samt ”hemlösa”) och registreringen gjordes av biståndshandläggare och ansvarig personal vid utförarenheter. Undersökningen genomfördes utan registrering av personnummer, vilket innebär att uppgifterna inte går att koppla till individregistret (”Paraplyet”).

Vid undersökningen registrerades som bakgrundsvariabler födelseår och födelsemånad (för beräkning av ålder), kön, civilstånd, sam/ensamboende och utomnordisk härkomst. Registreringen av behovsrelaterade variabler omfattade de vanliga variablerna för beskrivning av oberoende, delvis beroende och beroende för aktiviteter i dagligt liv (Katz ADL). Ingående variabler avsåg aktiviteterna bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning och födointag. Vidare registrerades förekomsten av rörelsehinder, kognitiv nedsättning och urin- resp. avföringsinkontinens. I samtliga dessa fall användes en fyrgradig skala (0 - 3), där ”0” genomgående anger ingen nedsättning av förmågan och ”3” maximal nedsättning. Definitioner av skalstegen redovisas i bilaga 1. Ovan nämnda variabler ingår samtliga i SNAC-undersökningen med samma definitioner.

Utgående från ADL-variablerna, utom bad och dusch, samt de övriga behovsrelaterade variablerna skapas ett index – SNAC-index – genom enkel addition, varvid dock variabeln kognitiv nedsättning multipliceras med två. Indexet kommer härigenom att gå från 0 till 23, motsvarande från ingen funktionsnedsättning i här aktuella avseenden till maximal nedsättning. Med hjälp av detta index görs sedan en indelning i s.k. PADL-grupper enligt nedanstående definition:

	SNAC-index
PADL-grupp 1	0 - 1
PADL-grupp 2	2 - 7
PADL-grupp 3	8 - 13
PADL-grupp 4	14 - 20
PADL-grupp 5	20 -

Avsikten med denna indelning är att strukturera vårdtagarna med hänsyn till graden av funktionsnedsättning så att insatserna kan jämföras med hänsyn tagen till skillnaderna i behov. Som kommer att framgå av resultatredovisningen nedan ger PADL-gruppen ett mycket tydligt utslag när det gäller tilldelningen av insatser – såväl tilldelningen av särskilt boende som hemtjänstens omfattning i veckotimmar räknat.

Insatserna i äldreomsorgen beskrivs i undersökningen genom boendeformen – ordinärt boende, serviceboende (d v s särskilt boende med särskilt biståndsbeslut om hemtjänst) samt vård- och omsorgsboende (särskilt boende med heldygnsomsorg) samt genom det beslutade antalet veckotimmar hemhjälp. Viss registrering har dessutom skett – vid sidan av protokollet – av dagverksamhet och anhörigbidrag m.m. Dessa uppgifter har dock inte bearbetats, eftersom de inte ingick i anvisningarna för studien och man därför inte kan garantera att samtliga fall registrerats.

De registrerade vårdtagarnas fördelning på boendeform per stadsdel framgår av tabell 1 nedan.

Tabell 1. Antalet registrerade vårdtagare i Stockholm-SNAC-undersökningen per stadsdel och boendeform

Stadsdel	Ordinärt boende	Serviceboende	Vård- och omsorgsboende	Summa
Skärholmen	491	116	215	822
Farsta	978	155	503	1636
Spånga Tensta	407	157	161	725
Norrmalm	1090	118	359	1567
Hägersten-Liljeholmen	1070	262	550	1882
Älvsjö	361	100	154	615
Rinkeby-Kista	589	156	189	934
Södermalm	2112	188	802	3102
Östermalm	1386	106	662	2154
Hässelby-Vällingby	1203	160	422	1785
Enskede-Årsta	1631	365	700	2696
Kungsholmen	1074	176	493	1743
Skarpnäck	664	101	319	1084
Bromma	1013	249	381	1643
Hemlösa	0	0	44	44
Samtliga Stadsdelar	**14069**	**2409**	**5954**	**22432**

Bortfallet av uppgifter är genomgående mycket lågt – omkring 1% av observationerna har strukits på grund av bortfall eller felaktigt registrerade värden. I en del fall har felaktig födelsemånad (månad >12) ersatts med en antagen födelsetid i mitten av året. Detta saknar dock betydelse. Undersökningen verkar ha genomförts samvetsgrant och, som skall visas i nästa avsnitt, är resultaten – efter genomförda korrektioner, jfr ovan - rimliga och trovärdiga.

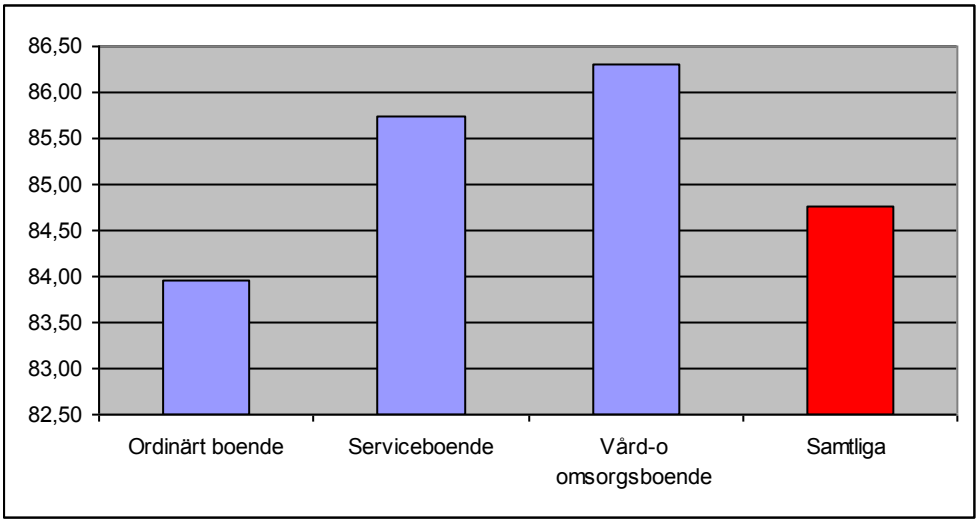
3. Resultat

3.1 Vårdtagarna – sammansättning och grad av funktionsnedsättning, per boendeform och totalt

Nedan redovisas i diagramform resultat per boendeform för stadsdelarna sammantaget. I det följande avsnittet görs en motsvarande redovisning per stadsdel. Sifferunderlaget för redovisade diagram finns i tabellbilagan.

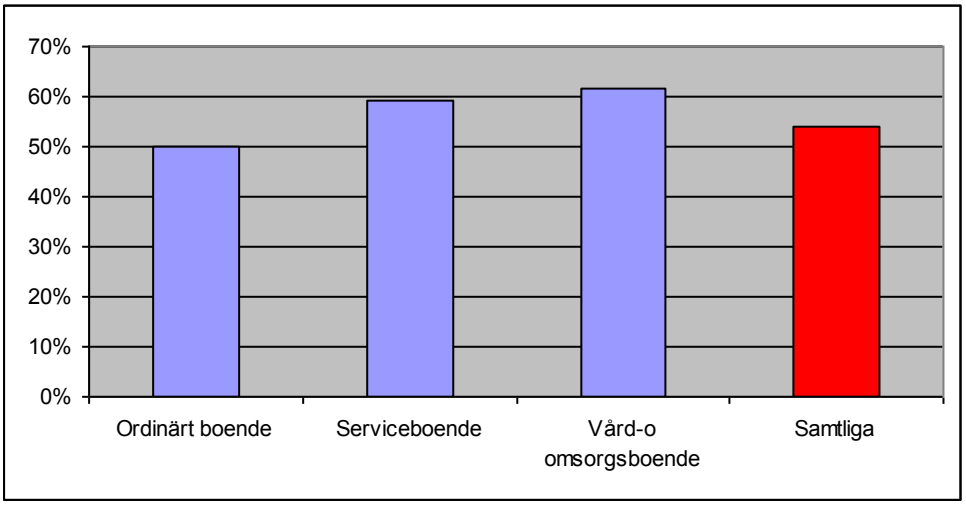
De flesta av vårdtagarna i äldreomsorgen - i Stockholm som på andra håll - är gamla eller mycket gamla. Diagram 1.1 visar medelåldern per boendeform.

Diagram 1.1 Medelålder per boendeform, samtliga stadsdelar



Den högsta medelåldern finner man som synes i vård- och omsorgsboendet, men även i ordinärt boende är medelåldern bland vårdtagarna alltså så hög som 84 år. I äldreomsorgen i Stockholm finns 190 stycken 100-åringar och den äldsta är 108 år! Andelen, som är 85 år och äldre, per boendeform framgår av diagram 1.2.

Diagram 1.2 Andelen 85 år och äldre per boendeform, samtliga stadsdelar



I samtliga boendeformer är hälften eller mer än hälften av vårdtagarna i äldreomsorgen i Stockholm 85 år eller äldre. Som man ser i de följande diagrammen 1.3 och 1.4 är också andelen kvinnor och andelen ensamboende mycket hög.

Diagram 1.3 Andelen kvinnor per boendeform, samtliga stadsdelar

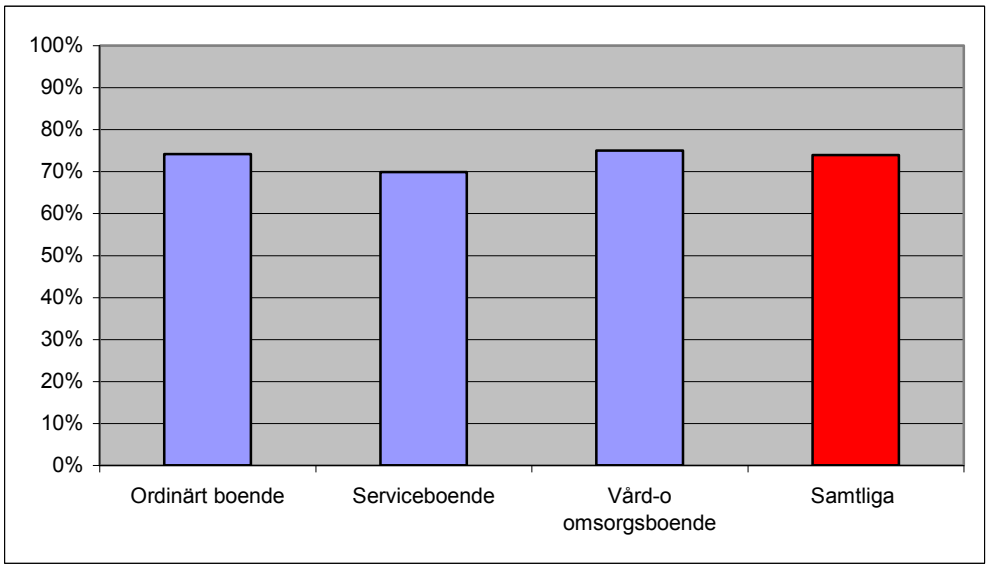
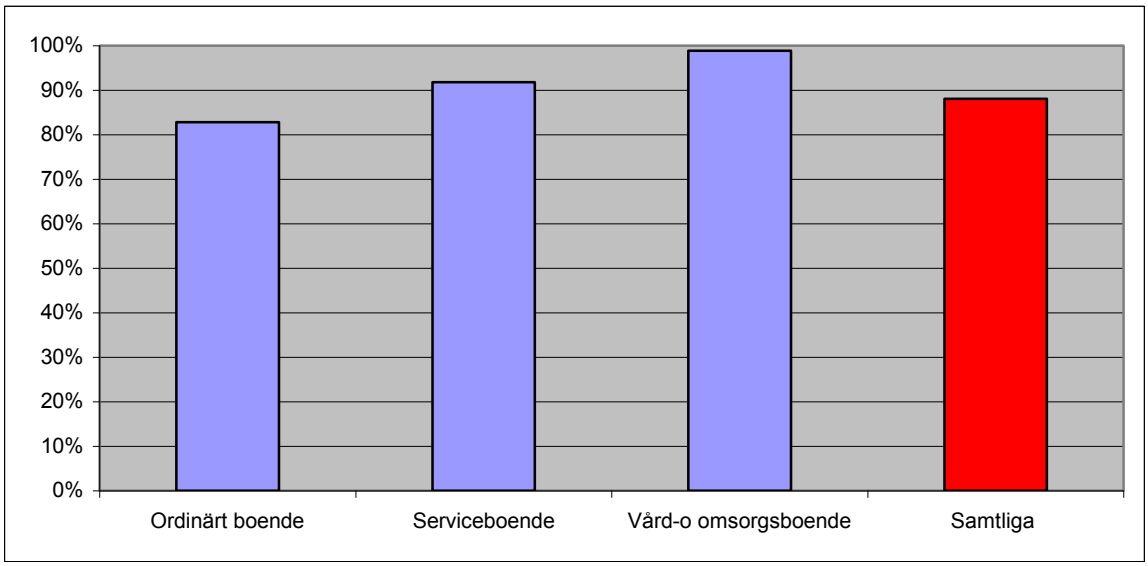


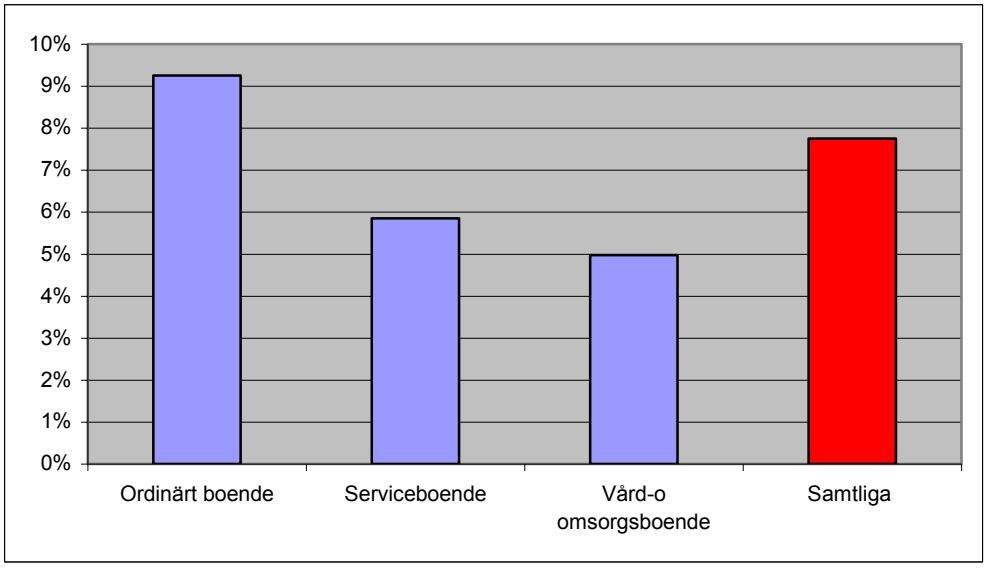
Diagram 1.4 Andelen ensamboende per boendeform, samtliga stadsdelar



Andelen kvinnor skiljer inte så mycket mellan boendeformerna, men andelen som är ensamboende är klart lägre i ordinärt boende och serviceboende än i vård- och omsorgsboende. Detta är en naturlig följd av att det är lättare att bo kvar i ordinärt boende om man är samboende.

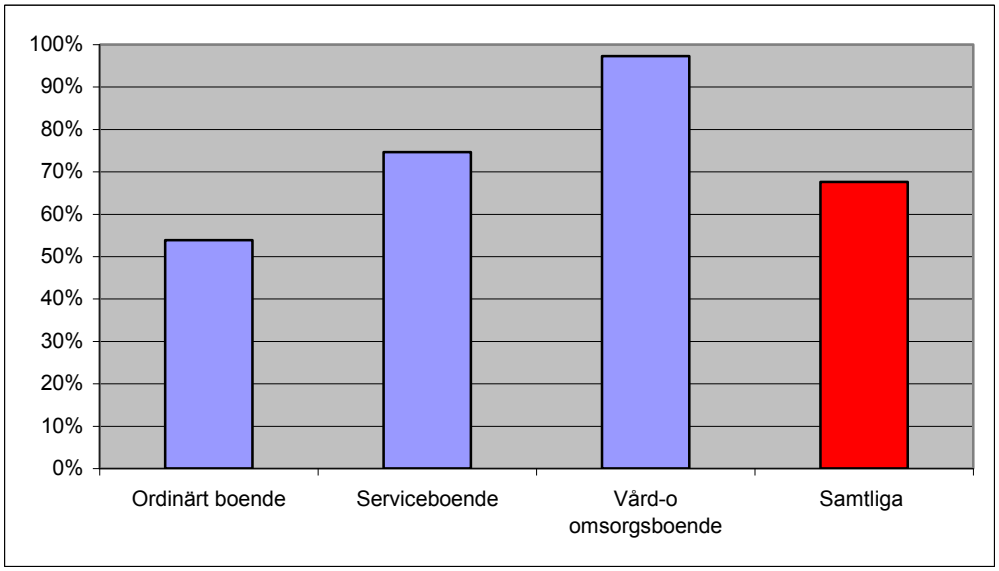
En växande andel av de äldre i befolkningen i Stockholm har utomnordisk härkomst och som man ser i diagram 1.5 gäller detta även vårdtagarna i äldreomsorgen. Skillnaden mellan boendeformerna är här emellertid här betydande. Personer med utomnordisk härkomst verkar i högre utsträckning kunna bo kvar i ordinärt boende, vilket kan avspegla skillnader när det gäller tillgången till informellt stöd. Skillnaderna i mönster kommer att framgå ändå tydligare i den motsvarande redovisningen per stadsdel.

Diagram 1.5 Andelen med utomnordisk härkomst per boendeform, samtliga stadsdelar



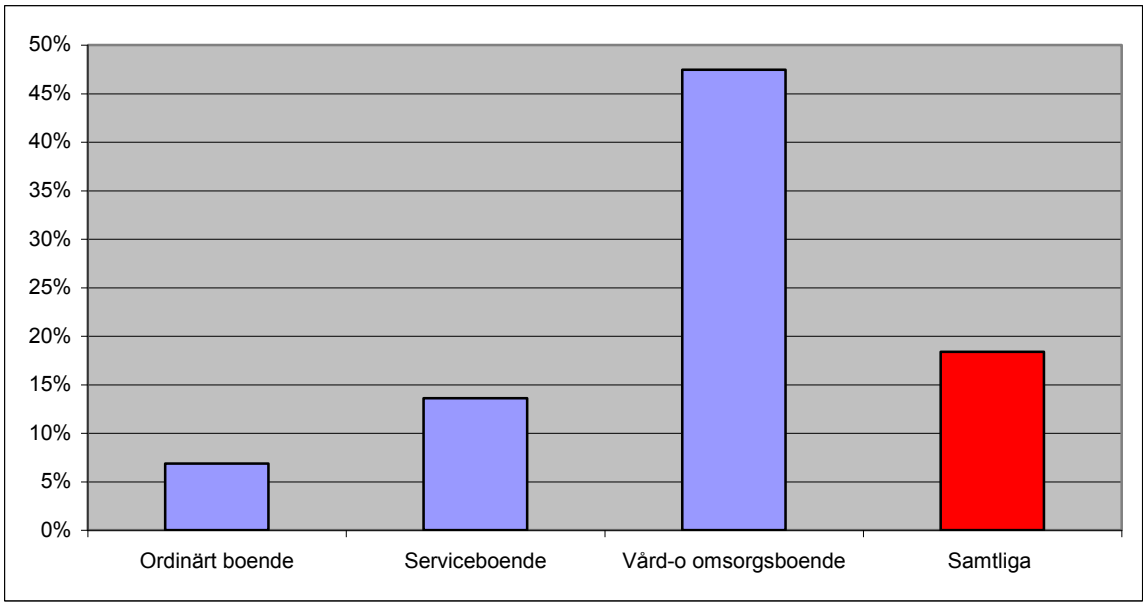
Vid registreringen har för varje vårdtagare angetts graden av beroende i de s.k. ADL-aktiviteterna (Aktiviteter för Dagligt Liv): bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning och födointag. Utifrån dessa data har beräknats andelen, som är delvis eller helt beroende i minst en av dessa aktiviteter. I diagram 1.6 visas denna andel per boendeform, alla stadsdelar sammantagna.

Diagram 1.6 Andelen med minst ett ADL-beroende per boendeform, samtliga stadsdelar



Omkring två tredjedelar av vårdtagarna i äldreomsorgen i Stockholm är beroende i minst en ADL-aktivitet. Men andelen skiljer starkt mellan boendeformerna – i det ordinära boendet är endast drygt hälften beroende, i vård- och omsorgsboendet nästan alla. De mest funktionsnedsatta vårdtagarna är de som beroende av hjälp för samtliga ADL-aktiviteter. Andelen i så hög grad nedsatta framgår av diagram 1.7

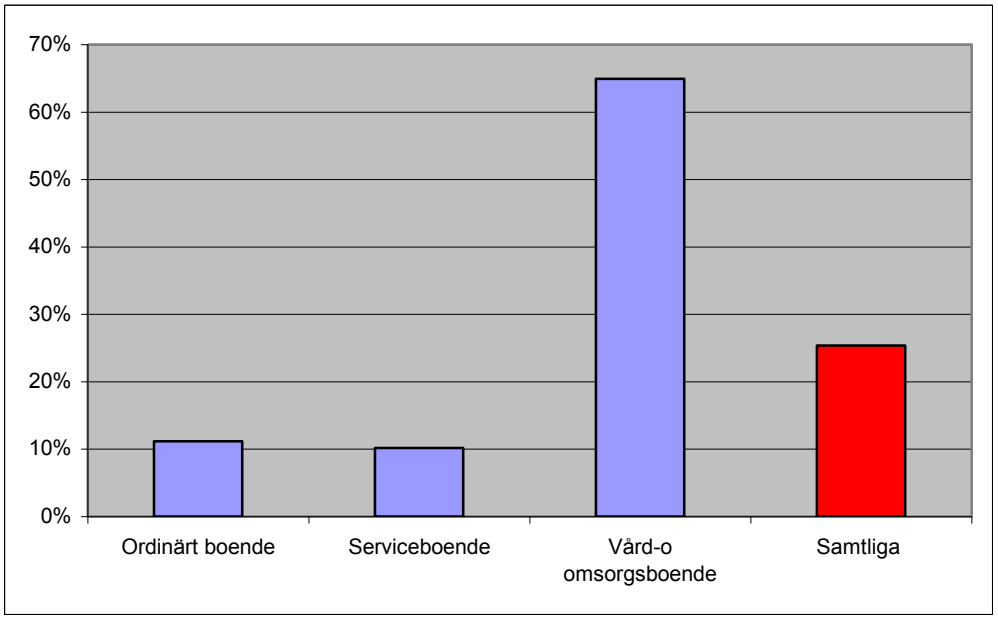
Diagram 1.7 Andelen beroende av hjälp för samtliga ADL-aktiviteter per boendeform, samtliga stadsdelar



Här framkommer mycket stora skillnader mellan boendeformerna. I vård- och omsorgs-boendet är nästan hälften av de boende helt ADL-beroende. Bland vårdtagarna i det ordinära boendet är det bara några procent. Även i serviceboendet är det fråga om en mindre andel – drygt 13%. Höggradig funktionsnedsättning sammanhänger ofta med demenssjukdom. Vid registreringen noteras kognitiv nedsättning[3] i fyra nivåer: ingen, lätt, svår och mycket svår – oberoende av demensdiagnos. Andelen vårdtagare per boendeform med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning framgår av diagram 1.8.

Som man ser är mönstret ganska likartat det vid beroende i samtliga ADL-aktiviteter. Det råder en påtaglig skillnad mellan boendeformerna. I vård- och omsorgsboendet är två tredjedelar av de boende svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta. Bland vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende är andelen inte högre än en av tio. Skillnaden avspeglar förstås svårigheterna att bo på egen hand vid svår kognitiv nedsättning.

