



StockholmSNAC

Rapport från undersökning 2017 av behov och insatser
inom äldreomsorgen i Stockholms stad

Mårten Lagergren

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2017:5 ISSN 1401-
5129

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING - BAKGRUND OCH SYFTE	
1	
MATERIAL OCH METOD	
2	
RESULTAT	
5	
3.1 VÅRDTAGARNA – SAMMANSÄTTNING OCH GRAD AV FUNKTIONSNEDSÄTTNING, PER BOENDEFORM OCH TOTALT	
5	
3.2 VÅRDTAGARNA – SAMMANSÄTTNING OCH GRAD AV FUNKTIONSNEDSÄTTNING PER STADSDEL	
19 3.3 INSATSER PER GRAD AV FUNKTIONSNEDSÄTTNING, SAMTLIGA STADSDELAR 34 3.4 INSATSER PER GRAD AV FUNKTIONSNEDSÄTTNING PER STADSDEL 36 3.5 JÄMFÖRELSE MED RESULTATET FRÅN DEN FÖREGÅENDE STOCKHOLM-SNAC-UNDERSÖKNINGEN	49
4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER	
54	
BILAGA 1. VARIABELFÖRTECKNING	
59 BILAGA 2. TABELLSAMMANSTÄLLNING	
63	

SAMMANFATTNING

Undersökningens syfte har varit att ställa insatserna av äldreomsorg, boendeform samt hemtjänst i ordinärt boende och servicehusboende, i relation till behoven uttryckta som grad av funktionsnedsättning och jämföra stadsdelsnämnderna i Stockholm i detta avseende.

En undersökning med samma syfte gjordes 2008/09. Metoden är en förenklad variant av den som utvecklats i SNAC-studiens vårdsystemdel. Till skillnad från den tidigare undersökningen har denna undersökning genomförts utan att personalen varit direkt involverad. Uppgifterna är tagna från verksamhetssystemet Paraplyet och avser registreringen vid det senaste biståndsbeslutet (före 2017-03-01), inte som vid den föregående undersökningen det bedömda läget vid undersökningstidpunkten. Detta har betydelse vid jämförelsen av resultaten med den föregående undersökningen men påverkar inte jämförelsen mellan stadsdelsnämnderna.

Undersökningen visar att beviljade insatser i äldreomsorgen har ett klart samband med behovet av stöd och hjälp som det beskrivs med graden av funktionsnedsättning. Såttillvida fungerar uppenbart biståndsbedömningen bra. Men undersökningen visar också att det finns stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller hur personer på en viss behovsnivå tilldelas boendeform och hemtjänstinsatser. Samma resultat kom fram i den föregående Stockholm-SNAC-undersökningen. Skillnaderna när det gäller hemtjänstinsatser i ordinärt boende har dock minskat något. En del av skillnaderna har uppenbart ett samband med socioekonomiska och kulturella skillnader mellan stadsdelsnämnderna. Speciellt framträdande är skillnaderna mellan innerstaden och de invandrartäta förortsstadsdelarna, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Skärholmen.

De resultat som presenterats i denna rapport är bara en liten del av alla möjligheter till olika slag av analyser som undersökningen kan ge. De 19 000 registreringar, som undersökningen bygger på, representerar ett unikt material som ger stora möjligheter till analys av frågor med stor vikt för planering, ledning, styrning och uppföljning av äldreomsorgen i Stockholms stad. 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 information, som kan det göra möjligt att åstadkomma både ett effektivt resursutnyttjande och en god, rättvis och likställig äldreomsorg för de stadens äldsta medborgare.

INLEDNING - BAKGRUND OCH SYFTE

Omsorgen om de äldre och funktionshindrade är en mycket omfattande verksamhet som kräver stora resurser. Det är också väl känt att antalet äldre personer med behov av stöd och hjälp kommer att öka väsentligt det närmaste decenniet och därmed kommer kravet på resurser att öka kraftigt. Om resurserna ska 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.