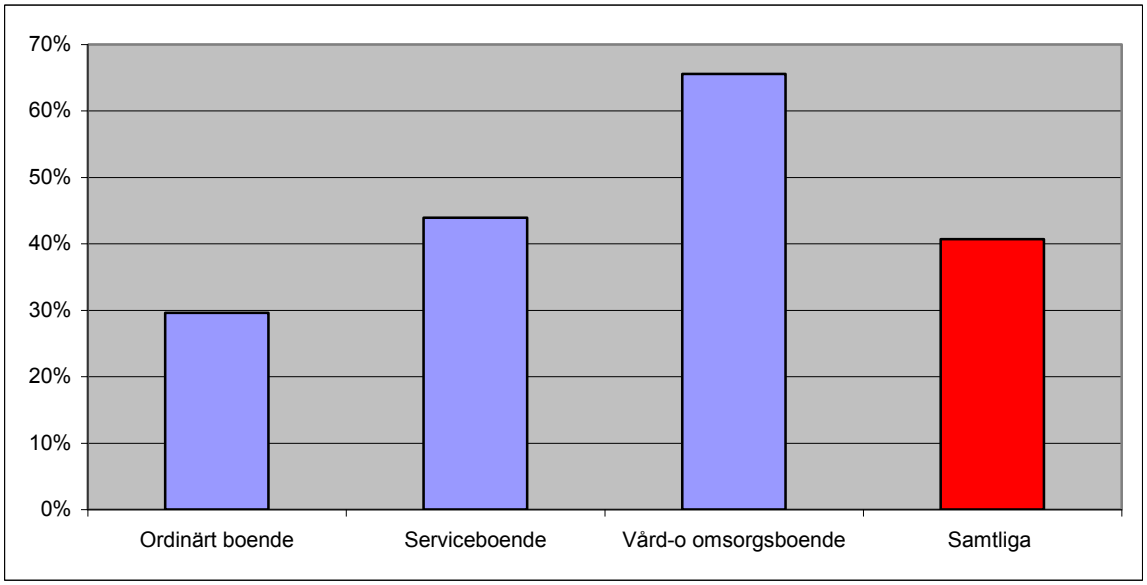
Diagram 1.8 Andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning per boendeform, samtliga stadsdelar



Som man ser i det följande diagrammet 1.9 är skillnaderna mellan boendeformerna inte alls lika stora för rörelsehinder. Diagrammet visar på samma sätt andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per boendeform, sammantaget över stadsdelarna. Svårt rörelsehinder innebär att man inte kan förflytta sig utan hjälp utanför bostaden (för definitioner, se anvisningarna i bil.)

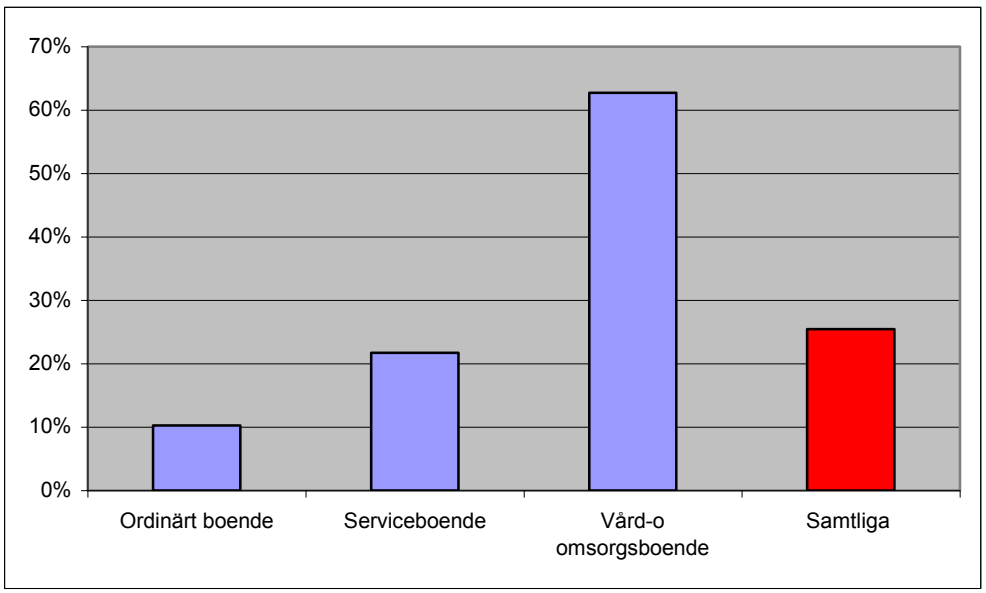
[3] Kognitiv nedsättning eller minnessvårigheter mäts ofta genom den s.k. Berger-skalan. Den skala som här använts är baserad på Berger-skalan, men hopslagen till fyra nivåer i stället för sju (jfr anvisningarna i bilagan) .

Diagram 1.9 Andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per boendeform, samtliga stadsdelar



I vård- och omsorgsboendet är två tredjedelar av de boende svårt eller mycket svårt rörelsehindrade. Även bland vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende är emellertid andelen rörelsehindrade hög. Detta kan vara ett problem speciellt i det ordinära boendet om bostadens tillgänglighet är låg, t ex genom avsaknaden av hiss. En annan faktor av betydelse för behovet av hjälp och stöd är inkontinens. Registreringen har omfattat såväl urin- som avföringsinkontinens. Diagram 1.10 nedan visar andelen med svår eller mycket svår urininkontinens per boendeform, samtliga stadsdelar (för definition, se anvisningarna i bil.)

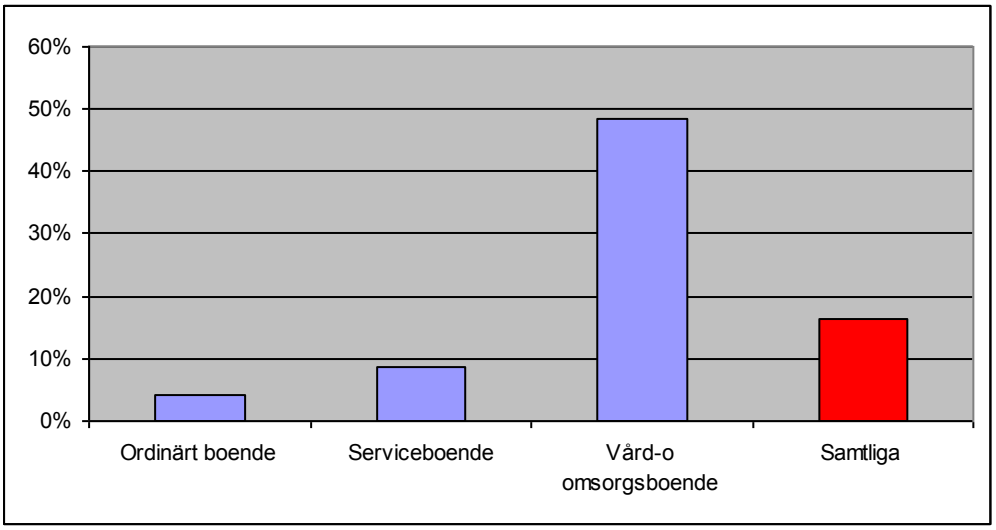
Diagram 1.10 Andelen med svår eller mycket svår urininkontinens per boendeform, samtliga stadsdelar



Precis som för alla andra indikatorer på funktionsnedsättning är andelen svårt inkontinenta högre i vård- och omsorgsboendet än bland vårdtagarna i övriga boendeformer. Detsamma

gäller som man kan se i diagram 1.11 för den mer grava funktionsnedsättningen avföringsinkontinens.

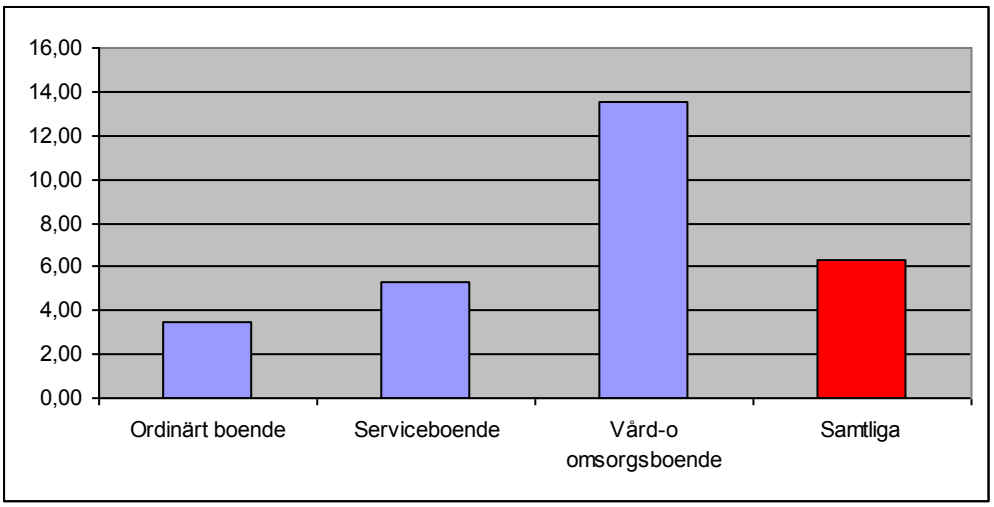
Diagram 1.11 Andelen med svår eller mycket svår avföringsinkontinens per boendeform, samtliga stadsdelar



Nästan hälften av de boende i vård- och omsorgsboende är svårt eller mycket svårt inkontinenta när det gäller avföring. Andelarna är väsentligt lägre bland vårdtagarna i övriga boendeformer. Speciellt för vårdtagare i ordinärt boende är denna form av inkontinens ovanlig. Detta avspeglar förstås, liksom tidigare med den kognitiva nedsättningen, svårigheten att klara ett ordinärt boende med en sådan funktionsnedsättning. Man skall också ha klart för sig att de olika formerna av funktionsnedsättning är starkt korrelerade, d v s har ett samband. Om en person är svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt är sannolikheten stor att man också har ett stort ADL-beroende, är svårt rörelsehindrad och inkontinent.

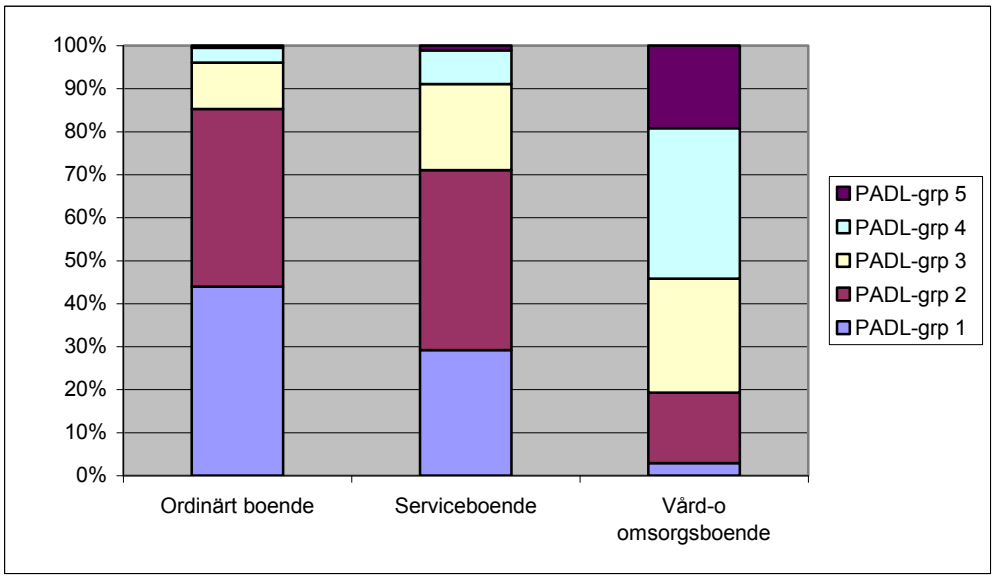
Det ovan nämnda indexet, SNAC-index (för def. se avsnitt 2, sid. 3), sammanfattar de olika formerna av funktionsnedsättning och ger därmed ett samlat mått på hur nedsatt personen är. Diagram 1.12 visar medelvärdet för SNAC-index per boendeform, samtliga stadsdelar.

Diagram 1.12 Medelvärde för SNAC-index per boendeform, samtliga stadsdelar



Man ser här tydligt igen de stora skillnaderna mellan boendeformerna. SNAC-index ligger sedan i sin tur till grund för definitionen av PADL-grupperna (jfr. ovan sid.3). Som man kan vänta skiljer också fördelningen på PADL-grupper starkt mellan boendeformerna (Diagram 1.13).

Diagram 1.13 Fördelning på PADL-grupper per boendeform, samtliga stadsdelar



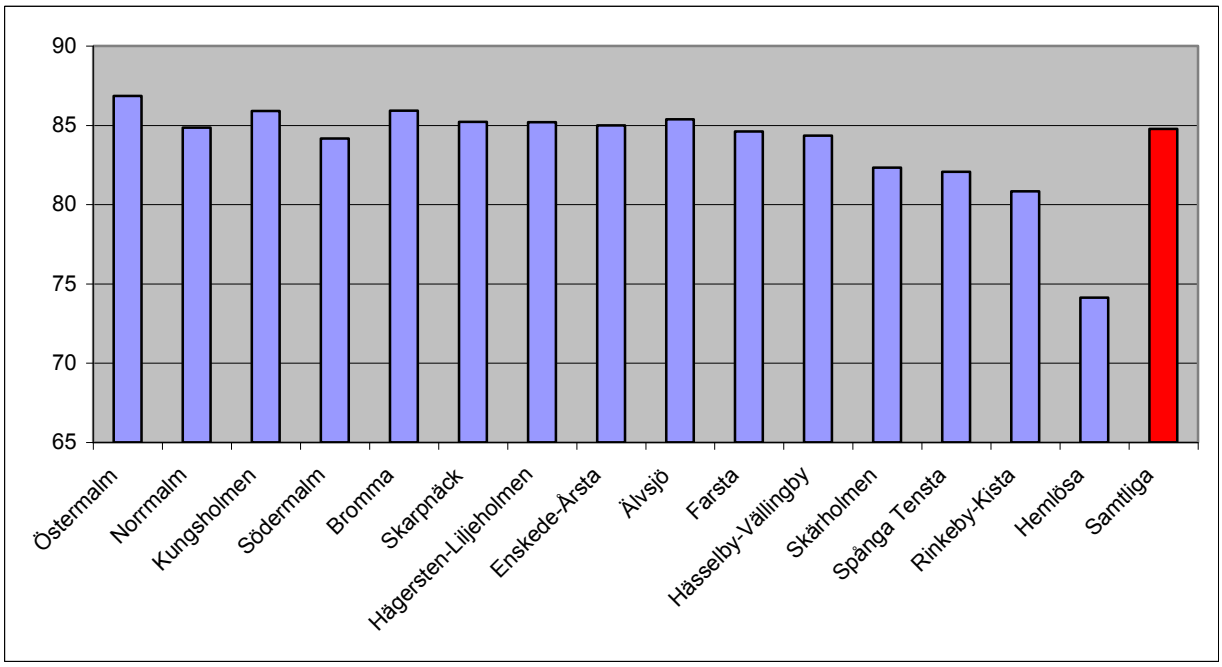
Påfallande här är hur väl PADL-grupperna avspeglar vård- och omsorgsbehovet sådant det uppfattats av biståndsbedömarna vid tilldelningen av boendeform. Denna har skett utan någon formell mätning av funktionsnedsättningen, men resultatet visar – genomsnittligt sett - en mycket god överensstämmelse!

3.2 Vårdtagarna – sammansättning och grad av funktionsnedsättning per stadsdel

I det följande kommer att presenteras resultatet avseende samma indikatorer som ovan, men uppdelat på stadsdel. För överskådlighetens skull visas här dock endast boendeformerna sammantagna. I diagrambilagan finns motsvarande diagram redovisade också per boendeform. Liksom tidigare finns de underliggande siffrorna i tabellbilagan. Samtliga diagram är ordnade så att innerstadens stadsdelar ligger till vänster, därefter de inre, äldre förorterna och sedan längst till höger de yttre och nyare förortsstadsdelarna.

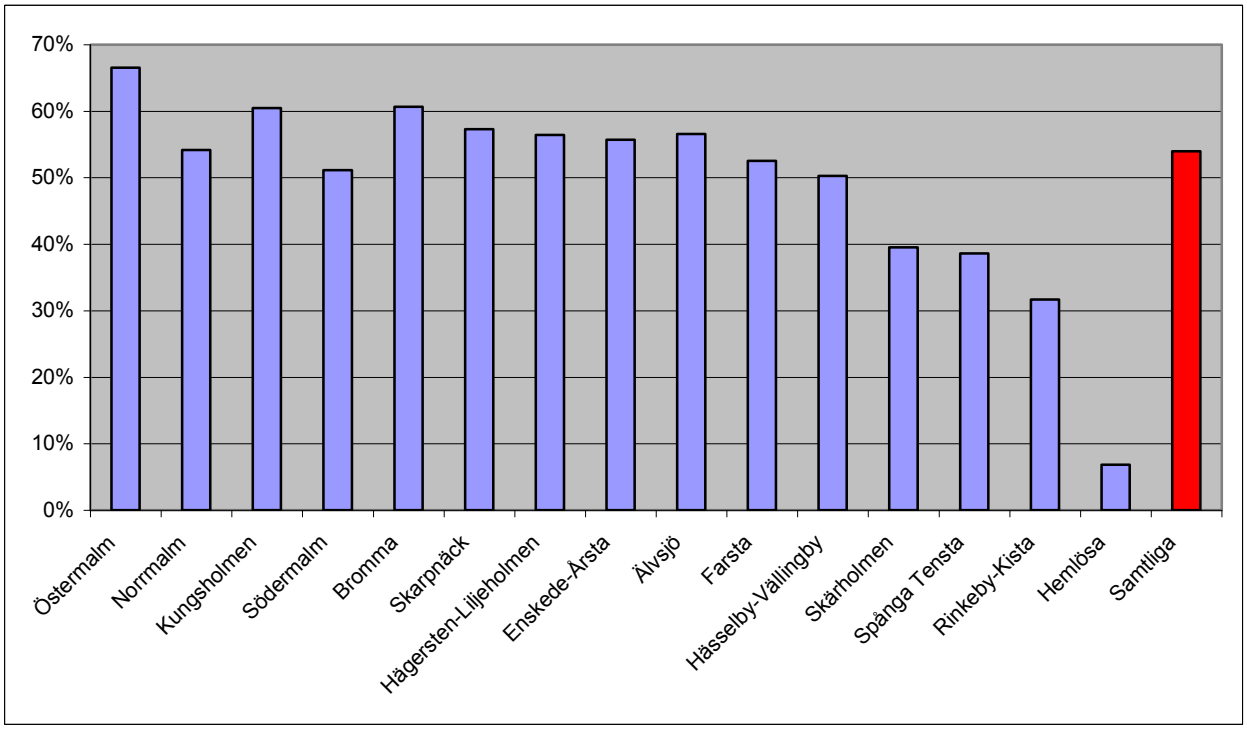
Som visades ovan är medelåldern bland vårdtagarna hög, men som framgår av diagram 2.1 skiljer det här ganska starkt mellan stadsdelarna.

Diagram 2.1 Medelålder per stadsdel, samtliga boendeformer



Högst medelålder har Östermalm – lägst med undantag för de hemlösa, som är en mycket speciell grupp – Rinkeby-Kista. Det finns här uppenbart stora skillnader i den socio-ekonomiska strukturen, något som kommer att framstå än tydligare vid redovisningen av andelen med utomnordisk härkomst. Skillnaderna mellan stadsdelarna är ganska små med undantag för de invandrartäta. Mönstret är i huvudsak likartat i de tre boendeformerna (se diagrambilagan). Skillnaderna mellan stadsdelarna i vårdtagarnas ålder framgår också tydligt i det följande diagrammet som visar andel 85 år och äldre.

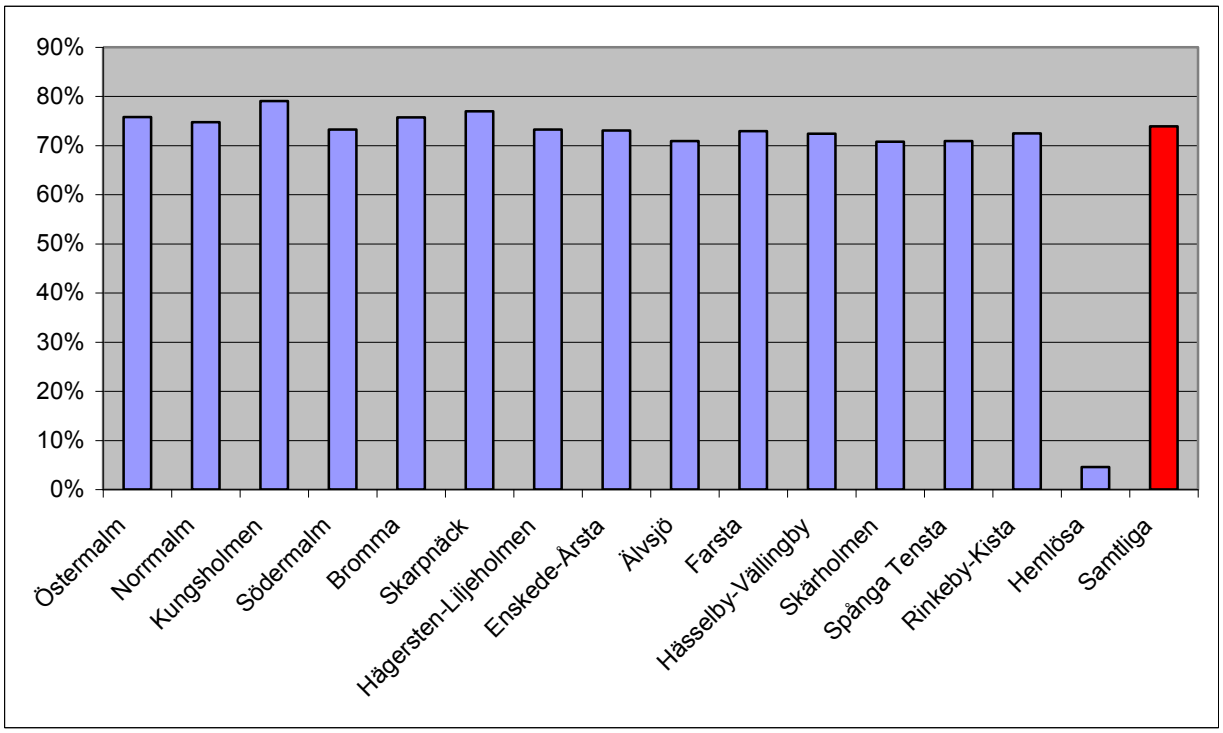
Diagram 2.2 Andelen 85 år och äldre per stadsdel, samtliga boendeformer



Det råder som man ser ganska avsevärda skillnader – på Östermalm är två tredjedelar av vårdtagarna 85 år och äldre, i Rinkeby-Kista endast en tredjedel. I samtliga stadsdelar utom de invandrartäta utgör de 85 år och äldre mer än hälften av vårdtagarna. Även här är det i huvudsak samma mönster i alla boendeformer, men det är mest utpräglat i det ordinära boendet (jfr diagrambilagan).

Andelen kvinnor skiljer, som framgår av diagram 1.3, i mycket mindre grad mellan stadsdelarna – med undantag för de hemlösa som nästan bara består av män.

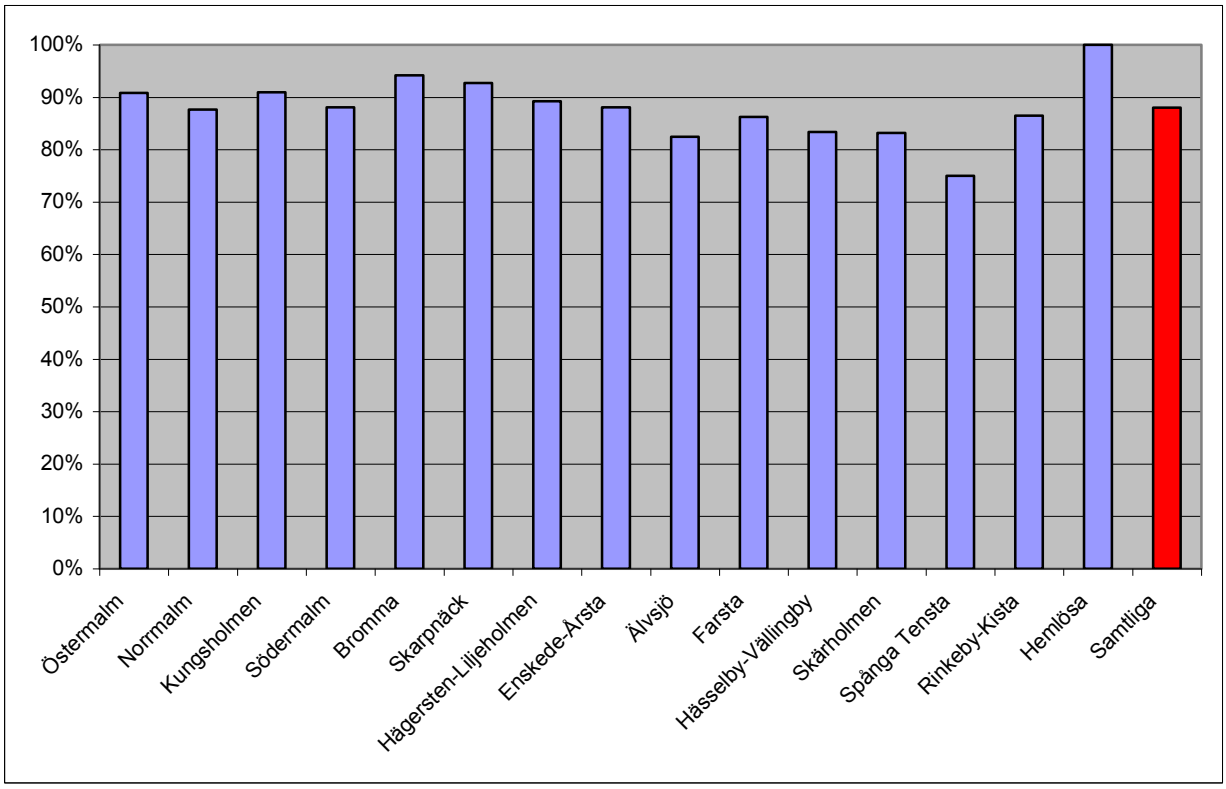
Diagram 2.3 Andelen kvinnor per stadsdel, samtliga boendeformer



I samtliga stadsdelar ligger andelen kvinnor bland vårdtagarna över 70%. Kungsholmen ligger högst, vilket inte är förvånande, eftersom Kungsholmen har en högre andel kvinnor i den äldre befolkningen (65+) än någon kommun i Sverige! Delar man upp på boendeformer blir variationerna i andelen kvinnor större (se diagrambilagan), men Kungsholmen ligger högst i alla tre boendeformerna. Skillnaderna mellan stadsdelarna kan avspegla skillnader i vårdpolicy, vilket framstår tydligare för några andra indikatorer (jfr nedan).

Andelen ensamboende per stadsdel, samtliga boendeformer, visas i diagram 2.4 nedan.

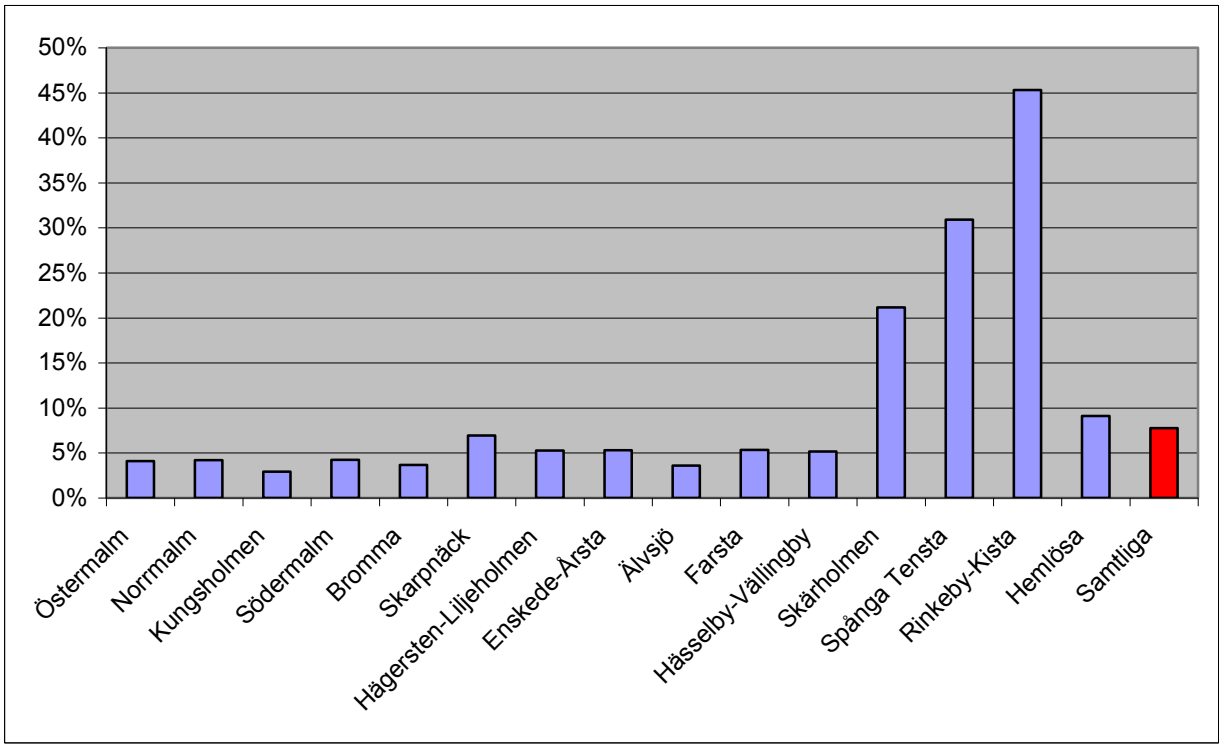
Diagram 2.4 Andelen ensamboende per stadsdel, samtliga boendeformer



Bland de hemlösa är av naturliga skäl samtliga ensamboende. Variationen mellan stadsdelarna är annars relativt stor. Andelen ensamboende verkar vara lägre i de yttre stadsdelarna, men tendensen är inte entydig. Rinkeby-Kista har en hög andel ensamboende vårdtagare – dock inte så hög som i innerstaden och de inre förorterna Bromma, Skarpnäck, Hägersten-Liljeholmen. En närmare analys visar att det framförallt är i det ordinära boendet, som skillnaderna ligger (jfr diagrambilagan).

De socio-ekonomiska skillnaderna mellan stadsdelarna hänger nära samman med andelen personer med utomnordisk härkomst. Skillnaderna mellan stadsdelarna är, som framgår av diagram 2.5, mycket stora även när det gäller vårdtagare i äldreomsorgen.

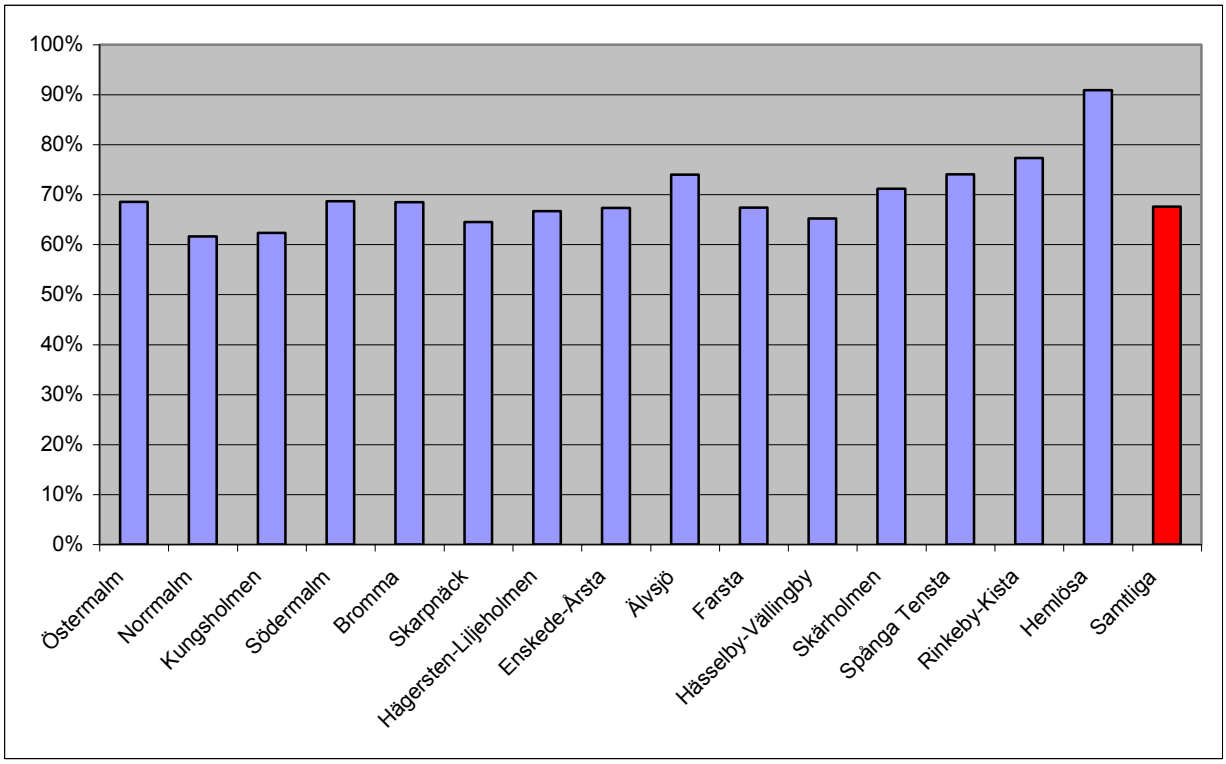
Diagram 2.5 Andelen med utomnordisk härkomst per stadsdel, samtliga boendeformer



Skärholmen, Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista ligger här väsentligt högre än övriga stadsdelar, där andelen med utomnordisk härkomst bland vårdtagarna i äldreomsorgen genomgående är låg. Allra lägst är den i innerstaden. Andelen vårdtagare med utomnordisk härkomst i de tre invandrartäta stadsdelarna är högre i det ordinära boendet än i serviceboendet, vilket skulle kunna bero på skillnader i utnyttjande av serviceboendet mellan grupper i befolkningen (jfr diagrambilagan).

Andelen med minst ett ADL-beroende är ett mått på graden av funktionsnedsättning och vårdberoende hos vårdtagarna. Diagram 2.6 visar denna andel per stadsdel sammantaget för boendeformerna.

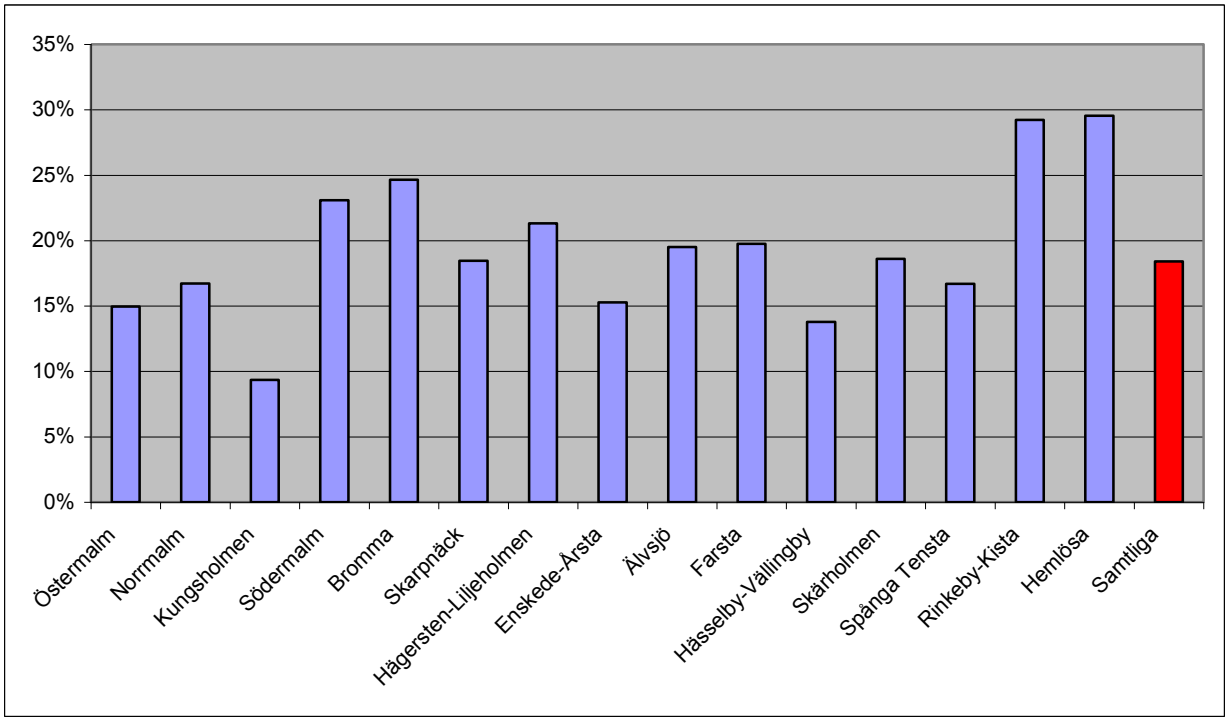
Diagram 2.6 Andelen med minst ett ADL-beroende per stadsdel, samtliga boendeformer



Det råder, som man kan se, även här ganska stora skillnader mellan stadsdelarna. Bortsett från gruppen hemlösa ligger Rinkeby-Kista högst tillsammans med de två andra invandrarstadsdelarna. Även Älvsjö har en hög andel med minst ett ADL-beroende. Norrmalm och Kungsholmen ligger lägst. Vid en uppdelning på boendeformer (jfr diagrambilagan) kan man se att samma mönster gäller för det ordinära boendet, men att serviceboendet uppvisar en helt annan bild. Här ligger andelen med minst ett ADL-beroende ganska lågt i Rinkeby-Kista – faktiskt betydligt lägre än i det ordinära boendet! Mycket högt ligger i stället andelen i Enskede-Årsta och Älvsjö. Den stora variationen mellan stadsdelarna i andelarna ADL-beroende i serviceboendet antyder klara skillnader i vårdpolicyn när det gäller att utnyttja denna boendeform.

Ser man i stället på andelen vårdtagare, som är beroende i samtliga ADL-aktiviteter blir variationerna mellan stadsdelarna ännu tydligare (diagram 2.7).

Diagram 2.7 Andelen beroende av hjälp för samtliga ADL-aktiviteter per stadsdel, samtliga boendeformer

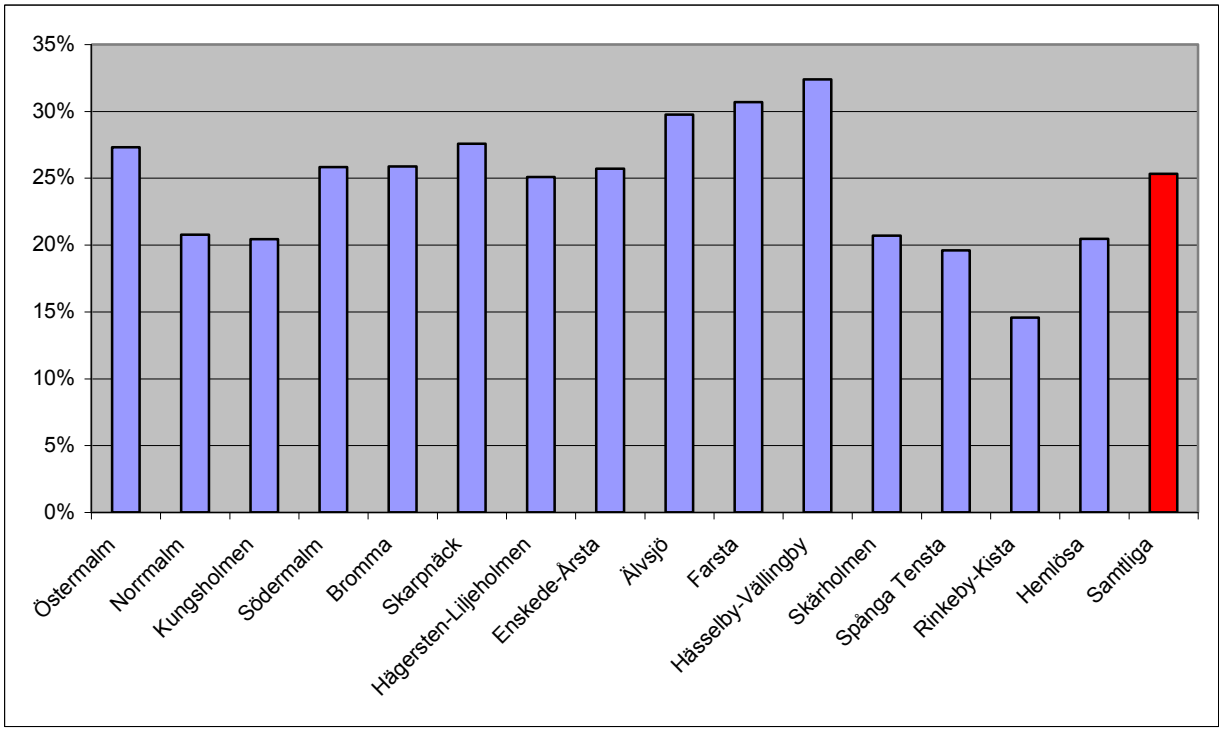


Som synes är det här fråga om mycket stora skillnader. Andelen vårdtagare, som är beroende i samtliga ADL-aktiviteter, är tre gånger högre i Rinkeby-Kista än på Kungsholmen! Även Bromma sticker ut med en mycket hög andel vårdtagare, som är beroende för samtliga ADL-aktiviteter, men även Södermalm har en hög andel. Det finns här inget tydligt mönster – stadsdelar med hög och låg andel finns i varje stadsdelsgrupp. Innerstaden ligger dock lägre som genomsnitt. Delar man upp på boendeform blir skillnaderna ändå mer dramatiska. I det ordinära boendet i Rinkeby-Kista är 23% av vårdtagarna beroende i samtliga aktiviteter, på Kungsholmen bara 1%! De flesta av de övriga stadsdelarna ligger kring 5%, men Bromma har 13%.

Även för serviceboendet handlar det om mycket stora skillnader. I vård- och omsorgsboendet är skillnaderna mindre. Bromma och Rinkeby-Kista ligger även här högt – närmare 60% - . . medan andelen på Kungsholmen och Östermalm är inte mer än 30%. De stora skillnaderna avspeglar helt klart skillnader i socio-ekonomiska och kulturella förhållanden, men också skillnader i hur resurserna utnyttjas och var trösklarna för att få hjälp är satta.

En viktig orsak till beroende av hjälp för ADL-aktiviteter är kognitiv nedsättning på grund av demenssjukdom. Diagram 2.8 visar andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning per stadsdel, totalt för all boendeformer.

Diagram 2.8 Andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning per stadsdel samtliga boendeformer

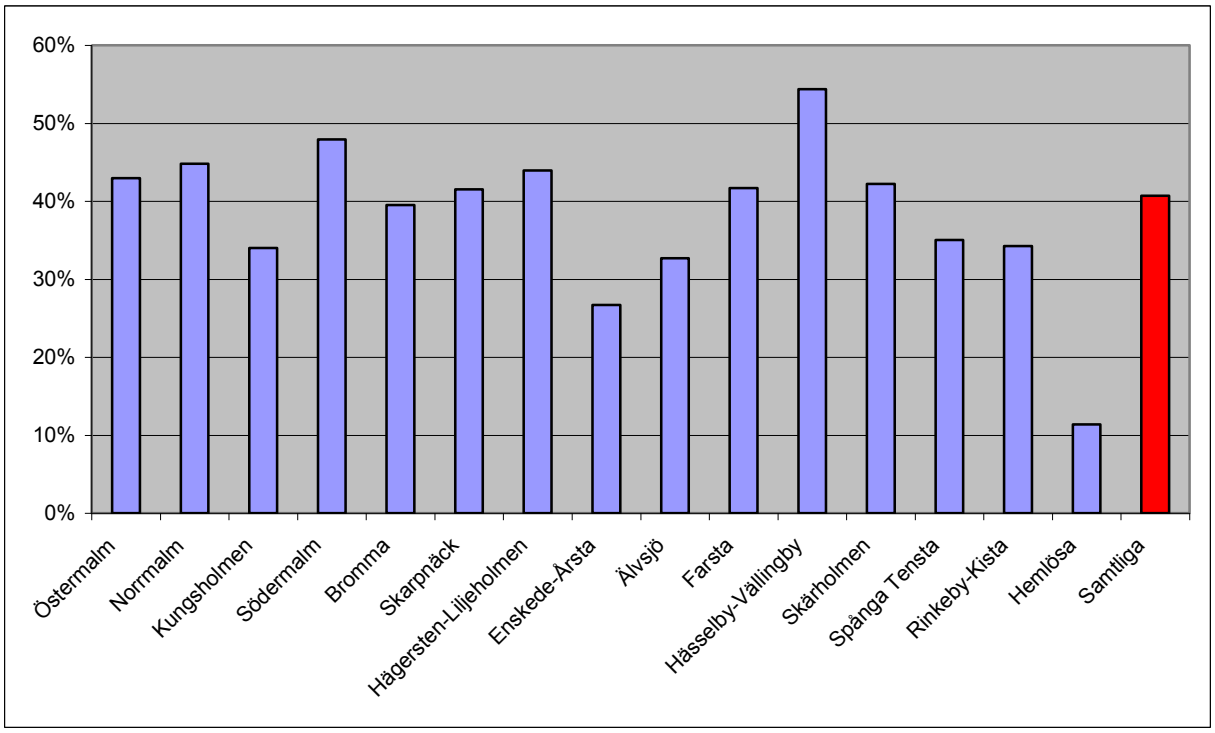


Det man här ser är återigen betydande variationer mellan stadsdelarna. Innerstadsdelarna Norrmalm och Kungsholmen och de invandrartäta yttre förorterna har en betydligt lägre andel personer med svår kognitiv nedsättning än övriga områden. När det gäller invandrarförorterna avspeglar detta förmodligen ett samband andelen mycket gamla, vilket är förklarligt med hänsyn till att förekomsten av kognitiv nedsättning ökar starkt med åldern. Att andelen kognitivt nedsatta ändå är lägre i innerstaden sammanhänger kanske med att andelen med längre utbildning där är högre.

Andelen med svår kognitiv nedsättning varierar mycket starkare för vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende än i vård- och omsorgsboendet (jfr diagrambilagan). Detta gäller speciellt serviceboendet där variationen är extrem – på Östermalm är 1% av de boende svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta, i Hässelby/Vällingby 17%! Med reservation för eventuella olikheter i vad som skall betraktas som svår kognitiv nedsättning kan detta knappast bero på något annat än skillnader i vårdpolicy, d v s olika kriterier för vem som kan få flytta in i serviceboende och hur länge man kan bo kvar.