En stor undersökning av behov och insatser inom äldreomsorgen har nu genomförts gemensamt för alla stadsdelsnämnder i Stockholms stad. Undersökningen har gått ut på att ställa beviljade insatser, hemtjänst och plats i särskilt boende, i relation till behov på individnivå och jämföra stadsdelsnämnderna i detta avseende. Behovet av stöd och hjälp har uttryckts genom graden av funktionsnedsättning för olika funktioner.

Undersökningen har gjorts genom utdrag av statistik från verksamhetssystemet Paraplyet avseende senaste registreringen av beslut om äldreomsorg per den 1 mars 2017. Detta innefattar registrering av olika behovsrelaterade variabler samt beviljade insatser av hemtjänst och plats i särskilt boende, för samtliga i Stockholms stad bosatta personer 65 år och äldre med biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen. Registreringen är en förenklad form av SNAC-studiens vårdsystemdel, som sedan år 2001 genomförs i fyra områden i Sverige. Ett av dessa områden är stadsdelen Kungsholmen i Stockholm¹.

SNAC-studien har två delar, en befolkningsdel inräknad på studier av åldrandet och uppkomsten av vård- och omsorgsbehoven och en vårdsystemdel, som avser att följa och analysera hur dessa behov tillgodoses inom den offentliga äldrevården- och omsorgen och på annat sätt. De variabler som beskriver behov och insatser i den här aktuella Stockholms stads undersökningen, 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.

I följande avsnitt beskrivs först uppläggning och genomförande av undersökningen samt ingående variabler och index. Därefter redovisas resultaten i fem avsnitt – det första beskriver omsorgstagarna och deras

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.

behov totalt, det andra motsvarande per stadsdel, i det tredje och i det fjärde ställs insatserna i relation till behoven totalt resp. per stadsdel. Vidare görs en jämförelse med den föregående undersökningen i syfte att bland annat undersöka om variationen mellan stadsdelarna undergått någon förändring. Rapporten avslutas med ett avsnitt, där resultaten diskuteras och särskilt anmärkningsvärda förhållanden noteras. Resultaten presenteras huvudsakligen i form av diagram. Sifferunderlaget för diagrammen har samlats i en tabellbilaga (bilaga 2). Dessa omfattar även en del mer detaljerade uppgifter som inte presenterats som diagram.

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 sig 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 Stockholms stad. Resultaten kan användas för att säkerställa att resurserna används så bra som möjligt och att bedömningskriterier och kommunala riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg tillämpas på ett likvärdigt sätt i de olika stadsdelsnämnderna.

MATERIAL OCH METOD

StockholmSNAC-undersökningen bygger på data som insamlades i mars 2017 genom verksamhetssystemet Paraplyet. Det omfattar samtliga i Stockholms stad bosatta personer 65 år och äldre med biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen, exklusive de med endast matdistribution och /eller larm. Åren 2008/09 genomfördes en liknande undersökning i stadsdelsnämnderna i Stockholm med samma uppläggning. En viktig skillnad är dock att datainsamlingen denna gång genomfördes på stadsdelarna² och data avsåg läget för *samtliga omsorgstagare vid en viss tidpunkt* (oktober 2008). De data som nu använts avser *bedömning av funktionsnedsättning m.m. vid senaste biståndsbeslut*. Eftersom beslut om hemtjänst enligt gällande regler ska omprövas med jämna mellanrum är denna information i allmänhet ganska färsk. För personer i särskilt boende däremot där besluten inte omprövas måste man räkna med att det för många personer skett en avsevärd försämring sedan biståndsbeslutet fattades.

Detta innebär att resultaten från denna undersökning inte kan direkt jämföras med den föregående när det gäller graden av

² Med ”stadsdel” avses i fortsättningen uppdelningen i Stockholms stad på 14 stadsdelsnämnder.

funktionsnedsättning hos omsorgstagarna. Med hjälp av data från Kungsholmen, där data finns både från SNAC-Kungsholmen med den tidigare metodiken och från den nya Stockholms stads undersökningen, kan man få en föreställning om hur stora skillnaderna är i vårdtagarnas funktionsnedsättning vid beslutstidpunkten och vid en senare mättidpunkt. Genom att kompensera för denna skillnad kan man sedan få en grov uppskattning av de aktuella nivåerna, som är jämförbar med den föregående StockholmSNAC-undersökningen.