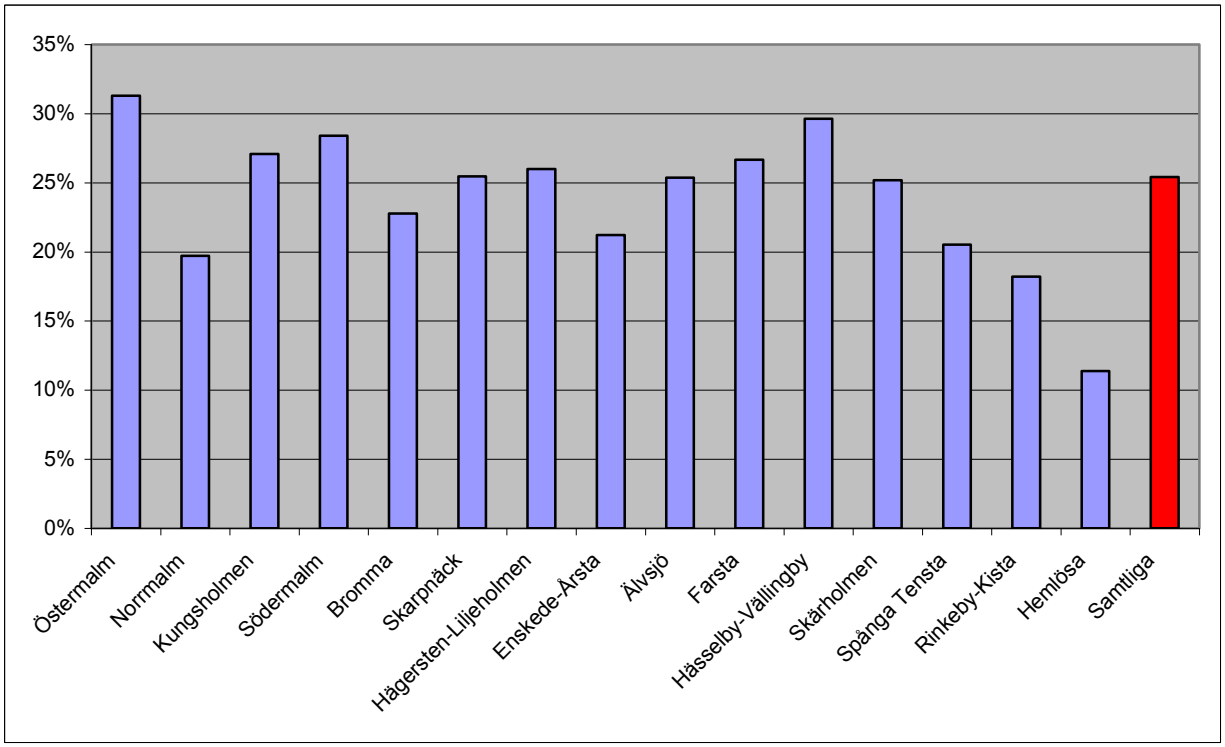
Även när det gäller andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder finns det, som man ser i diagram 2.9, stora skillnader mellan stadsdelarna. Variationerna är ännu större om man jämför per boendeform (se diagrambilagan) - särskilt i ordinärt boende och serviceboende. Mönstret är här dock annorlunda mot kognitiv nedsättning. De lägsta andelarna svårt rörelsehindrade finner man i de södra förorterna och på Kungsholmen – de högsta i Hässelby-Vällingby och på Södermalm. Bland de hemlösa är förekomsten av rörelsehinder mycket låg.

Diagram 2.9 Andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder per stadsdel, samtliga boendeformer



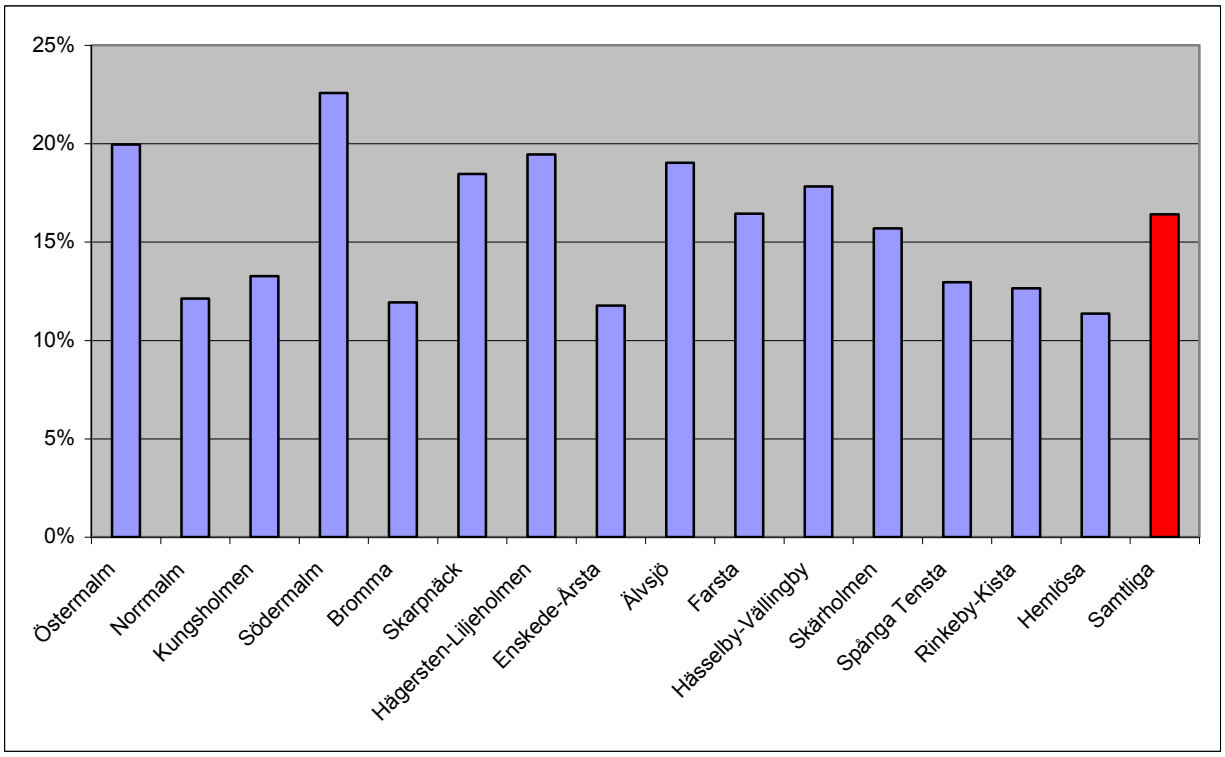
Omkring en fjärdedel av vårdtagarna har svår eller mycket svår urininkontinens och det varierar i allmänhet mellan 20 - 30% mellan stadsdelarna (diagram 2.10). Variationen är här således relativt måttlig. De yttre förorterna ligger något lägre än övriga stadsdelar med undantag för Norrmalm och Enskede-Årsta. Variationerna är störst i serviceboendet, vilket återigen avspeglar de stora skillnaderna mellan stadsdelarna i utnyttjandet av denna boendeform.

Diagram 2.10 Andelen med svår eller mycket svår urininkontinens per stadsdel, samtliga boendeformer



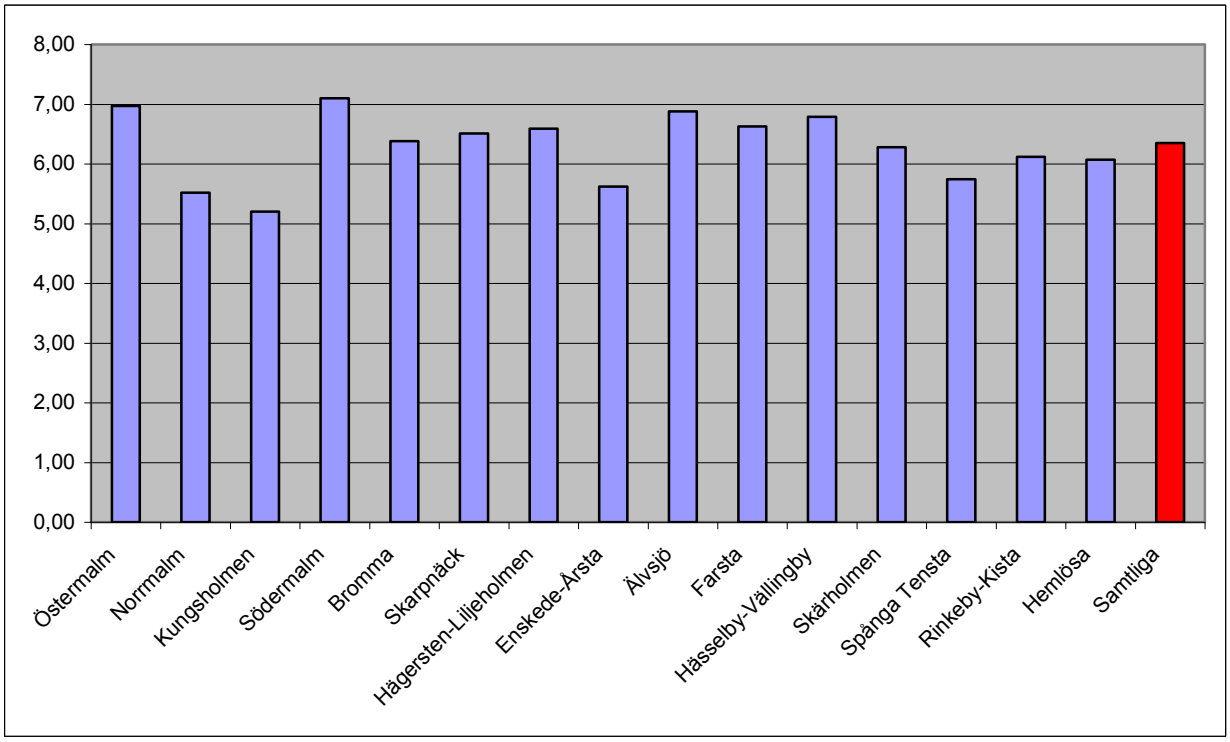
Andelen vårdtagare med avföringsinkontinens skiljer, som man ser i diagram 2.11, mycket mer mellan stadsdelarna. Högst ligger här Södermalm och Östermalm, medan något överraskande de två övriga innerstadsdelarna Norrmalm och Kungsholmen ligger bland de lägsta. Variationen mellan stadsdelarna är återigen störst i serviceboendet (se diagrambilagan).

Diagram 2.11 Andelen med svår eller mycket svår avföringsinkontinens per stadsdel, samtliga boendeformer



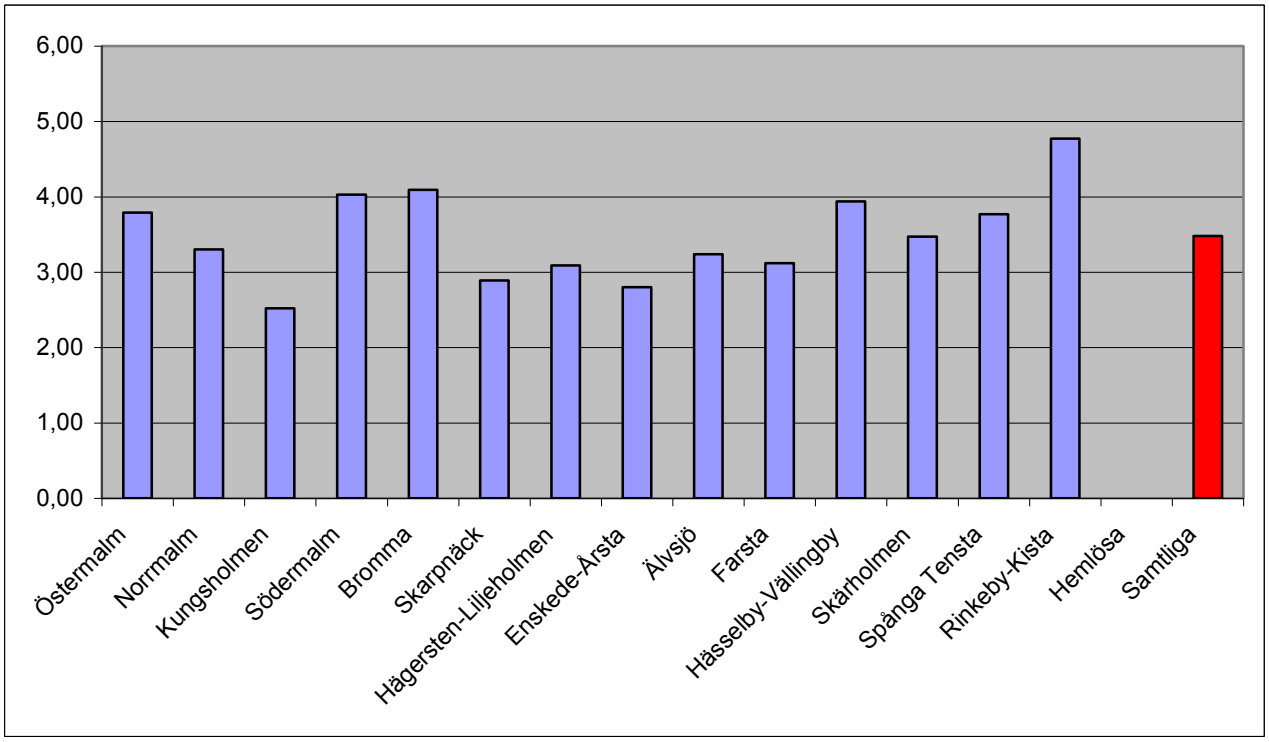
De olika indikatorerna på funktionsnedsättning vägs samman i SNAC-index som härvid kommer att gå från 0 – ingen funktionsnedsättning – till 23 – maximal nedsättning. Diagram 2.12 visar medelvärdet av SNAC-index per stadsdel, samtliga boendeformer.

Diagram 2.12 Medelvärde för SNAC-index per stadsdel, samtliga boendeformer

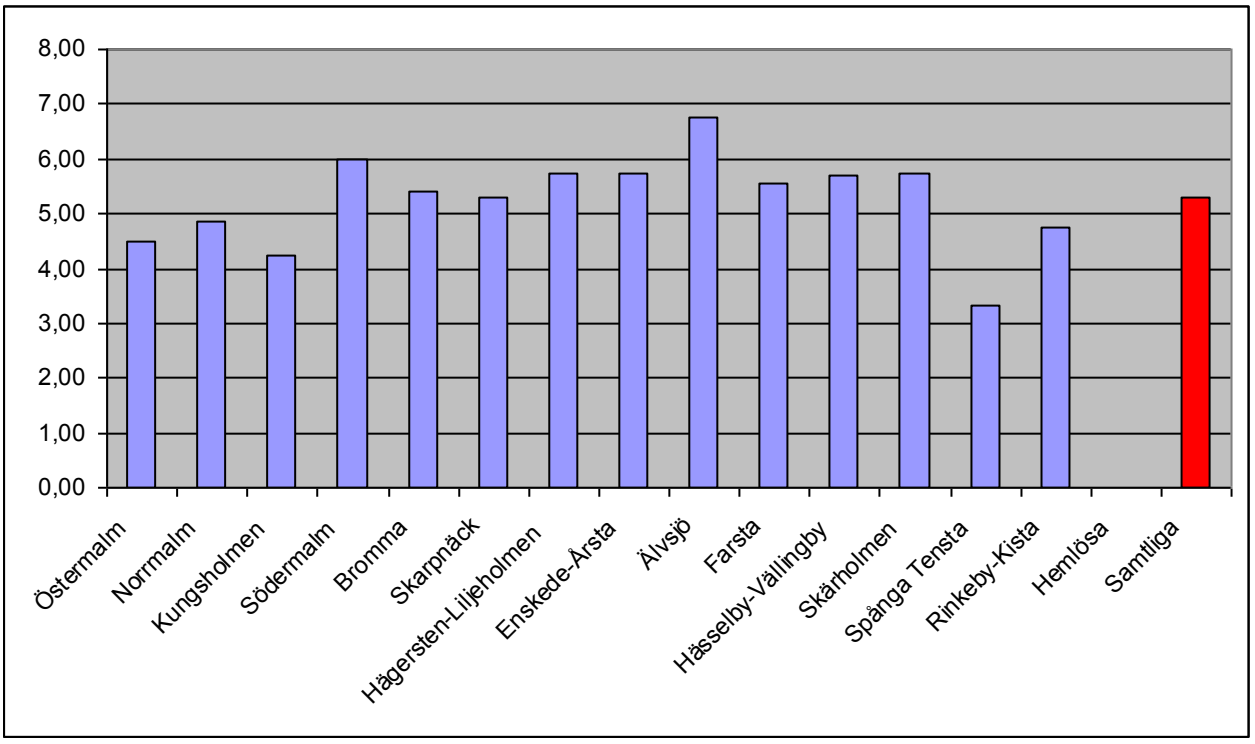


Variationen mellan stadsdelarna när man på detta sätt väger samman indikatorerna blir som man ser ganska måttlig. Det är svårt att se något mönster. Norrmalm och Kungsholmen ligger lägst, men de övriga stadsdelarna i innerstaden betydligt högre. Övriga stadsdelar ligger ganska nära genomsnittet. Delar man upp på boendeform blir variationen betydligt större. Diagrammen 2.13 A – C visar genomsnittligt SNAC-index per boendeform.

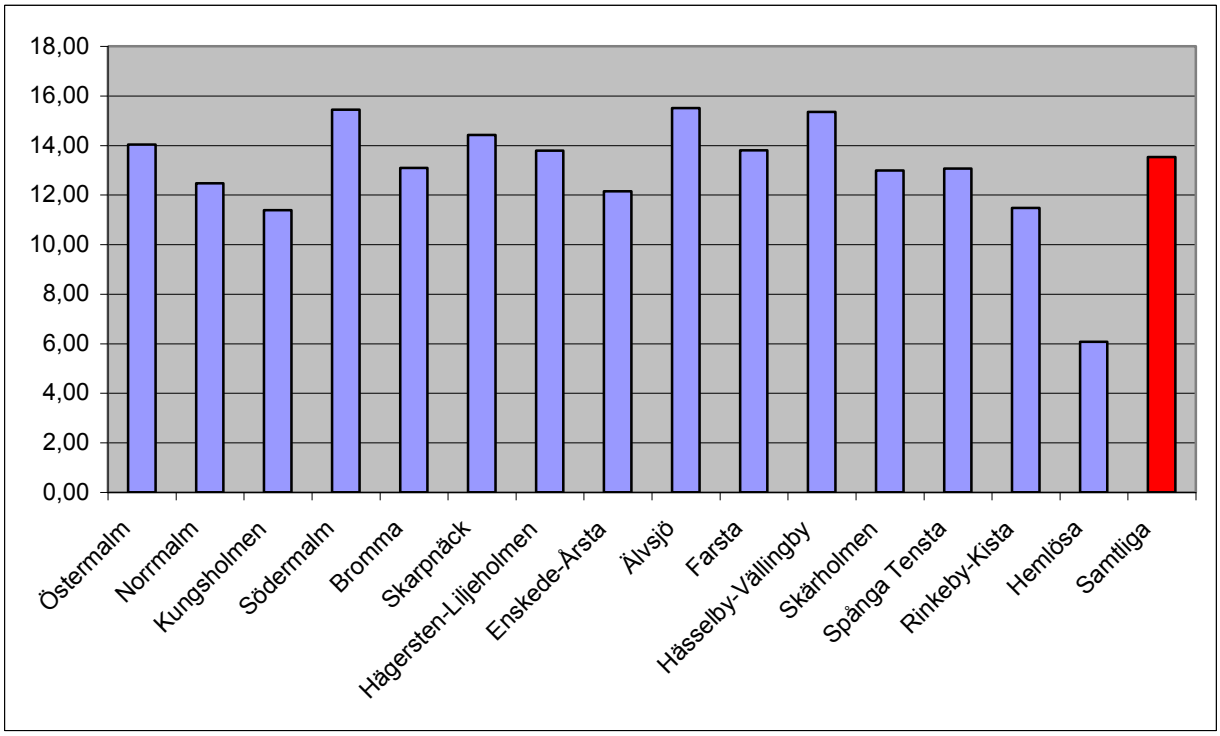
Diagram 2.13 Medelvärde för SNAC-index per stadsdel
A. Ordinärt boende



B. Serviceboende



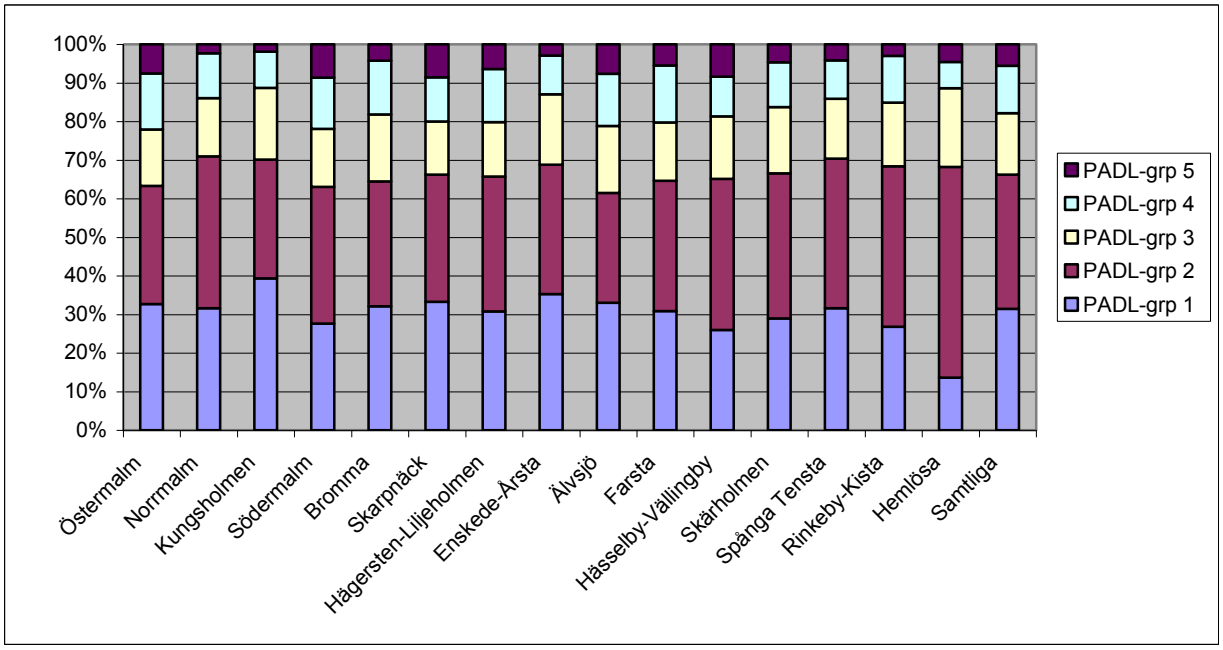
C. Vård- och omsorgsboende



Graden av funktionsnedsättning bland vårdtagarna i ordinärt boende är mätt med SNAC-index nästan dubbelt så hög i Rinkeby-Kista som på Kungsholmen. För serviceboendet gäller detsamma för Älvsjö jämfört med Spånga-Tensta. Variationen inom vård- och omsorgsboendet är – bortsett från de hemlösa – mindre, men ändå betydande. De boende i Södermalm, Älvsjö och Spånga-Tensta ligger här som genomsnitt 30 - 35% högre än vårdtagarna i vård- och omsorgsboende på Kungsholmen och Enskede-Årsta.

Skillnaderna mellan stadsdelarna när det gäller vårdtagarnas sammansättning kan också illustreras genom fördelningen på PADL-grupper. Diagram 2.14 visar denna per stadsdel, sammantaget för boendeformerna.