De insamlade uppgifterna omfattar som i den föregående undersökningen ålder, kön, civilstånd, sam/ensamboende och utomnordisk härkomst. I registreringen av behovsrelaterade variabler ingår de vanliga variablerna för beskrivning av oberoende, delvis beroende och beroende för aktiviteter i dagligt liv (Katz ADL) – bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning och födointag. Vidare registreras förekomsten av rörelsehinder, kognitiv nedsättning och urin- resp. avföringsinkontinens. Nya variabler i denna undersökning är otrygghet/oro och nedstämdhet. Vidare har i denna undersökning även noterats informell hjälp genom variabeln ”Omvårdnad av annan person”. Här anges också från vem hjälpen ges (make/maka, barn eller annan).

Definitioner av variabler och skalsteg redovisas i bilaga 1. Svartalernativet ”Ej svar” har noterats som bortfall. Svartalernativet ”Frågan är inte relevant” när det gäller funktionsnedsättning har tolkats som ”Ingen nedsättning” med motiveringen att hade det varit någon nedsättning skulle frågan bedömts vara relevant. Nivå ”5” betecknar svår nedsättning, nivå ”6” mycket svår.

Bortfallet varierar mellan variabelgrupper. För ADL-variablerna och rörelsehinder är det lågt, 3 - 4 procent. Kognitiv nedsättning har också lågt bortfall, 4%. För inkontinens är det betydligt större, för urininkontinens 14% och avföringsinkontinens 23%. Andelarna på respektive nivå är här räknade i procent av dem för vilka det finns svar. Otrygghet och nedstämdhet har också stort bortfall, 10 resp. 14%. Det har betydelse att notera att sam/ensamboende för personer i vård- och omsorgsboende avser situationen *före* inflyttning. Efter inflyttning är den en annan.

Ett index, SNAC index, har skapats genom addition av variabelvärdena (enligt bilaga 1) för ADL-variablerna (utom bad och dusch) och de övriga behovsrelaterade variablerna (rörelsehinder, urin- och avföringsinkontinens, kognitiv nedsättning (multiplicerad med två)). Efter subtraktion med 27 går detta index från 0 till 23, motsvarande från ingen funktionsnedsättning i här aktuella avseenden till maximal nedsättning. På grund av bortfallet för inkontinens uppstår ett motsvarande bortfall för SNAC-index, cirka 25%.

Det finns skäl att anta att bortfallet för inkontinens-variablerna till övervägande delen består av personer utan inkontinensproblem (d.v.s. man skulle ha markerat "Ej relevant" snarare än "Ej svar".) Effekten blir då att andelen med inkontinens överskattas eftersom man mäter på dem som det finns svar på och att därigenom med SNAC-index överskattas. Å andra sidan kan metoden att tolka "Ej relevant" som ingen nedsättning medföra en underskattning. Detta påverkar jämförelsen med den föregående undersökningen, men eftersom denna ändå är svår att göra (jfr ovan) har detta ingen större betydelse. Jämförelsen mellan delgrupper i befolkningen och mellan stadsdelar kan göras ändå.

Med hjälp av SNAC-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 - 23

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. Beräkning har också gjorts av antalet ADL-beroenden och Katz index för beroende i aktiviteter för dagligt liv (redovisning i bilaga 2).

Insatserna i äldreomsorgen beskrivs i undersökningen genom boendeformen, ordinärt boende, servicehusboende (d.v.s. särskilt boende med särskilt biståndsbeslut om hemtjänst) samt vård- och omsorgsboende (särskilt boende med heldygnsomsorg) samt genom det beslutade antalet veckotimmar hemtjänst.

RESULTAT

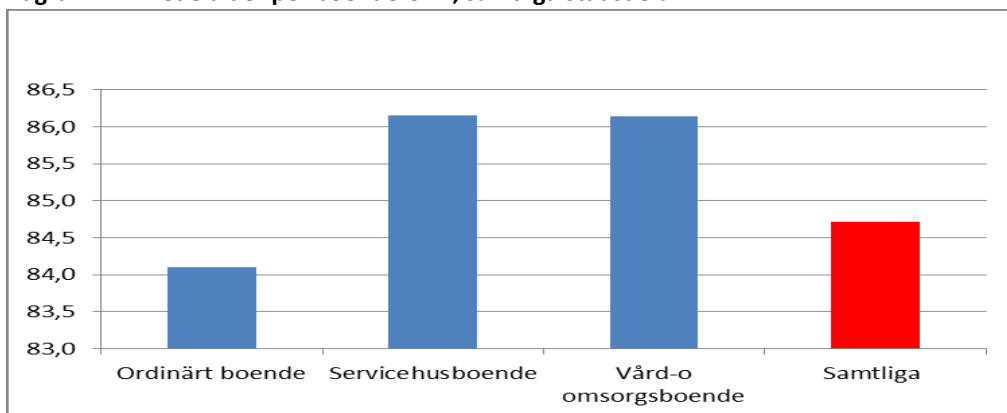
3.1 Vårdtagarna - sammansättning och grad av funktionsnedsättning, per boendeform och totalt

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

(bilaga 2). Som påpekats ovan avser ”boendeform” **den boendeform man fått beslut om, d.v.s. inte den där man faktiskt bor**, och uppgifterna om funktionsnedsättning avser bedömningen vid detta beslut. Den faktiska funktions-nedsättningen per den 1 mars 2017 kan skilja sig därifrån. Denna är i allmänhet högre, speciellt i vård- och omsorgsboende, där de boende som regel försämras ganska kraftigt över tiden.

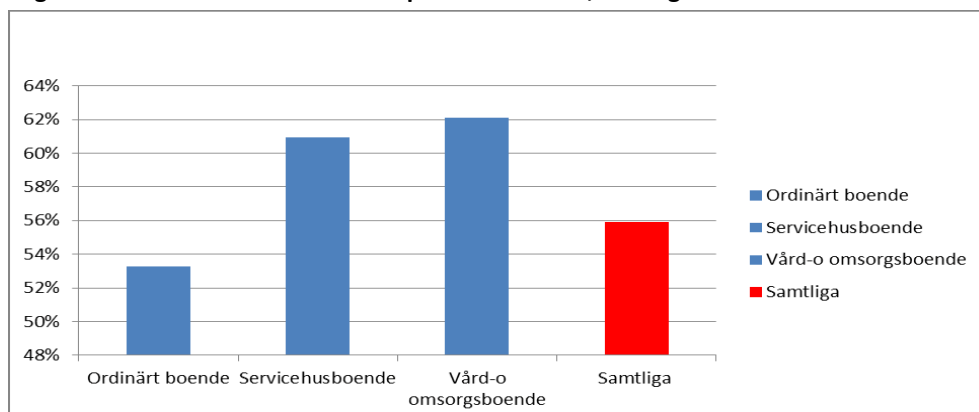
De flesta av vårdtagarna i äldreomsorgen i Stockholms stad är 85 år och äldre. Diagram 1.1 visar medelåldern per boendeform.

Diagram 1.1 Medelålder per boendeform, samtliga stadsdelar



Den högsta medelåldern finner man i vård- och omsorgsboendet, men även i ordinärt boende är medelåldern bland vårdtagarna så hög som 84 år. I äldreomsorgen i Stockholms stad fanns den 1 mars 2017, 205 stycken 100-åringar och den äldsta var nästan 109 år. Andelen 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 beslutade boendeformer är hälften eller mer än hälften av vårdtagarna i äldreomsorgen i Stockholms stad 85 år eller äldre. Andelen kvinnor och andelen ensamboende visas i diagram 1.3 och 1.4.