Diagram 2.14 Fördelning på PADL-grupper per stadsdel, samtliga boendeformer

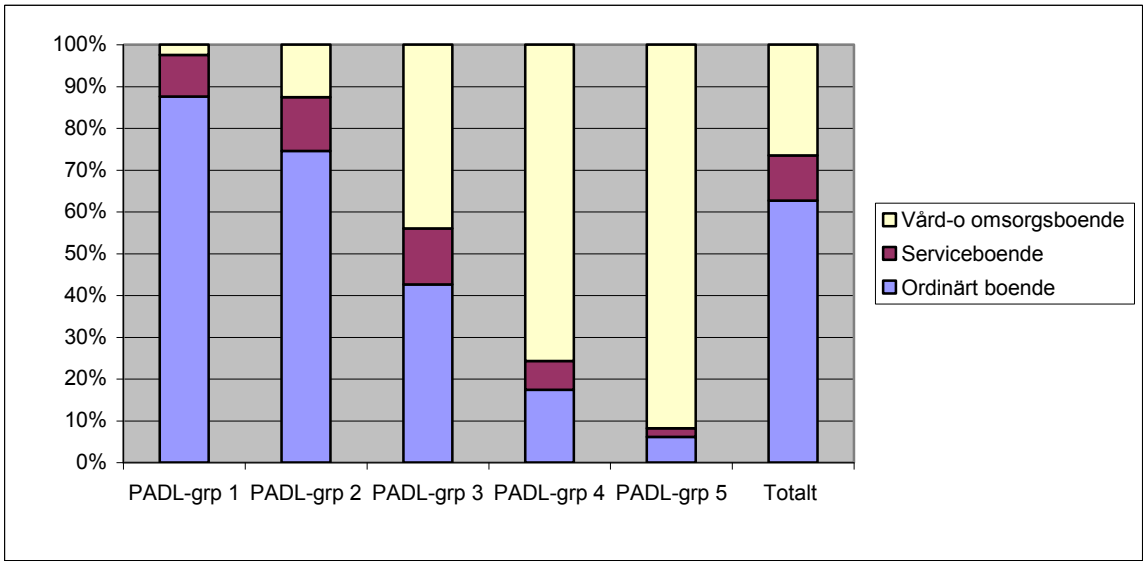


Som man kan vänta sig ligger här andelen i PADL-grupp 1 högst på Kungsholmen. Bortsett från de hemlösa är dock variationen ganska måttlig. Variationerna i andelen med PADL-grupp 5 är betydligt större. Norrmalm och Kungsholmen har mycket få vårdtagare i den tyngsta gruppen – kring 2%. Som kontrast har Södermalm, Skarpnäck och Hässelby-Vällingby nästan 10% av vårdtagarna i denna grupp.

3.3 Insatser per grad av funktionsnedsättning, samtliga stadsdelar

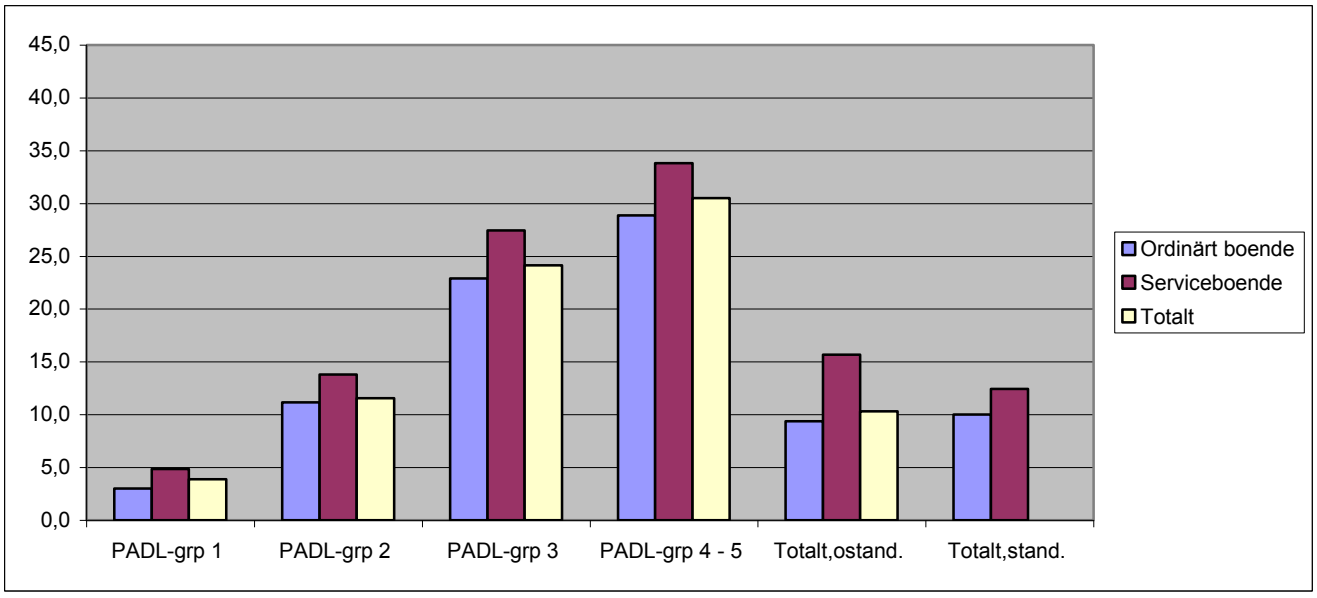
Givet vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning har det intresse att se vilka insatser som beviljats och om detta skiljer mellan stadsdelarna. De insatser det här är fråga om är dels valet av boendeform, dels det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar hemtjänst. I detta avsnitt visas tilldelningen av insatser per PADL-grupp för stadsdelarna sammantaget, i det följande avsnittet 3.4 görs en uppdelning på stadsdel. Diagram 3.1 nedan visar fördelningen på boendeform per PADL-grupp.

Diagram 3.1 Fördelning på boendeform per PADL-grupp, samtliga stadsdelar



Det finns, som man ser, ett mycket tydligt samband mellan PADL-grupp och valet av boendeform. I PADL-grupp 1, de minst funktionsnedsatta vårdtagarna, får nästan alla hemtjänst i ordinärt boende – i PADL-grupp 5, de mest nedsatta, är det precis tvärtom. De allra flesta får här vård- och omsorgsboende. Samma mönster gäller, som framgår av diagram 3.2, när det är fråga om tilldelningen av veckotimmar hemtjänst.

Diagram 3.2 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per PADL-grupp, per boendeform, samtliga stadsdelar



Personer i högre PADL-grupper får, som man har anledning att vänta, större insatser i hemtjänsten och sambandet är klart och tydligt. Man ser också att personer i serviceboende får större insatser givet PADL-gruppen än personer i ordinärt boende. Som genomsnitt är insatserna större i serviceboendet beroende på att personerna där är mer nedsatta, men

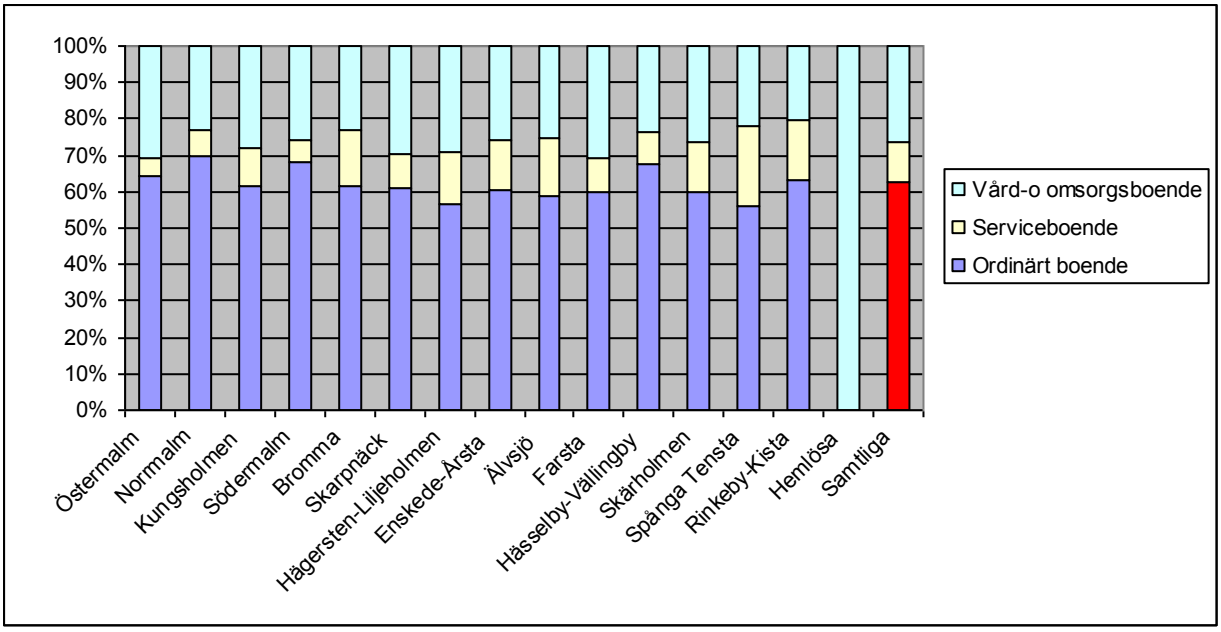
skillnaden kvarstår alltså även sedan man tagit hänsyn till detta genom standardisering för funktionsnedsättningen mätt som PADL-grupp[4].

Resultaten i diagram 3.1 och 3.2 visar alltså att PADL-gruppen ger ett mycket starkt utslag vid tilldelningen av insatser. Det är därför i högsta grad relevant att jämföra beviljade insatser i äldreomsorgen per PADL-grupp mellan kommuner, stadsdelar och även enskilda biståndshandläggare. Detta utesluter inte att det i det enskilda fallet kan vara högst berättigat att tilldela insatser som avviker från genomsnittet i PADL-gruppen.

3.4 Insatser per grad av funktionsnedsättning per stadsdel

Valet av boendeform givet graden av funktionsnedsättning visar tillgången till resurser i förhållande till behoven och hur resurserna används i de olika stadsdelarna. I diagram 4.1 visas fördelningen på boendeformer per stadsdel, totalt för alla PADL-grupper.

Diagram 4.1 Fördelning på boendeform per stadsdel, samtliga PADL-grupper



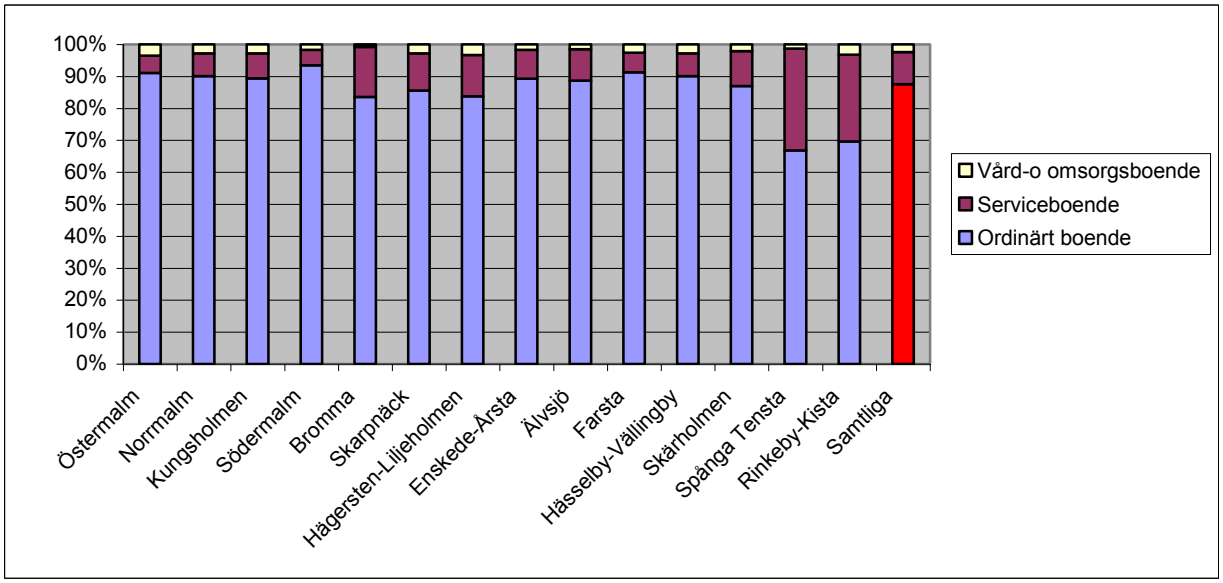
I samtliga stadsdelar överväger andelen vårdtagare i ordinärt boende och andelen i serviceboende är lägre än i vård- och omsorgsboende. Det finns dock vissa skillnader. Norrmalm har högst andel i ordinärt boende, nästan 70%, och Spånga-Tensta lägst, 56% (bortsett från de hemlösa). Andelen i serviceboende varierar starkt. Östermalm har här den lägsta andelen – knappt 5% - och Spånga-Tensta den högsta – 22%. Som visats ovan verkar det också finnas stora skillnader i hur serviceboendet utnyttjas. Även andelen i vård- och omsorgsboende varierar också ganska starkt – från 21% av vårdtagarna i Rinkeby-Kista till 31% på Östermalm och i Farsta. Det finns dock knappast något samband med geografin. Variationerna inom resp. delområde är lika stora som mellan områdena.

[4] Standardisering innebär i detta fall att man beräknar medelvärdet av antalet veckotimmar över PADL-grupperna under antagandet att fördelningen på PADL-grupper är densamma i båda boendeformerna.

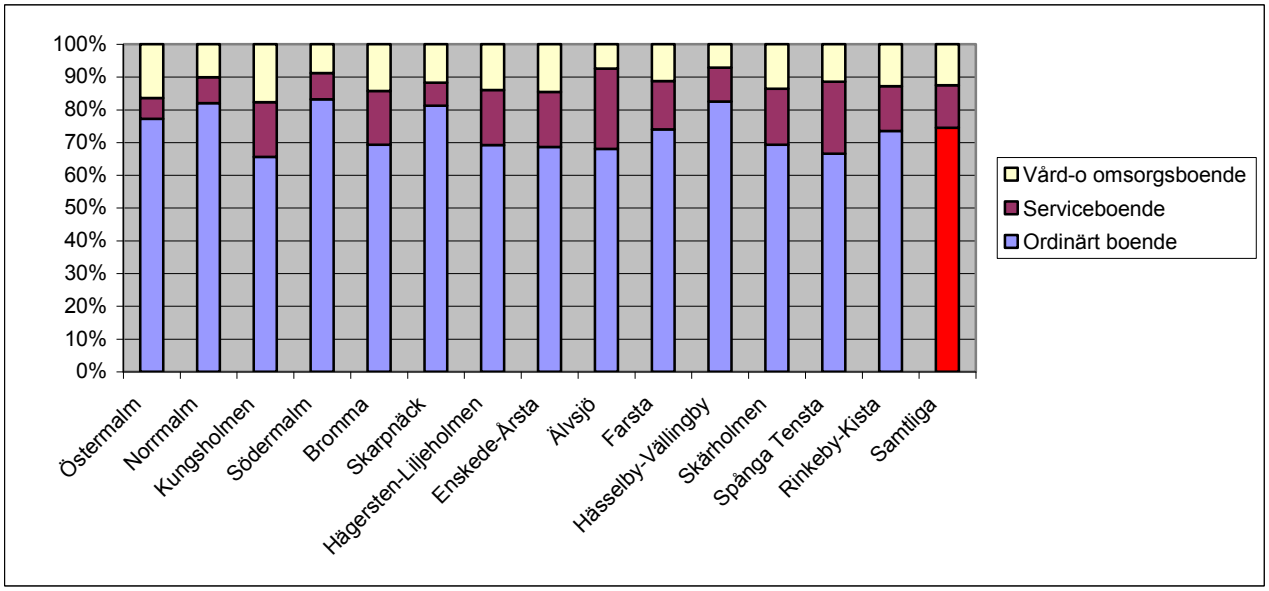
Frågan är då om variationerna i valet av boendeform har ett samband med fördelningen på PADL-grupper i resp. stadsdel, d v s om skillnaderna beror på skillnader i behov. Diagram 4.2 A – E visar fördelningen på boendeform per stadsdel för resp. PADL-grupp 1 - 5.

Diagram 4.2 Fördelning på boendeform per stadsdel per PADL-grupp

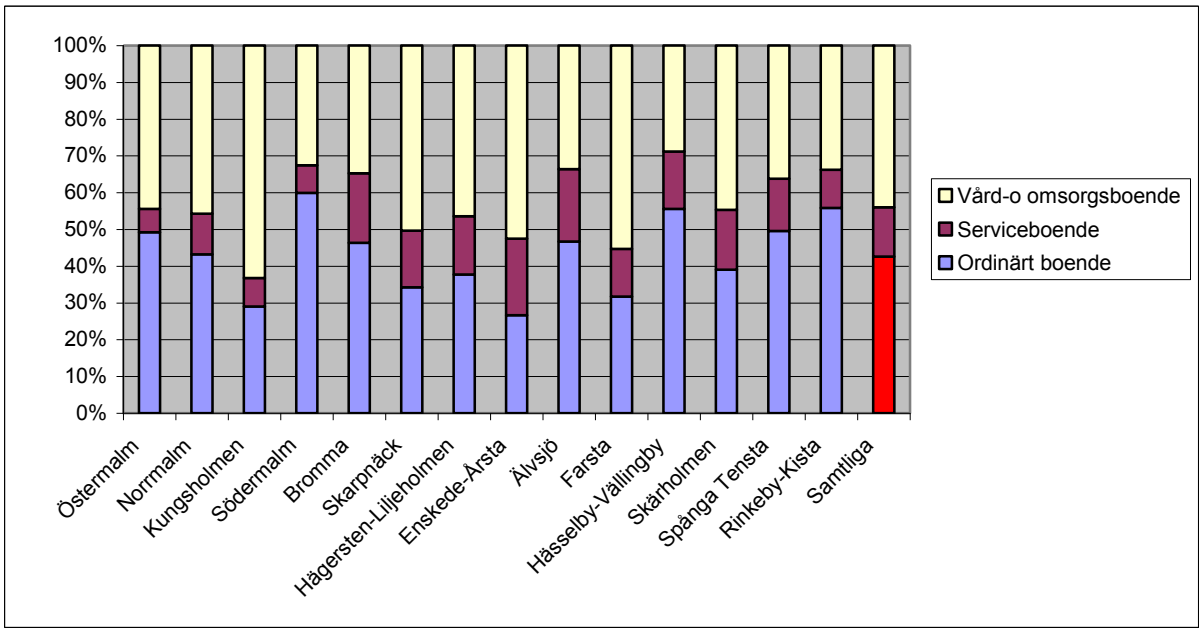
A. PADL-grupp 1



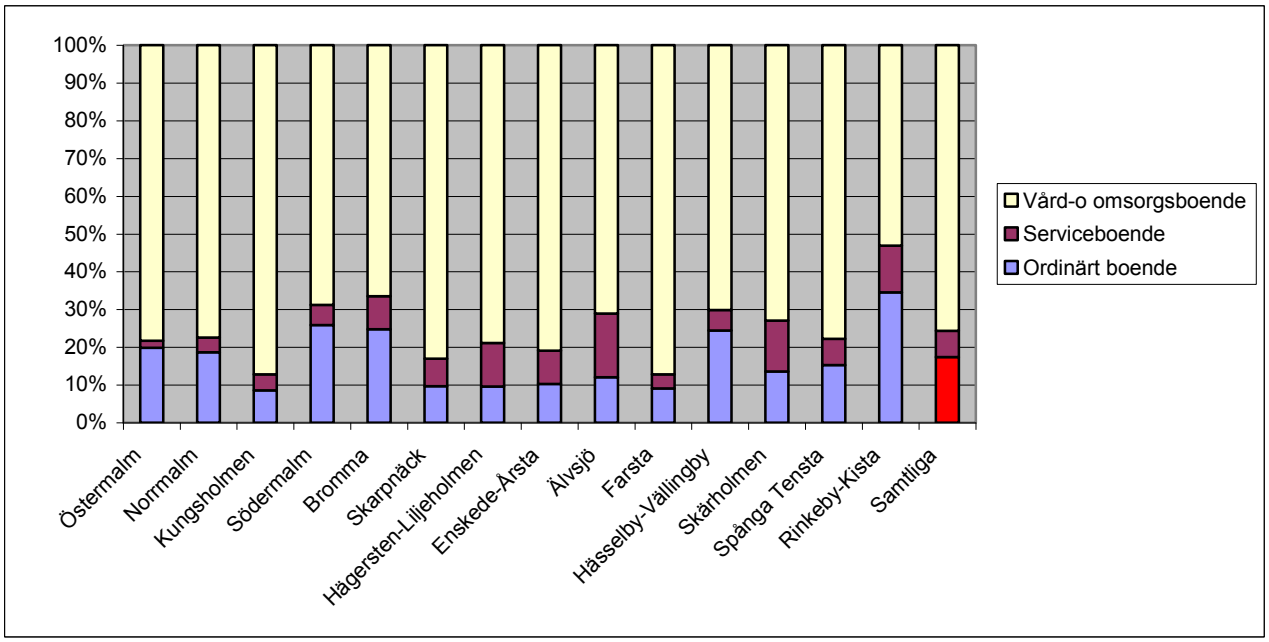
B. PADL-grupp 2



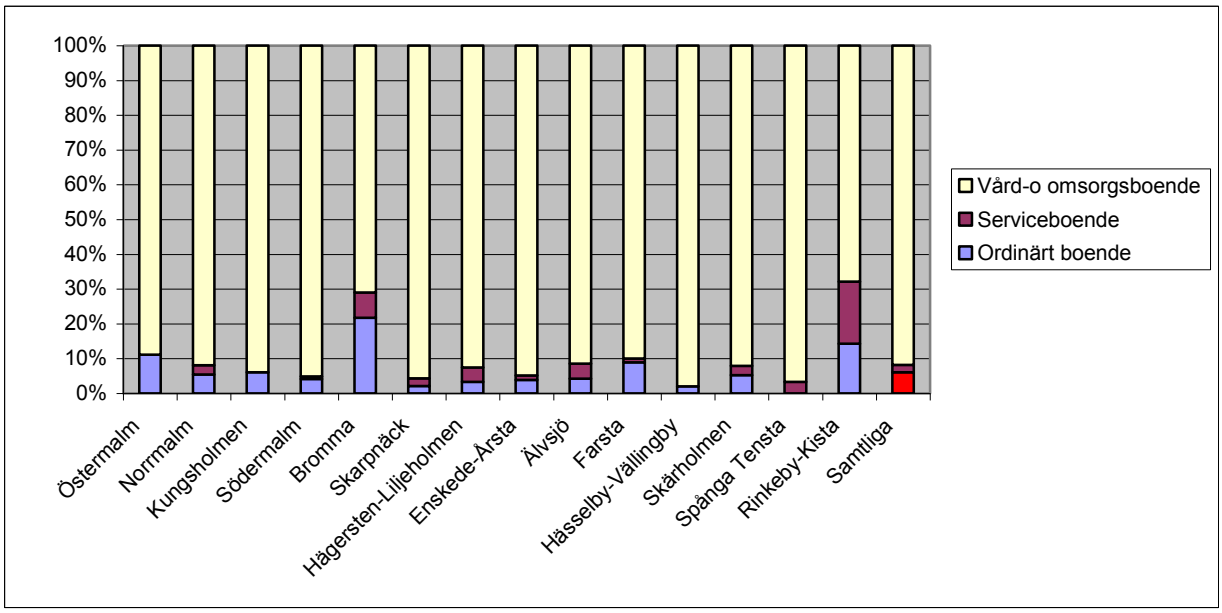
C. PADL-grupp 3



D. PADL-grupp 4



E. PADL-grupp 5



I PADL-grupp 1 dominerar förstås ordinärt boende. Påfallande är dock att så många i denna grupp tilldelats serviceboende i Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista. Även i Bromma och Hägersten-Liljeholmen är det ganska många i den lägsta PADL-gruppen, som fått serviceboende – dock betydligt lägre andel än i de förutnämnda stadsdelarna. Mycket få i denna PADL-grupp finns i vård- och omsorgsboende.