Diagram 1.3 Andelen kvinnor per boendeform, samtliga stadsdelar

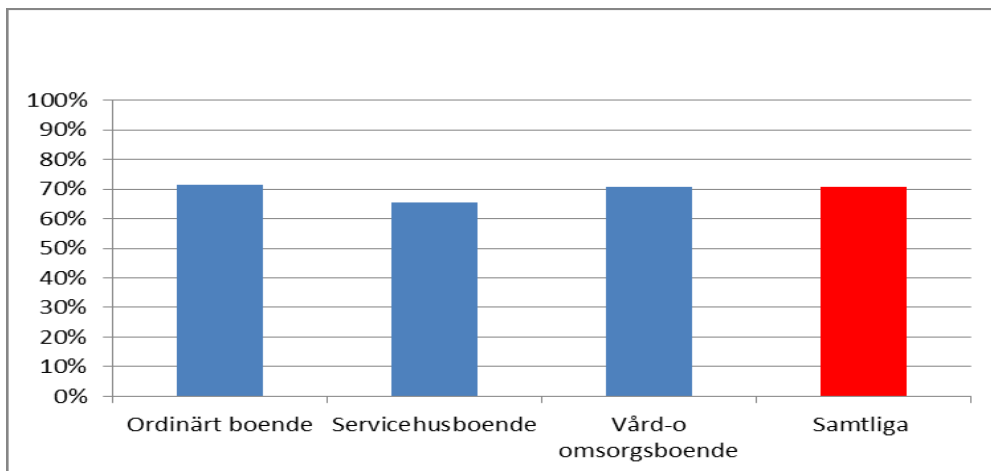
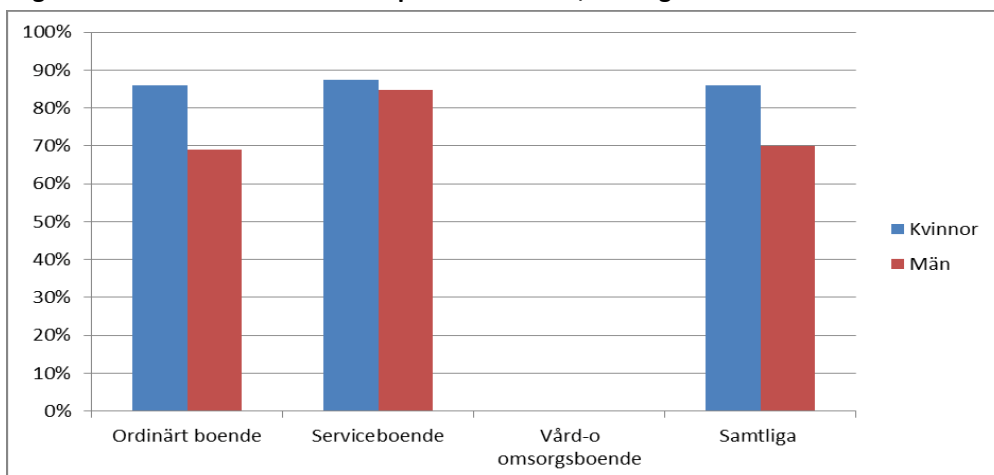


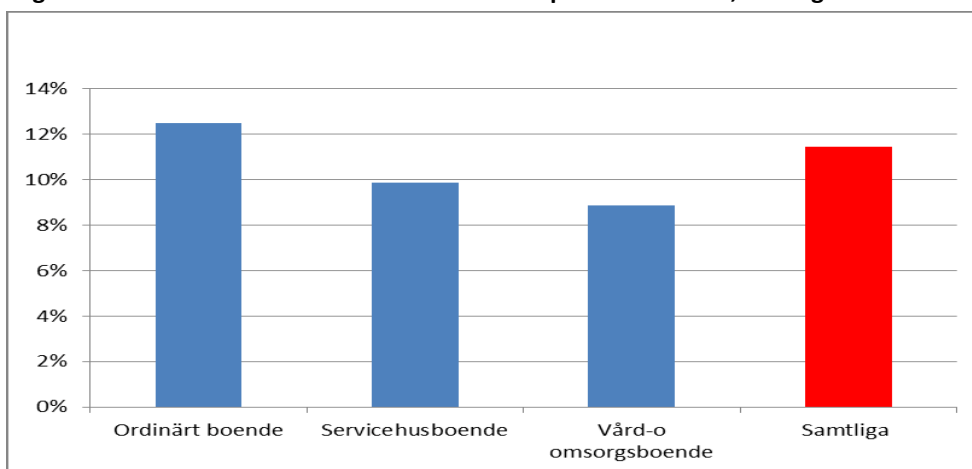
Diagram 1.4 Andelen ensamboende per boendeform, samtliga stadsdelar