Även i PADL-grupp2 finns majoriteten av vårdtagarna i ordinärt boende. Mönstret här är ganska likartat. Skillnaderna när det gäller serviceboendet avspeglar här närmast tillgången till platser i denna boendeform överhuvudtaget. En högre andel än i PADL-grupp 1 har vård- och omsorgsboende, men det är i samtliga områden fortfarande fråga om en relativt liten del. Variationen är dock relativt betydande – i Älvsjö och Hässelby-Vällingby 7% och på Kungsholmen 17%.

I PADL-grupp 3 har andelen vårdtagare i ordinärt boende som genomsnitt sjunkit till 42% och i allmänhet finns en större andel av vårdtagarna i vård- och omsorgsboende. Variationen är dock stor – från 27% i ordinärt boende i Enskede-Årsta till 60% på Södermalm. Andelen i serviceboende varierar också mycket starkt i denna PADL-grupp. På Östermalm är bara 6% av vårdtagarna i gruppen i serviceboende, i Enskede-Årsta 21%! Även andelen i vård- och omsorgsboende varierar i mycket hög grad. I Hässelby-Vällingby, Älvsjö, på Södermalm och i Rinkeby-Kista finns en tredjedel eller färre av PADL-grupp3-vårdtagarna i vård- och omsorgsboende, på Kungsholmen är andelen vård-och omsorgsboende i denna PADL-grupp nästan dubbelt så stor – 63%.

De stora skillnaderna mellan stadsdelarna när det gäller valet av boendeform gäller också för PADL-grupp 4. Det stora flertalet vårdtagare finns här i vård- och omsorgsboende, men i en del stadsdelar bor en betydande andel i ordinärt boende eller serviceboende. Mest extrem är Rinkeby-Kista, där 35% i denna grupp av mycket nedsatta vårdtagare bor i ordinärt boende. Även i Bromma och i Hässelby-Vällingby bor omkring en fjärdedel av gruppen ifråga ordinärt. Som kontrast är detta ovanligt på Kungsholmen. Här är motsvarande andel inte högre än 8%. Också i Skarpnäck, Hägersten-Liljeholmen och Farsta är andelen under 10%.

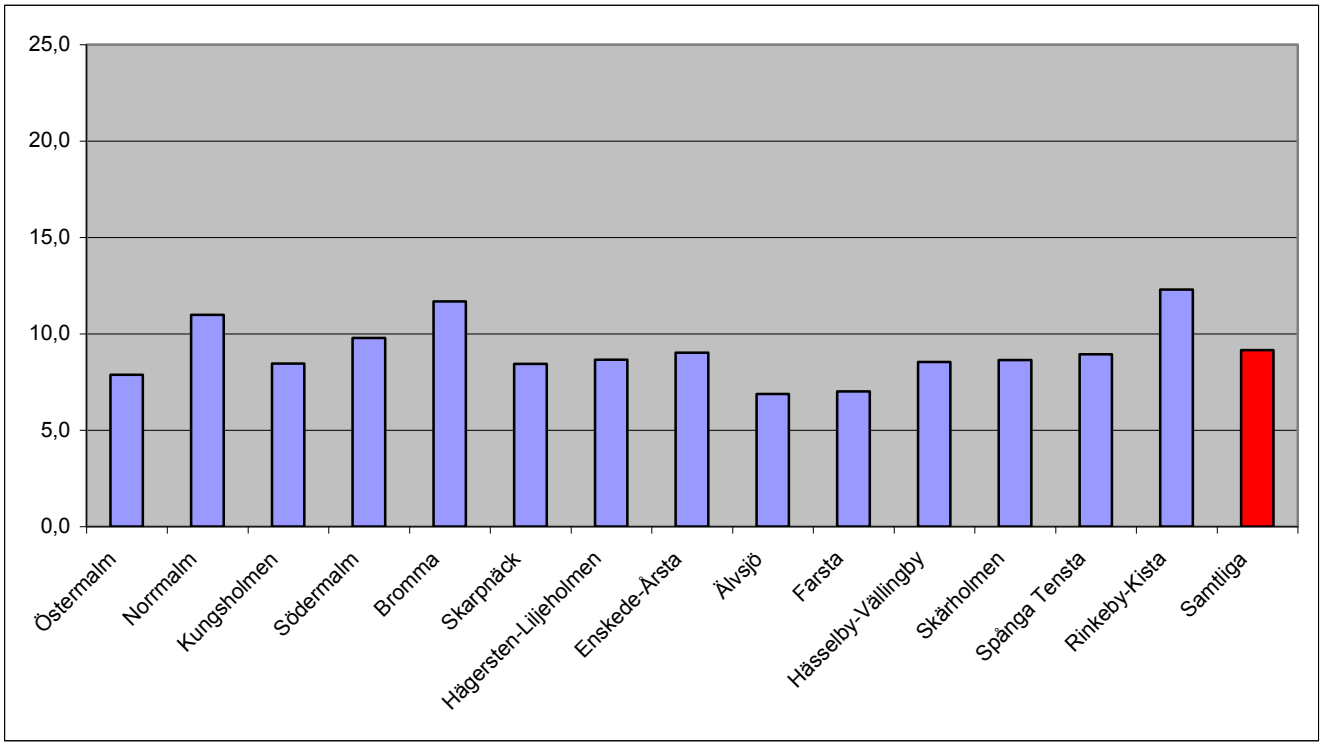
Även för serviceboendet är variationerna betydande. Resultatet blir mycket stora skillnaderna när det gäller andelen i vård- och omsorgsboende – från endast drygt hälften i Rinkeby-Kista till nästan 90% på Kungsholmen och i Farsta.

I PADL-grupp 5, de helt nedsatta vårdtagarna, finns den helt övervägande majoriteten naturligt nog i vård- och omsorgsboende – som genomsnitt nio av tio. Men även här bor i Bromma en betydande del, mer en var femte i ordinärt boende. Andelen är också förhållandevis hög i Rinkeby-Kista och på Östermalm. Kontrasten är stor mot Spånga-Tensta, där ingen i denna PADL-grupp finns i ordinärt boende! Lika stora är skillnaderna när det gäller andelen i serviceboende. Här har Rinkeby-Kista 18%, medan tre stadsdelar – Östermalm, Kungsholmen och Hässelby-Vällingby - helt saknar så pass nedsatta vårdtagare i serviceboendet. Nästan alla stadsdelar har mer än 90% av vårdtagarna i gruppen i vård- och omsorgsboende, men Bromma och Rinkeby-Kista avviker här helt med endast kring 70%.

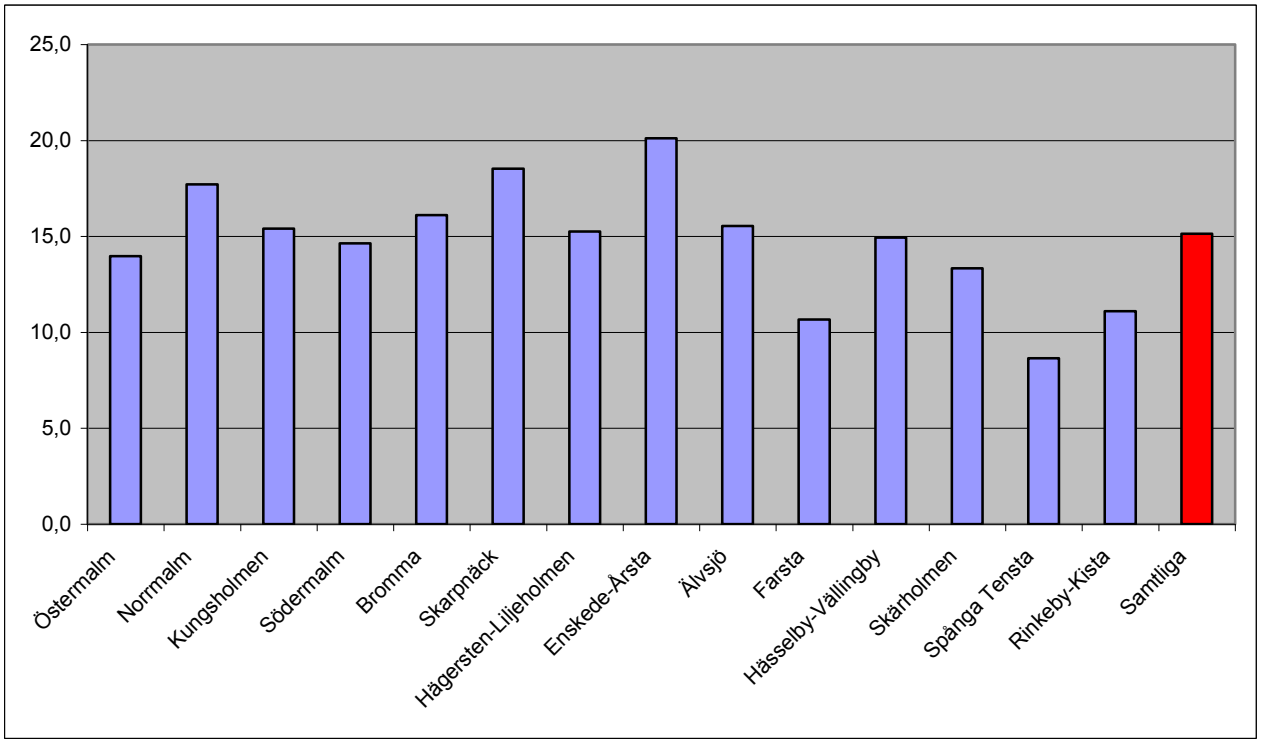
För vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende har registrerats det beviljade antalet veckotimmar hemtjänst. Diagrammen 4.3 A och B visar det genomsnittliga antalet beviljade timmar per stadsdel för ordinärt boende resp. serviceboende.

Diagram 4.3 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel, - utan standardisering för funktionsnedsättning (PADL-grupp)

A. Ordinärt boende



B. Serviceboende



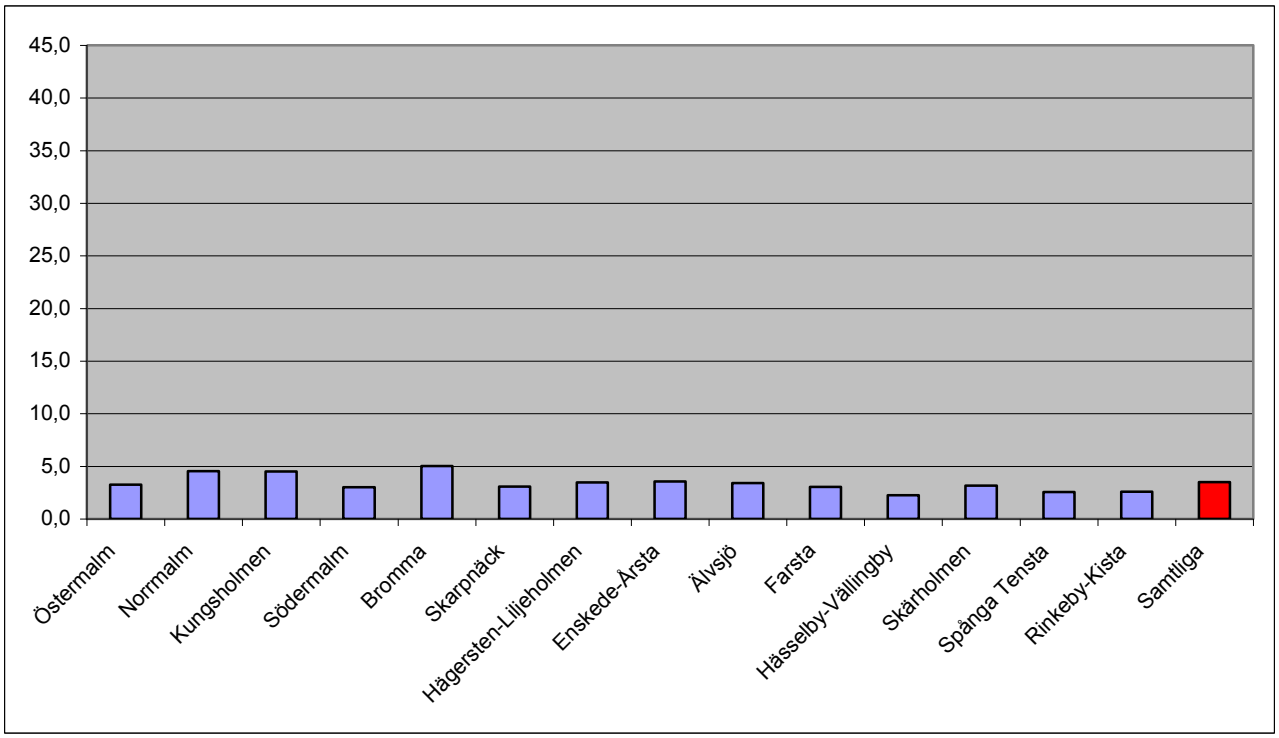
Det framgår att det råder betydande skillnader mellan stadsdelarna även när det gäller hur mycket hemtjänst man beviljar. I det ordinära boendet är Rinkeby-Kista mest generöst, men även Bromma och Norrmalm ligger högt. Farsta och Älvsjö beviljar som genomsnitt bara drygt hälften så många veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende.

I serviceboendet är situationen en annan. Här ligger Enskede-Årsta högst med Norrmalm på andra plats. Även i Skarpnäck beviljas som genomsnitt ett högt antal timmar. Farsta ligger också här lågt liksom Spånga-Tensta. Skillnaderna är till och med större än i ordinärt boende.

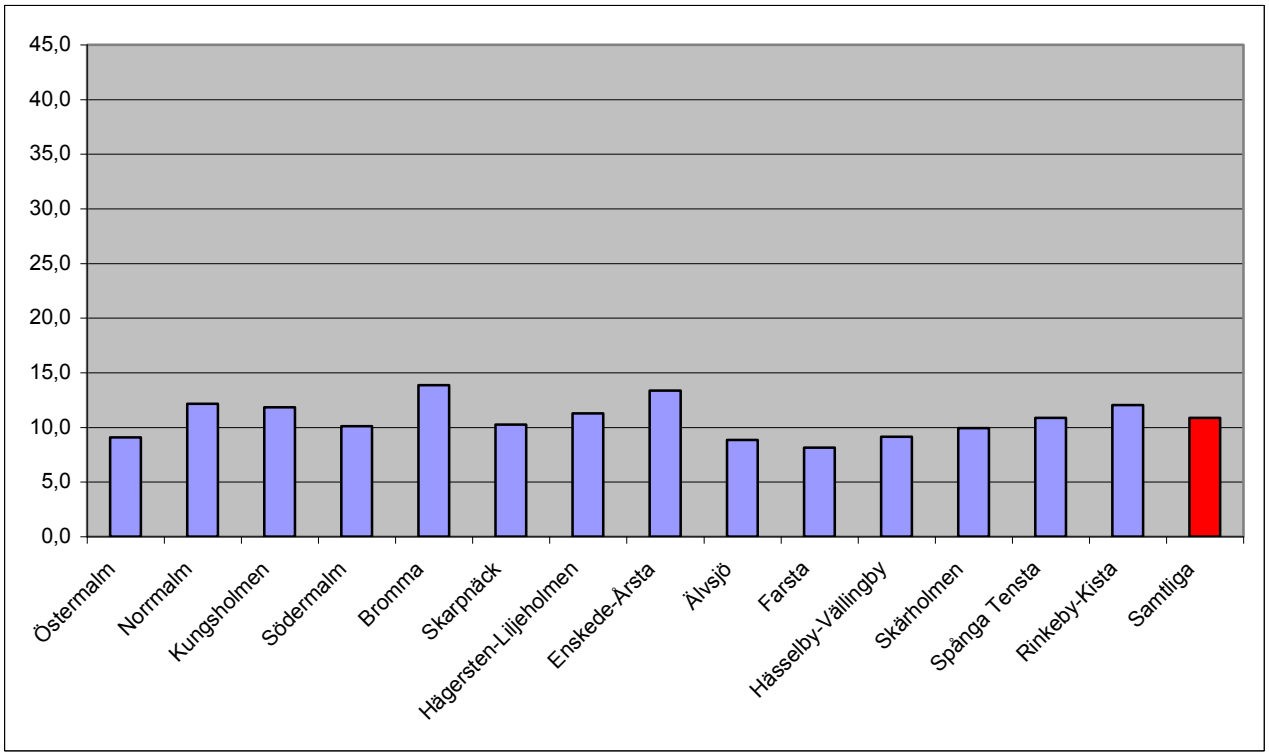
Skillnaderna i tilldelning kan naturligtvis bero på skillnader i behov hos vårdtagarna – i första hand graden av funktionsnedsättning. I diagrammen 4.4 A – D visas det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar per stadsdel för resp. PADL-grupp. De två högsta PADL-grupperna är därvid sammanslagna. Uppgifterna avser ordinärt boende och serviceboende sammantaget. I diagrambilagan finns diagram med uppdelning på resp. boendeform.

Diagram 4.4 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel och PADL-grupp

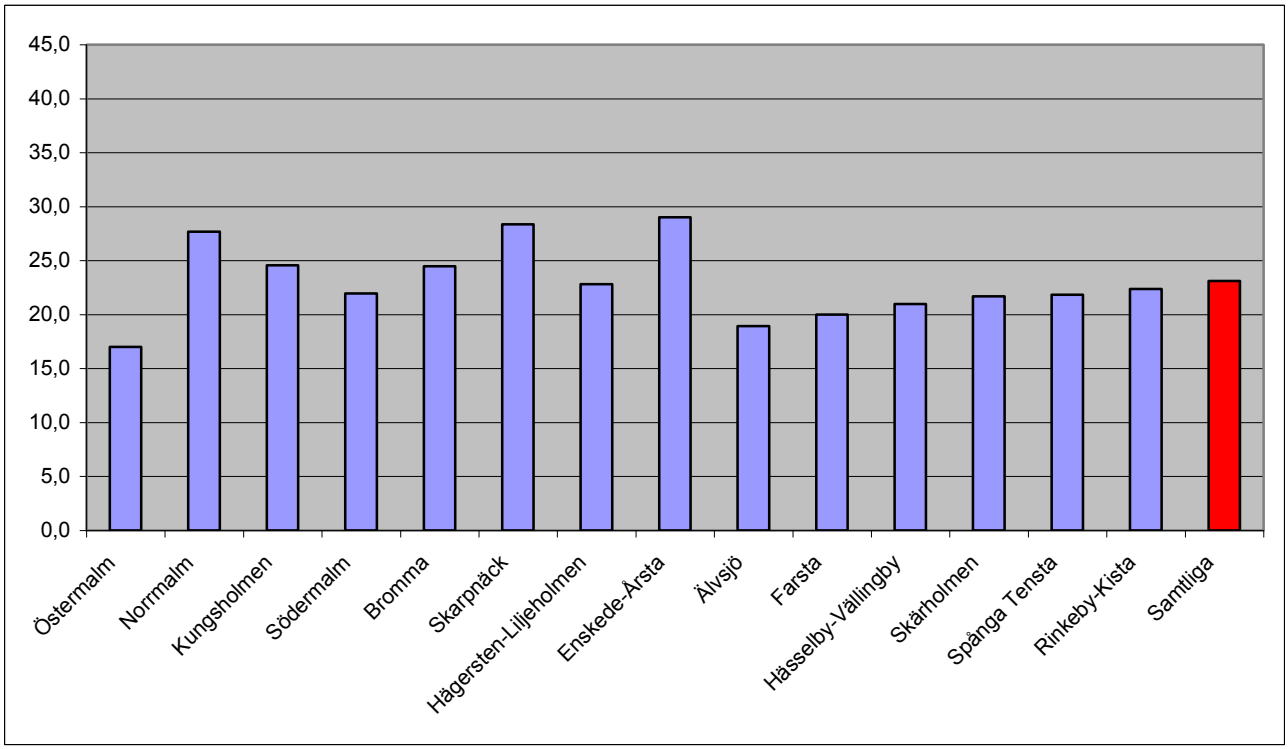
A. PADL-grupp 1



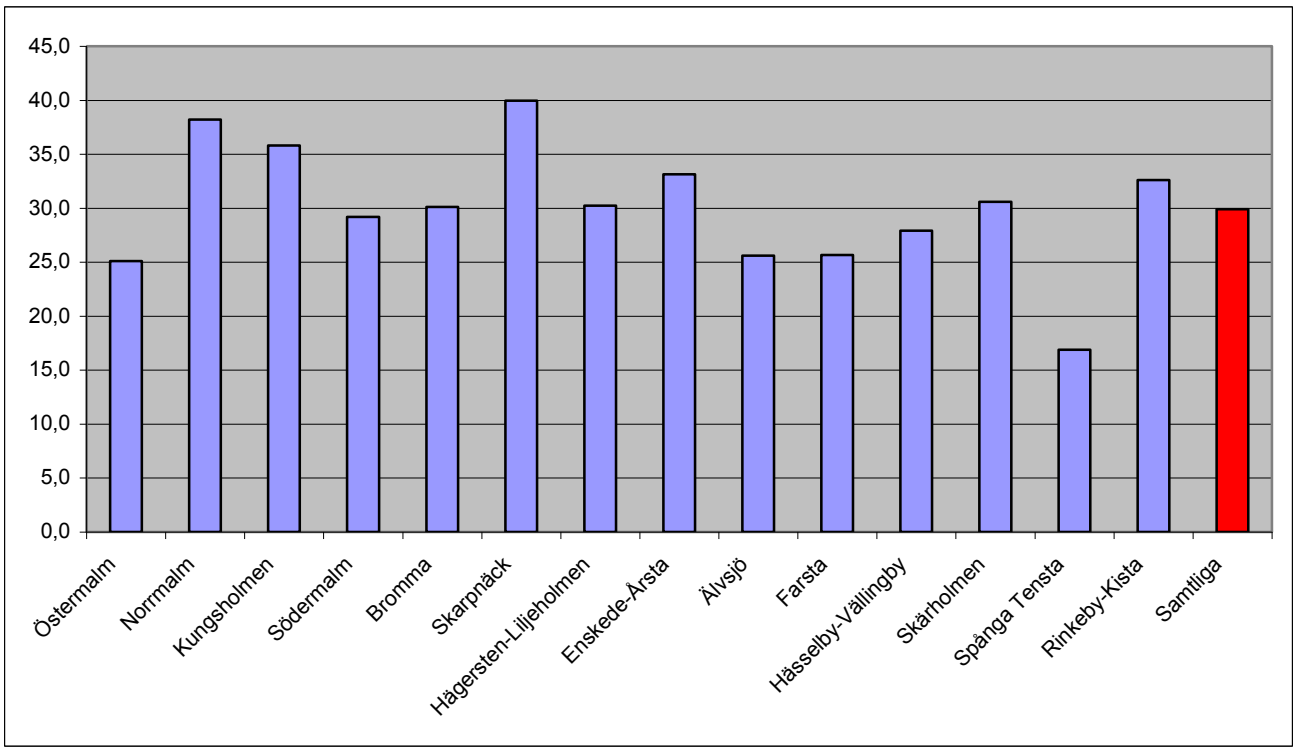
B. PADL-grupp 2



C. PADL-grupp 3



D. PADL-grupp 4 -5



I PADL-grupp 1 är de beviljade insatserna genomgående små. Det går dock att se skillnader mellan stadsdelarna även här. Bromma, Norrmalm och Kungsholmen är mest generösa med hjälp till denna grupp vårdtagare med endast lätt funktionsnedsättning. Den genomsnittliga timinsatsen är här mer än dubbelt så stor som i Hässelby-Vällingby. Även Spånga-Tensta, Skarpnäck och Farsta ligger lågt.

I PADL-grupp 2 beviljar Enskede-Årsta de största insatserna, men även Rinkeby-Kista och Norrmalm ligger högt. Man beviljar i dessa stadsdelar 50 - 60% större insatser som genomsnitt till denna grupp vårdtagare än i Farsta och Älvsjö. Även Hässelby-Vällingby Älvsjö och Östermalm har en låg genomsnittlig tilldelning till gruppen.

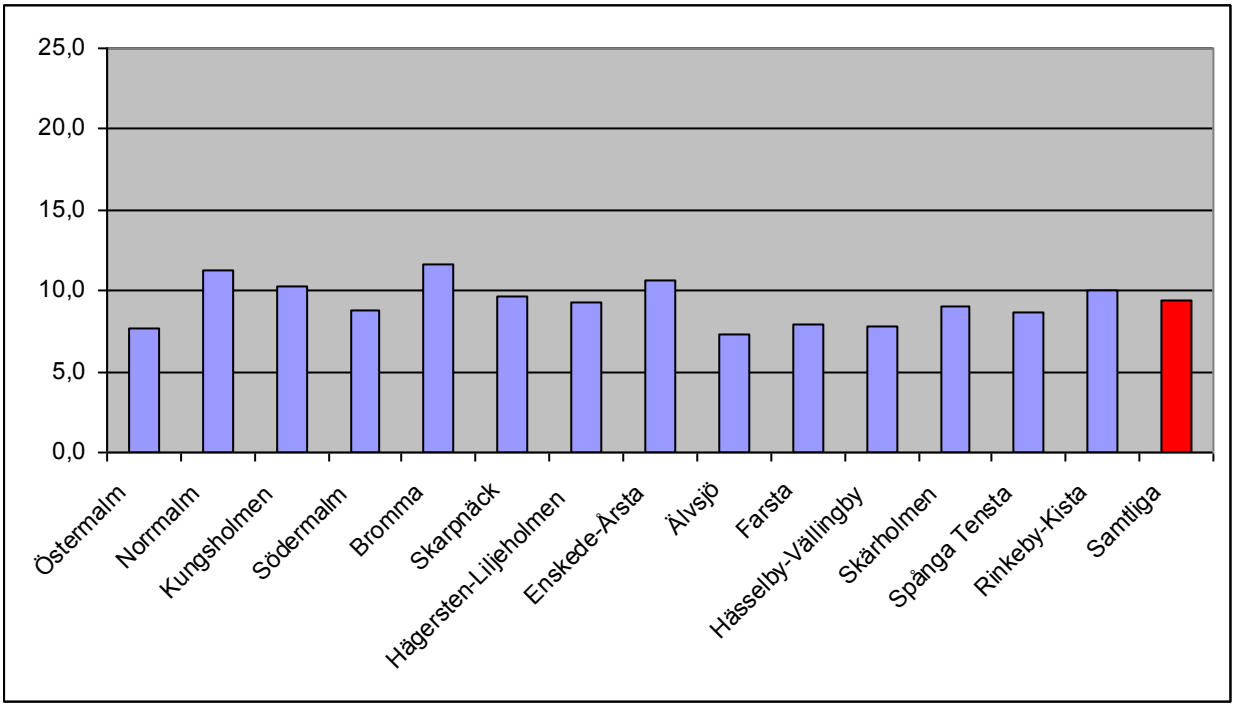
Vårdtagare i PADL-grupp 3 beviljas genomgående större hemtjänstinsatser. Skillnaderna mellan stadsdelarna är här något utjämnade. Högst ligger Enskede-Årsta , Skarpnäck och Norrmalm med närmare 30 timmar per vecka i genomsnitt: Detta är nästan dubbelt så mycket som på Östermalm, där den genomsnittliga insatsen är 17 timmar per vecka. Också i Älvsjö, Farsta och Hässelby-Vällingby beviljas förhållandevis låga insatser till denna grupp vårdtagare.

De mest funktionsnedsatta vårdtagarna i PADL-grupperna 4 och 5 får förstås de största insatserna. Skillnaderna mellan stadsdelarna är förhållandevis måttliga med undantag för Spånga-Tensta, som ligger långt under genomsnittet för stadsdelarna med endast knappt 17 veckotimmar. Det rör sig här dock om ett fåtal personer. Bland de övriga är Östermalm lägst med 25 timmar som genomsnitt per vecka I topp finner man Skarpnäck, Norrmalm och Kungsholmen, som till denna grupp alla beviljar mer än 35 timmar per vecka som genomsnitt.

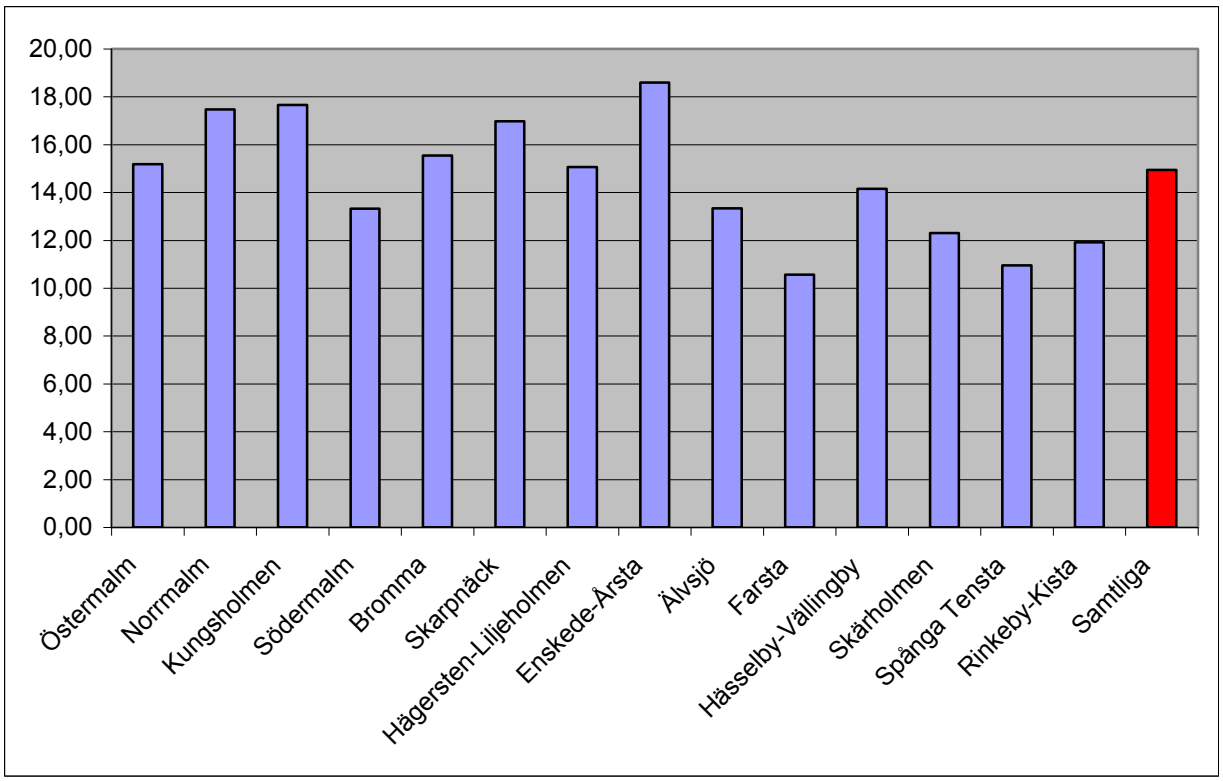
Genomsnittsvärdena per PADL-grupp kan användas för att beräkna ett standardiserat medelvärde per stadsdel, där man alltså tar hänsyn till olikheterna i fördelningen på PADL-grupper (jfr fotnot ovan). Diagrammen 4.5 A och B visar det genomsnittliga antalet beviljade timmar per stadsdel för ordinärt boende resp. serviceboende med standardisering för fördelningen på PADL-grupper.

Diagram 4.5 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel,
- **med standardisering för funktionsnedsättning (PADL-grupp)**

A. Ordinärt boende



B. Serviceboende



Diagrammen 4.5 A och B visar klart att det inte är skillnader i behoven av stöd och hjälp som gör att det blir så stora skillnader i det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar. Även efter standardisering för graden av funktionsnedsättning hos vårdtagarna kvarstår nämligen mycket stora skillnader mellan stadsdelarna i genomsnittlig tilldelning. I ordinärt boende är det framförallt Bromma som får ett högt värde även efter standardisering. I serviceboendet hamnar Enskede-Årsta i topp.

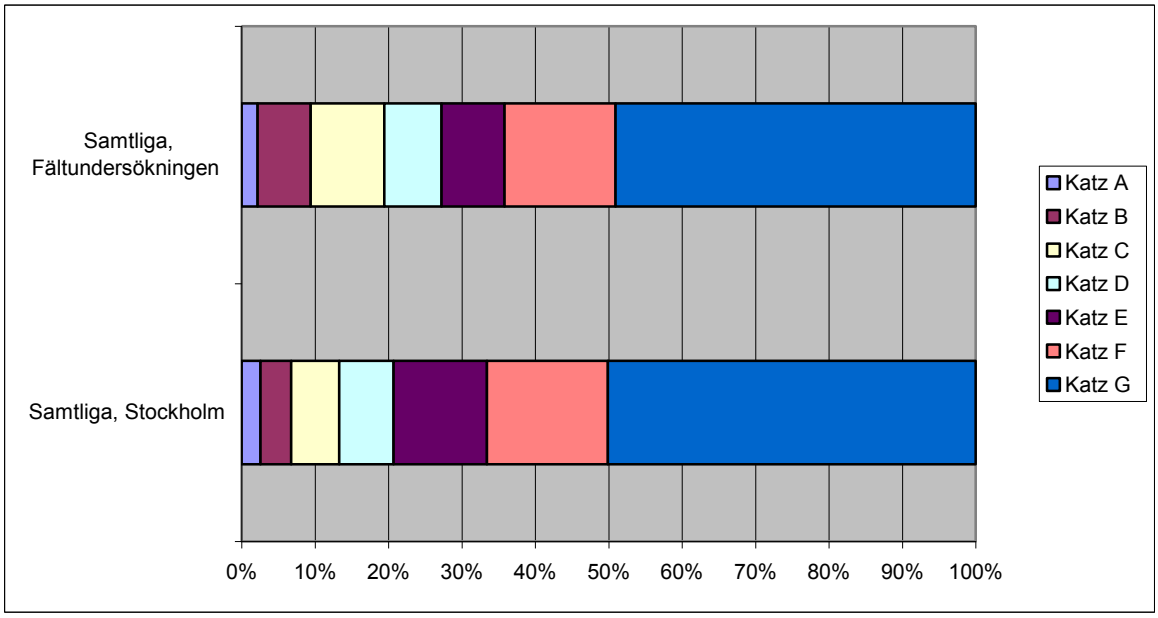
I den andra ändan med beviljade insatser under genomsnittet finner man för det ordinära boendet främst Älvsjö, Östermalm, Hässelby-Vällingby och Farsta med en insats som– efter standardisering för olikheterna i behov – ligger närmare 40% lägre än den beviljade insatsen i Bromma. Farsta ligger också mycket lågt när det gäller beviljade insatser i serviceboendet. Låga insatser i serviceboendet beviljas även i Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista.

3.5 Jämförelse med resultatet från fältundersökningen

Som nämndes i inledningen genomfördes den här aktuella undersökningen med precis samma metodik som den år 2007 genomförda s.k. fältundersökningen i åtta svenska kommuner. Det kan därför ha intresse att jämföra resultaten mellan undersökningarna. Resultatet av fältundersökningen har publicerats i Utjämningskommitténs betänkande (SOU 2007:61, bil. 10b). De publicerade resultaten avser fördelningen per deltagande kommun av vårdtagarna i vård- och omsorgsboende resp. ordinärt boende och serviceboende på grad av funktionsnedsättning samt genomsnittligt antal beviljade timmar hemtjänst per grad. Som mått på funktionsnedsättningen användes därvid Katz ADL-index[5]. Detta index kan beräknas med hjälp av den registrering som nu gjorts. Personen bedöms därvid som ”beroende” vid inkontinens om hon/har är urin- och/eller avföringsinkontinent. Diagram 5.1 visar fördelningen på Katz-grupper i resp. undersökning för vårdtagarna i vård- och omsorgsboende.

[5] Katz ADL-index bygger på samma ADL-variabler som redovisats ovan samt inkontinens. Det innebär klassificering i någon av grupperna A, B, C, D, E, F, G samt Ö. Grupperna A - G motsvarar grovt sett antalet ADL-beroenden. Gruppen Ö består av dem som inte kan klassas enligt Katz-schemat. Andelen av dessa uppgår till cirka 5% och dessa personer har utelämnats i det följande.

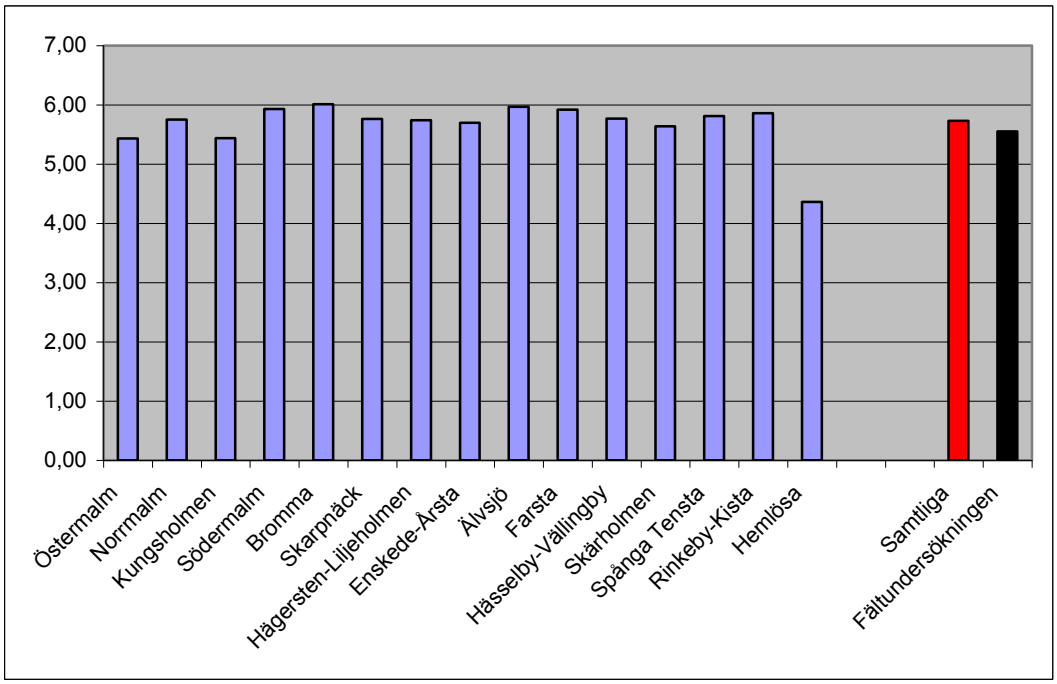
Diagram 5.1 Fördelning på Katz-grupper för vårdtagarna i vård- och omsorgsboende, - Stockholm-SNAC-undersökningen resp. fältundersökningen



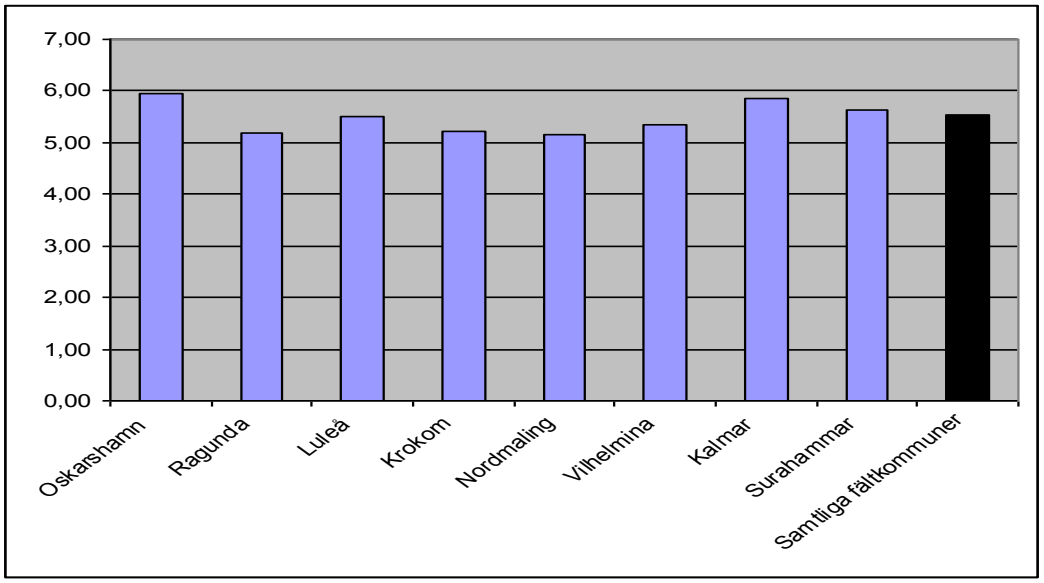
Som man ser är överensstämmelsen mycket god. Detta gäller särskilt andelen vårdtagare, som faller i grupperna A och G, medan det är något större avvikelser i mellangrupperna. I diagrammen 5.2 A och B visas medelvärdet av Katz-index omformat till siffervärden (Katz A=1, Katz B=2, o s v) per stadsdel i StockholmSNAC-undersökningen resp. per kommun i fältundersökningen. För jämförelsens skull har också medelvärdet över alla kommuner i fältundersökningen lagts in diagram 5.2 A.

Diagram 5.2 Medelvärdet av Katz-index omformat till siffervärden, vård och omsorgsboende

A. Per stadsdel i StockholmSNAC-undersökningen



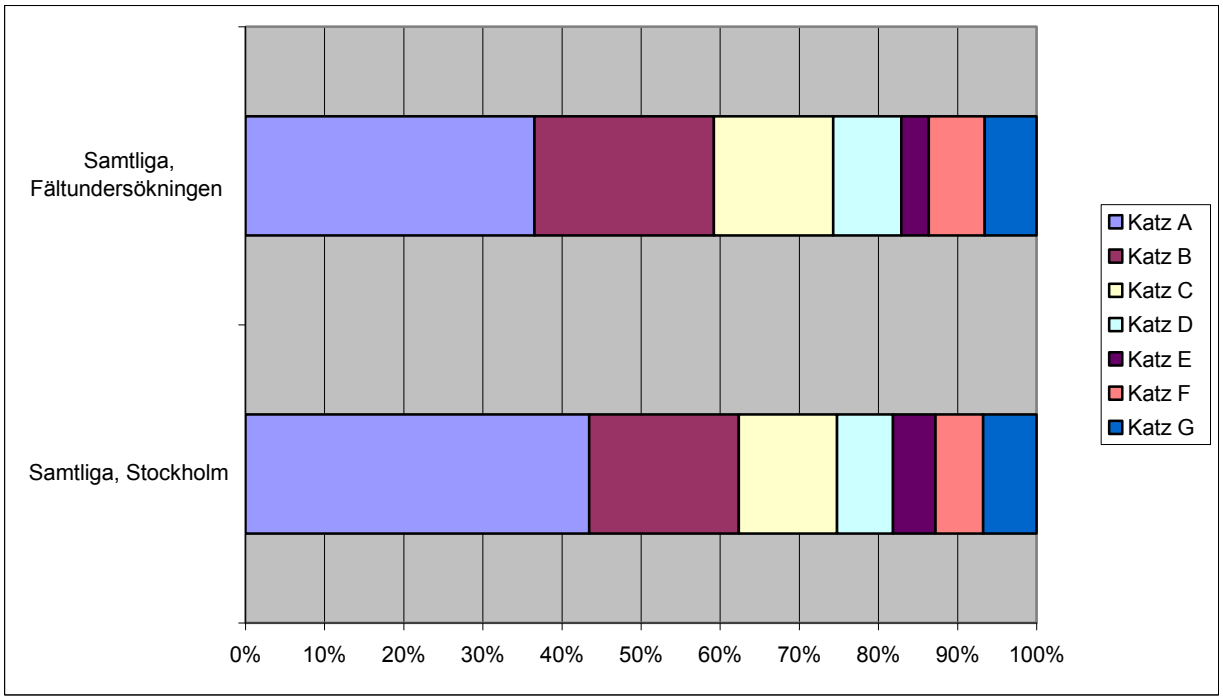
B. Per kommun i fältundersökningen



Man ser att variationerna mellan stadsdelarna i Stockholm är ungefär på samma nivå som mellan kommunerna i fältundersökningen. Medelvärdet i Stockholm ligger något över medelvärdet för fältkommunerna, d v s vårdtagarna i vård- och omsorgsboende i Stockholm är som genomsnitt något mer funktionsnedsatta. Tar man bort de tre norrländska glesbygdskommunerna, som har en annan vårdtagarsammansättning beroende på de geografiska förhållandena, stämmer dock Stockholmsgenomsnittet mycket väl med genomsnittet för fältkommunerna.

Samma jämförelse kan göras mellan vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende. Diagram 5.3 visar först fördelningen på Katz-index i resp. undersökning.

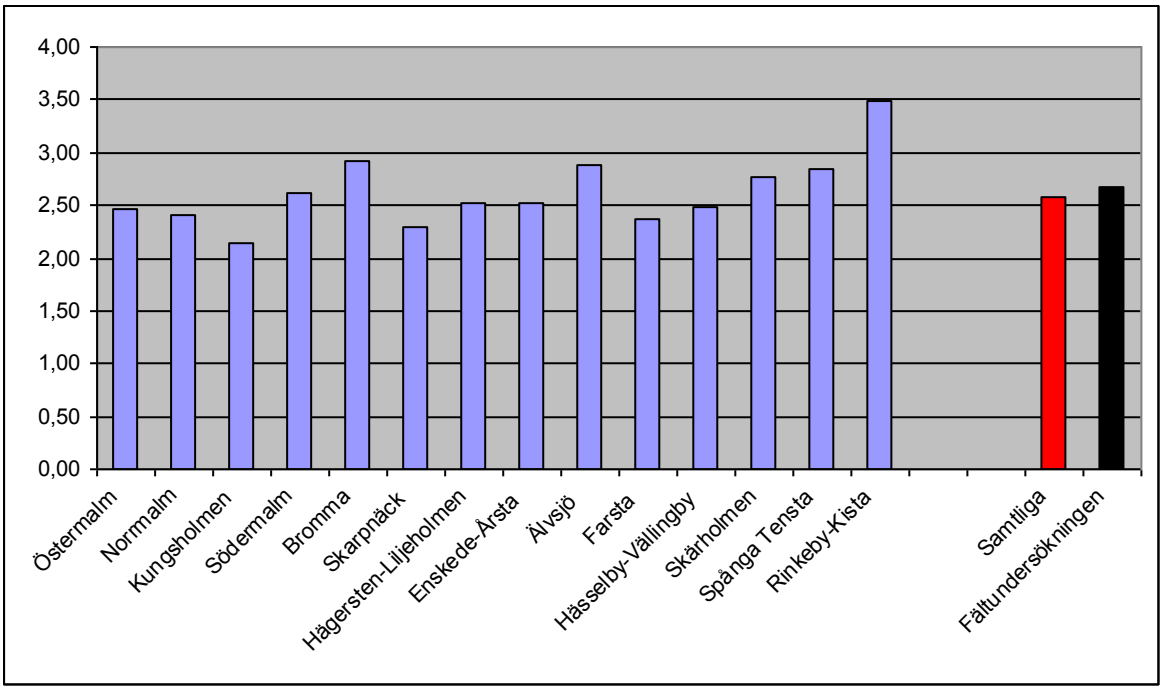
Diagram 5.3 Fördelning på Katz-grupper för vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende - Stockholm-SNAC-undersökningen resp. fältundersökningen



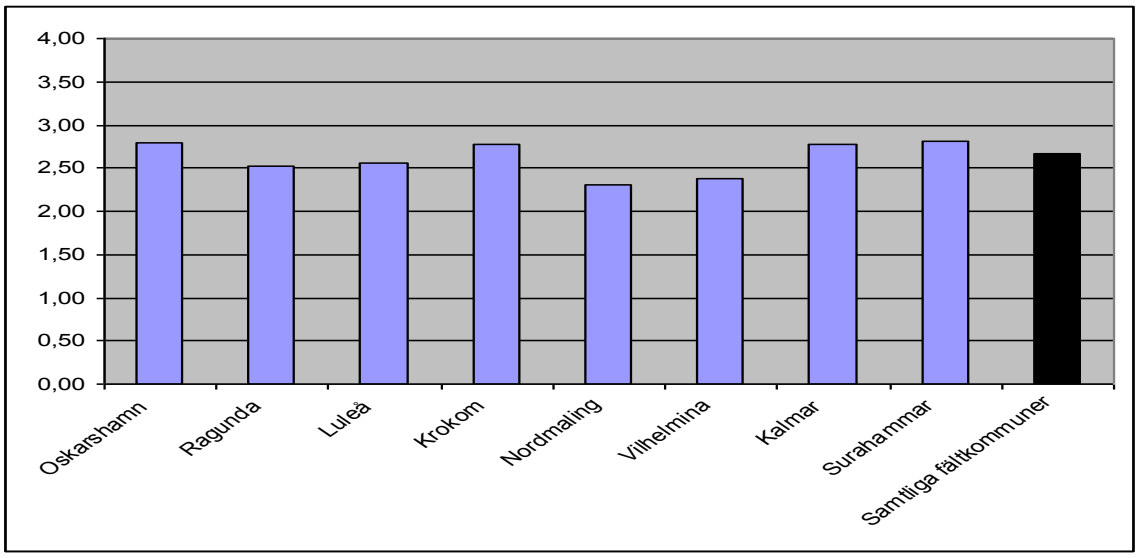
Som synes är även här överensstämmelsen god när man summerar över alla stadsdelar resp. kommuner. Detta gäller liksom ovan särskilt andelen i den mest nedsatta högsta gruppen, Katz G. I Stockholm är andelen i den lägsta gruppen dock högre, vilket antyder en något lägre tröskel för att få bistånd i äldreomsorgen än genomsnittligt för Sveriges kommuner. Medelvärdet för det numeriska värdet på Katz-index per stadsdel resp. kommun framgår av diagrammen 5.4 A och B.