Andelen kvinnor skiljer inte så mycket mellan boendeformerna, den är dock något lägre i servicehusboendet. Andelen ensamboende är hög i både ordinärt boende och servicehusboende och betydligt högre för kvinnor än för män i det ordinära boendet. Uppgifterna för vård- och omsorgsboendet är missvisande genom att de inte avser situationen efter inflyttning (jfr ovan). Dessa har därför utelämnats, "samtliga" avser alltså ordinärt boende och servicehusboende. Från SNACKungsholmenundersökningen är det belagt att andelen ensamboende är allra högst i vård- och omsorgsboendet.

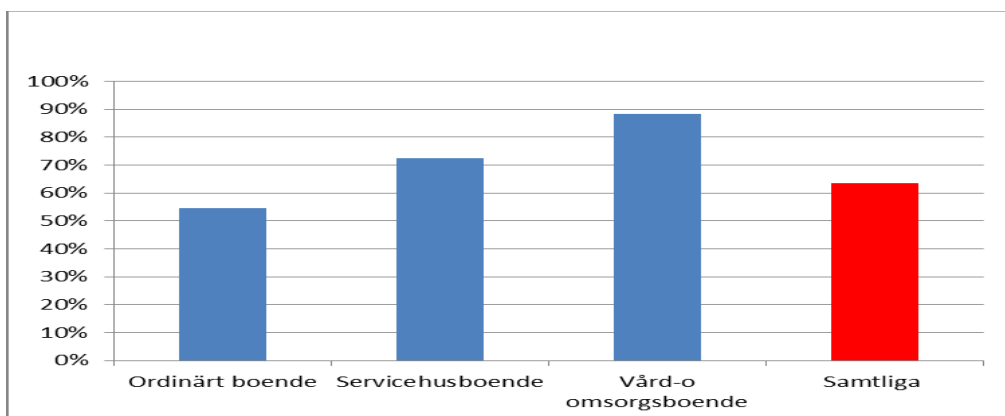
En växande andel av de äldre i befolkningen i Stockholms stad har utomnordisk härkomst och som man ser i diagram 1.5 gäller detta även vårdtagarna i äldreomsorgen. Skillnaden mellan boendeformerna är här emellertid betydande. Personer med utomnordisk härkomst verkar i högre utsträckning bo kvar i ordinärt 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 4.7).