Diagram 5.4 Medelvärdet av Katz-index omformat till siffervärden, ordinärt boende och serviceboende

A. Per stadsdel i StockholmSNAC-undersökningen



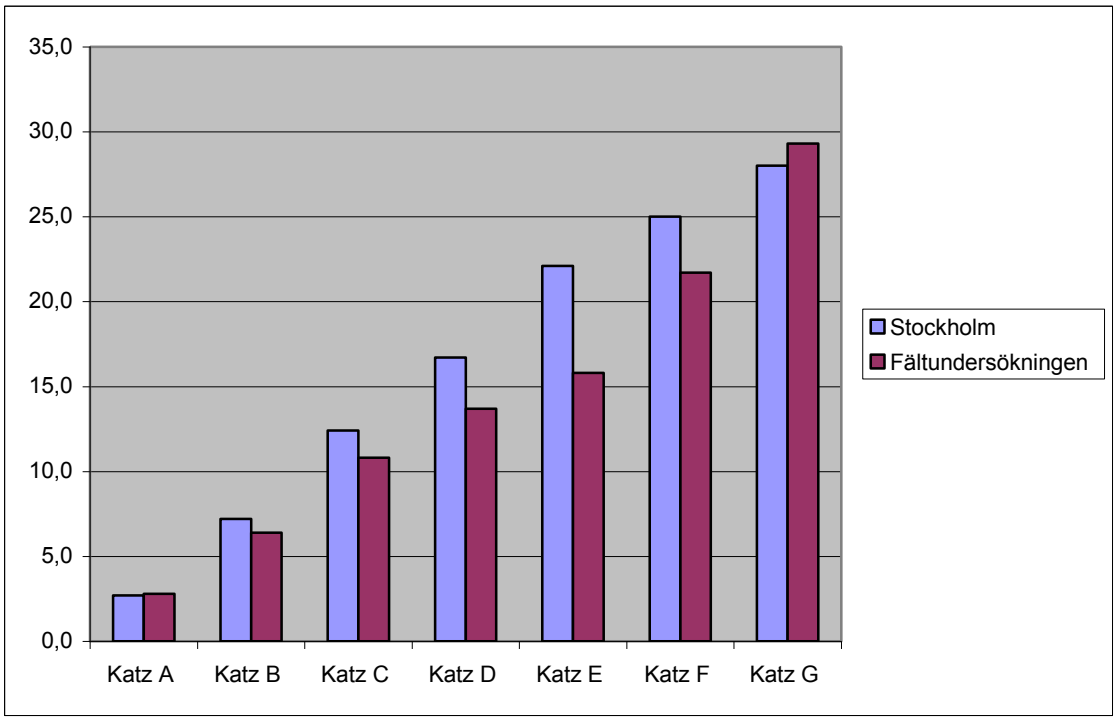
B. Per kommun i Fältundersökningen



Genomsnittsvärdet för samtliga stadsdelar resp. kommuner stämmer som man ser mycket bra mellan undersökningarna (diagram5.4A). Däremot är variationen mellan stadsdelarna i Stockholm är större än mellan fältundersökningens kommuner. Särskilt sticker här Rinkeby-Kista ut, men även utan denna, ganska speciella, stadsdel är variationen mellan stadsdelarna i Stockholm större. I diagram 5.5 jämförs antalet beviljade timmar hemtjänst per Katz-grupp i de båda undersökningarna.

Diagram 5.5 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende

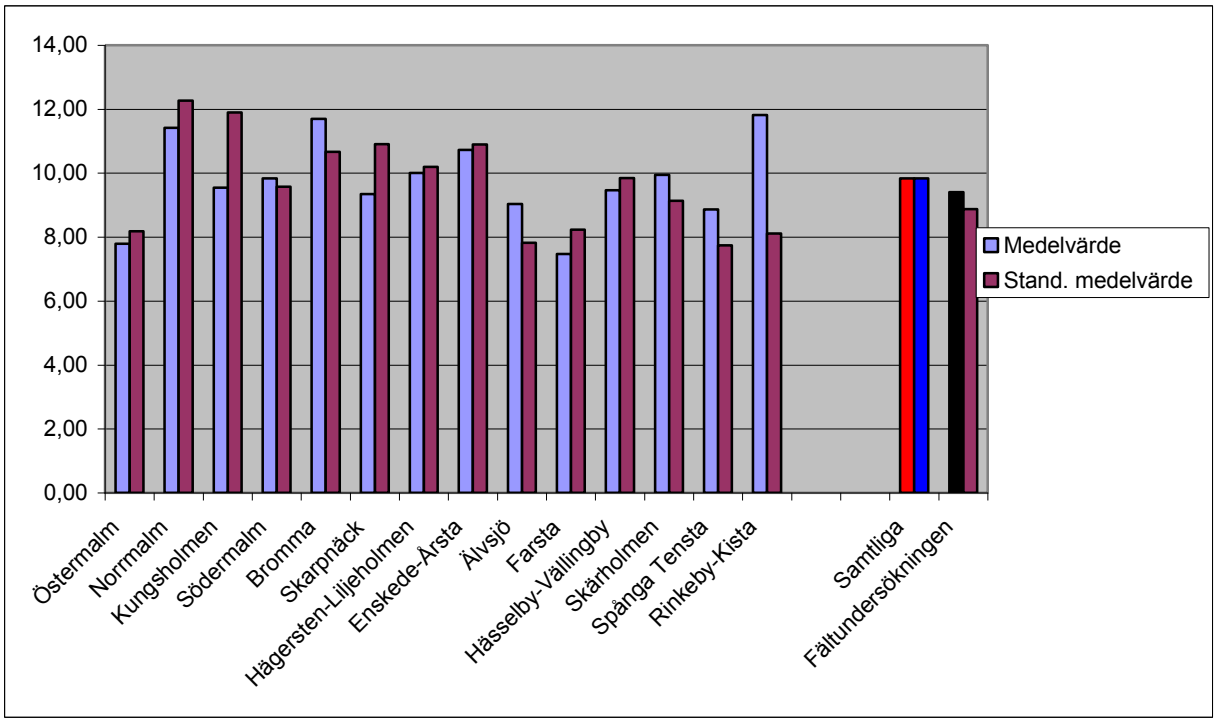
- **Stockholm-SNAC-undersökningen resp. fältundersökningen**



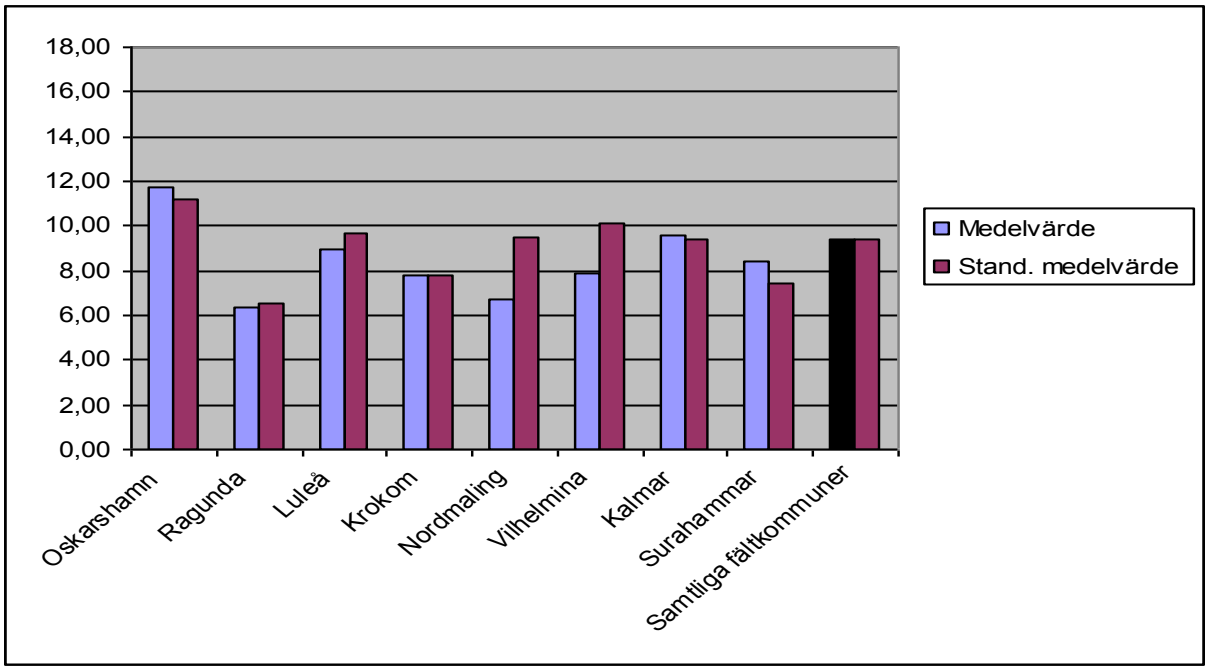
Räknat per Katz-grupp beviljar man i Stockholm fler veckotimmar hemtjänst i alla Katz-grupper utom den lägsta och den högsta, där det är ungefär lika. I diagrammen 5.6 A och B visas genomsnittet över alla Katz-grupper per stadsdel resp. kommun – ostandardiserat resp. standardiserat . För fältkommunerna har standardiseringen gjorts med avseende på den totala Katz-fördelningen för dessa kommuner. Vid jämförelsen mellan undersökningarna (diagram 5.6A) har däremot standardiseringen gjorts till Stockholmsundersökningens Katz-fördelning.

Diagram 5.6 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst - ostandardiserat resp. standardiserat för fördelning på Katz-index .

A. Stockholm-SNAC-undersökningen per stadsdel



C. Fältundersökningen per kommun



Man ser att den genomsnittliga tilldelningen veckotimmar hemtjänst totalt sett överensstämmer mycket väl mellan undersökningarna. Spridningen mellan stadsdelar resp. kommuner är stor i båda undersökningarna och påverkas knappast, om man standardiserar för fördelningen på Katz-grupper. I den stadsdel som beviljar mest är den genomsnittliga tilldelningen omkring 60% högre än i den som beviljar minst. Kvoten förblir här oförändrad efter standardisering för behov. I fältunderundersökningen var denna variationsbredd ännu lite högre – drygt 80% – och sjönk till drygt 70% efter standardisering.

4. Diskussion och slutsatser

Stockholm-SNAC-undersökningen har genomförts med samma metodik som i den s.k. fältundersökningen - en metodik som innebär en förenklad variant av den som utvecklats i SNAC-studien, vårdsystemdelen. Undersökningen kunde genomföras enligt plan och i stort sett utan problem, trots att den givetvis medförde en betydande arbetsinsats och involverade ett stort antal personer. Som genomsnitt över stadsdelarna får man genomgående en mycket god överensstämmelse med fältundersökningen och även med SNAC-undersökningen på Kungsholmen. Detta talar för att resultaten är allmänt sett tillförlitliga och kan ligga till grund för olika ställningstaganden.

Man måste dock ha klart för sig att det hela tiden handlar om bedömningar och sådana bedömningar kan göras olika av olika personer vid olika tidpunkter. Till grund för undersökningen ligger ett s.k. undersökningsprotokoll med klara och så långt möjligt objektiva definitioner av de olika ingående variablerna och deras möjliga värden. Dessa variabler har provats (validerats) i en mångfald olika undersökningar under många år och verkar ge tillförlitliga, konsistenta resultat.

Erfarenheten är också den att den personal som gör bedömningarna och fyller i uppgifterna tar denna uppgift på största allvar. Efter den första bearbetningen av resultaten upptäcktes vissa svårförklarliga avvikelser i rapporteringen från Södermalm och Spånga-Tensta. Detta har nu rättats till och undersökningens kvalitet måste nu bedömas som god. Bortfallet är mycket lågt – knappast mer än 1%.

Ett problem i undersökningar av detta slag, som görs av den ansvariga personalen, kan vara att man kan ha en tendens att överdriva vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning, om denna på något sätt påverkar tilldelningen av resurser till enheten. Jämförelsen med fältundersökningen och den mycket goda överensstämmelse som denna jämförelse visat, talar dock för att så inte skett.

Graden av funktionsnedsättning har i undersökningen angetts genom indelningen i PADL-grupper utgående från SNAC-index. De stora skillnaderna i valet av boendeform och insatserna av hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende mellan de olika PADL-grupperna talar starkt för att detta är ett mycket relevant sätt att beskriva vårdtagarnas behov med hög validitet. Det visar sig också att man får mycket liknande resultat, om man i stället som i fältundersökningen använder indelning efter Katz-index.

En brist i undersökningen, som skulle kunna åtgärdas om man någon gång väljer att upprepa densamma, är att det inte skedde någon registrering av andra insatser i ordinärt boende och serviceboende såsom dagverksamhet, anhörigbidrag, rehabilitering och korttidsboende. Det

skulle också kunna finnas skäl att skilja på vård- och omsorgsboende inriktat på demensvård och övrigt vård- och omsorgsboende.

Registreringen har i undersökningen skett utan angivande av personnummer. Detta gjordes i första hand av integritetsskäl, men nackdelen är att det vid en förnyad undersökning inte går att koppla ihop uppgifterna för att på så sätt kunna analysera förändringar på individnivå i behov och hjälpinsats. Detta kan också finnas skäl att överväga vid en eventuell upprepning av undersökningen.

Undersökningen visade att beviljade insatser i äldreomsorgen – boendeform och veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende – har ett mycket klart samband med behovet av stöd och hjälp som det beskrivs med graden av funktionsnedsättning. Såtillvida fungerar uppenbart biståndsbedömningen mycket bra! Men undersökningen visade också att det finns stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller hur personer på en viss behovsnivå tilldelas boendeform och insats i hemtjänsten. Detta är inte överraskande. Många andra undersökningar i Stockholm och på annat håll har kommit till samma resultat. Detta visade bland annat den ovan nämnda fältundersökningen.

Att den kommunala självstyrelsen och avsaknaden av centrala, konkreta direktiv för biståndsbedömningen leder till olikheter i tilldelning av hjälp och stöd över landet måste kanske accepteras. Det är svårare att se varför det skall skilja starkt mellan stadsdelarna i samma stad och att tilldelningen av omsorg skall bero på var i staden man råkar bo. Genom att man på detta sätt mäter blir dock skillnaderna uppmärksammade och kan diskuteras.

En del av skillnaderna har uppenbart ett samband med socio-ekonomiska och kulturella skillnader mellan stadsdelarna. Slående är den stora skillnaden i vårdtagarnas ålderssammansättning mellan innerstaden och de invandrartäta förortskommunerna. Man ser också att förutsättningarna för att bo kvar i eget boende måste skilja mycket starkt beroende på dessa faktorer. Till detta måste man givetvis ta hänsyn vid tilldelningen av resurser. Undersökningen ger här en grund att stå på.

Många av de fenomen och avvikelser som observerats i undersökningen har ett samband med vartannat. Om, som exempel i Bromma, andelen personer i vård- och omsorgsboende är lägre än genomsnittligt kan detta väntas leda till att vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende blir som genomsnitt mer hjälpberoende. Att så var fallet i Bromma kunde också klart konstateras. Från ekonomisk synpunkt kan man givetvis fråga sig var gränsen bör dras. Beror den annorlunda fördelningen på att det saknas platser i vård- och omsorgsboende handlar det kanske om en felaktig resursanvändning. Men vårdtagarnas egna preferenser kan givetvis också spela en stor roll i sådana fall.

Ett annat konstaterat fenomen, som är värt att uppmärksammas, är att resultaten pekar på att det råder mycket olika uppfattningar mellan stadsdelarna när det gäller policyn vid tilldelningen av serviceboende. Andelen vårdtagare i serviceboendet skiljer mycket starkt och ändå mer skiljer de boendes sammansättning med avseende på grad av funktionsnedsättning. Analyser baserade på data från Kungsholmen, som insamlats i SNAC-studien, visar att möjligheterna till kvarboende för funktionsnedsatta personer är betydligt bättre i serviceboendet än i det ordinära boendet. Det kan därför finnas skäl att på basis av Stockholm-SNAC-undersökningen närmare analysera denna fråga och kanske utforma en gemensam policy för hur serviceboendet skall utnyttjas.

Det som här anförts är bara exempel, men de illustrerar de stora möjligheter till fortsatta analyser och kostnadsberäkningar som undersökningens resultat ger möjlighet till. Undersökningen med sina mer än 22 000 observationer representerar ett unikt material som kommer att ge mycket stora möjligheter till analys av frågor med stor vikt för planering, ledning och uppföljning av äldreomsorgen i Stockholm. Och eftersom äldreomsorgen och dess förutsättningar hela tiden utvecklas och förändras finns det också goda skäl att regelbundet upprepa dessa undersökningar. På så sätt får ledningen till sitt förfogande ett informationsmaterial, som kan det göra möjligt att åstadkomma både ett effektivt utnyttjande av de knappa resurserna och en god och rättvis äldreomsorg för de äldsta medborgarna.

Bilaga

Anvisningar för ifyllandet av EXCEL-ark vid undersökning 2008 avseende behov och insatser i äldreomsorgen i Stockholm

Undersökningen skall omfatta samtliga i stadsdelen bosatta personer 65 år och äldre, som har äldreomsorg i ordinärt eller särskilt boende genom biståndsbeslut enligt SoL. Personer som enbart har matdistribution eller trygghetslarm omfattas dock ej.

Uppgifter enligt nedan fylls i EXCEL-arket med en rad per vårdtagare (jfr huvud bifogat EXCEL-ark). Det är viktigt att alla uppgifter fylls i, eftersom det annars inte är möjligt att utnyttja informationen i beräkningarna.

***Löpnummer*:** Från 0 till 9999 enligt det system stadsdelen finner lämpligt. Avser att i möjligaste mån eliminera dubbelregistrering.

Födelseår: Anges med två siffror (dvs. ej hundratal).

D:o månad: Anges med två siffror.

Kön: Kvinna = K; Man = M.

Civilstånd: Gift =G , ej gift (änka/änklig, ogift, skild) = OG.

Boendestatus: Ensamboende = E, samboende (med make/maka eller annan person) = S.

Utomnordisk härkomst: Ja = J; Nej = N.

Boendeform: ordinärt boende = O
särsk. boende utan heldygnsomsorg (s.k. serviceboende) = S
särskilt boende med heldygnsomsorg = H

***Hemhjälpsinsats*:** Biståndsbeviljad insats, timmar per vecka – ej i heldygnsomsorg

ADL-BEROENDE: Avser begränsningar i aktiviteter för dagligt liv. För varje variabel anges
Oberoende = 0
Delvis beroende = 1
Helt beroende = 2
enligt nedanstående definitioner:

Bad och dusch innebär att ta sig till tvättplatsen och rengöra hela kroppen, med tvättlapp vid handfat, i badkar eller dusch.

Oberoende = tar sig själv till handfatet eller i och ur badkaret (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.

Klädsel avser av- och påklädning, dvs. att ta sig till skåp och lådor, klä på och av sig

Oberoende = hämtar själv kläder, klär på och av sig (även ytterkläder), skor och strumpor (knytande 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.

Toalett innebär att ta sig till toalettrummet, komma på och av toalettstolen, torka sig och ordna kläderna.

Oberoende = kan själv utan hjälp göra detta – ev. med hjälp av käpp, gåstol, rollator etc. - kan använda ev. nattkärl eller toalettstol nattetid och tömma detta.
Delvis beroende = får hjälp att ta sig till toaletten, eller med något av ovanstående
Beroende = får hjälp/övervakning, kan inte ta sig till toaletten eller använder bäcken, blöja eller rullandet toalettstol.

Förflyttning (inkl. uppstigning /sänggående) innebär att ta sig i/ur sängen och från säng till stol.

Oberoende = kan själv utan hjälp kan göra detta – ev. med hjälp av stöd (käpp, gåstol, sängstolpe etc..).
Delvis beroende = får hjälp av en annan person, obs ej två personer.
Beroende = sängbunden, kan eller får ej lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer.

Födointag innebär att få maten från tallrik eller motsv. in i munnen (hygien/bordskick räknas ej).

Oberoende = kan själv föra in maten i munnen och sväljer.
Delvis beroende = hjälp med att skära kött, öppna förpackningar.
Beroende = hjälp med att få in maten i munnen eller sondmatas, eller har näringsdropp.

Rörelsehinder*:* Avser förmågan att röra sig utomhus resp. inomhus med eller utan hjälpmedel
Inga rörelsehinder = 0
Kan gå utomhus med hjälpmedel (käpp, rollator) och klarar mindre trappor = 1
Kan röra sig inomhus med hjälpmedel, men klarar ej trappor eller förflyttning utomhus (rullstol 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 denna eller ta sig

i och ur) eller sängbunden = 3

Urininkontinens:

Inga problem med urininkontinens = 0
Lätt inkontinent (misslyckas ibland) = 1
Svårt inkontinent (misslyckas ofta) = 2
Ständigt inkontinent eller har KAD = 3

***Avföringsinkontinens*:** Colostomi, som man sköter själv, räknas som kontinent.

Inga problem med avföringsinkontinens = 0
Delvis inkontinent (misslyckas ibland) = 1
Svårt inkontinent (misslyckas ofta) = 2
Ständigt inkontinent = 3

***Kognitiv nedsättning*:** (minnessvårigheter och bristande orientering)

Inga minnessvårigheter (Berger-skalan 0) = 0
Vissa minnessvårigheter, ibland något oklar och förvirrad (enl. Berger 1) =1
Påtagliga minnessvårigheter, ofta oklar och förvirrad (enl. Berger 2-4) =2
Helt glömsk, ständigt mycket oklar och förvirrad (enl. Berger 5-6) =3