Diagram 1.5 Andelen med utomnordisk härkomst per boendeform, samtliga stadsdelar



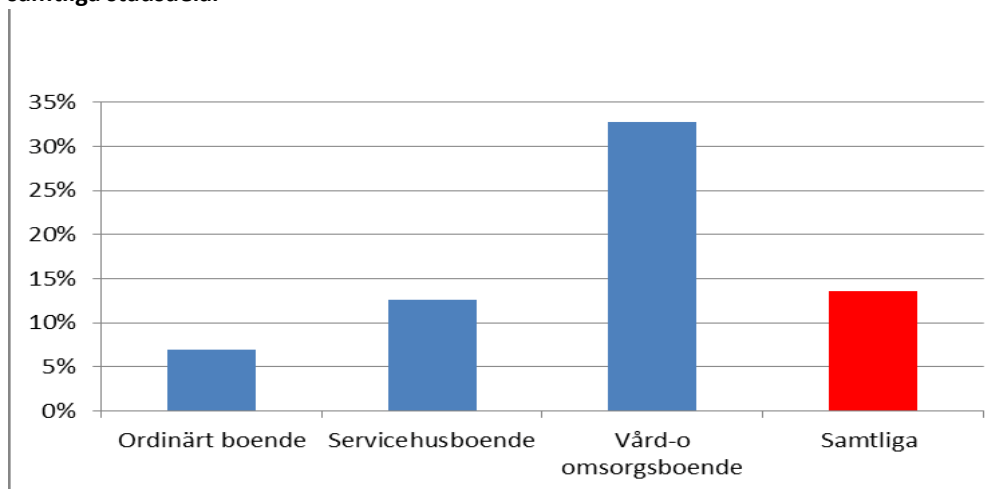
Vid registreringen har för varje vårdtagare angetts graden av beroende i de s.k. ADL-aktiviteterna (Aktiviteter för Dagligt Liv): bad och dusch, på- och avklädning, toalett, förflyttning och födointag. Utifrån dessa data har beräknats andelen, som är delvis eller helt beroende i minst en av dessa aktiviteter. 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 omsorgstagarna i äldreomsorgen i Stockholm är beroende av minst en ADL-aktivitet. Men andelen skiljer starkt mellan boendeformerna, i det ordinära boendet är drygt hälften beroende för minst en aktivitet, för dem som fått beslut om vård- och omsorgsboende nästan alla. De mest funktionsnedsatta vårdtagarna är de som är beroende av hjälp för samtliga ADL-aktiviteter. Andelen i så hög grad nedsatta per beslutad boendeform framgår av diagram 1.7.

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

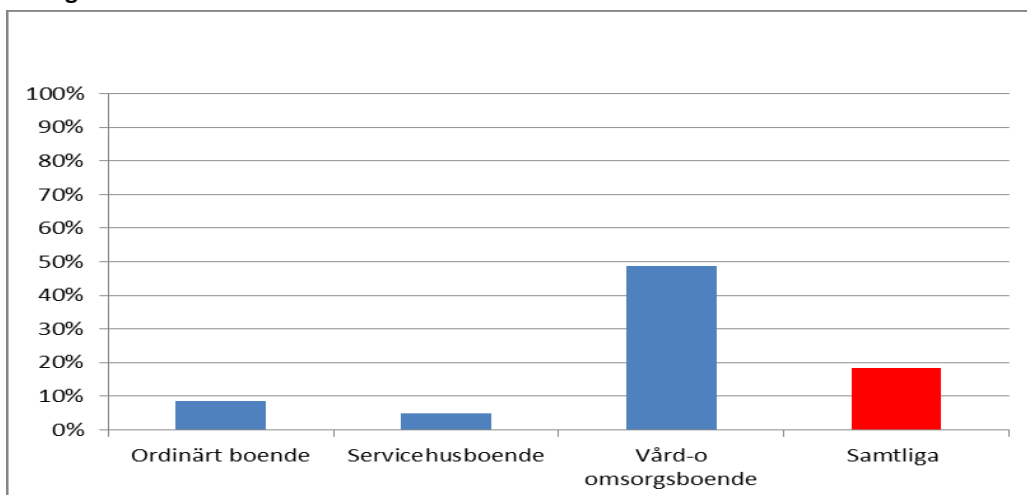


Här framkommer stora skillnader mellan boendeformerna. Av omsorgstagarna med beslut om vård- och omsorgsboende var omkring en tredjedel helt ADLberoende. Bland vårdtagarna i det ordinära boendet rör det sig om cirka sju procent. Även i servicehusboendet är det fråga om en mindre andel, cirka 13 procent. Högradig funktionsnedsättning sammanhänger ofta med demenssjukdom. Vid

registreringen noteras kognitiv nedsättning³ 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 ADLaktiviteter. Det råder en påtaglig skillnad mellan boendeformerna. Vid beslut om vård- och omsorgsboende är omkring hälften svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatta. Bland dem med beslut om hemtjänst 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.

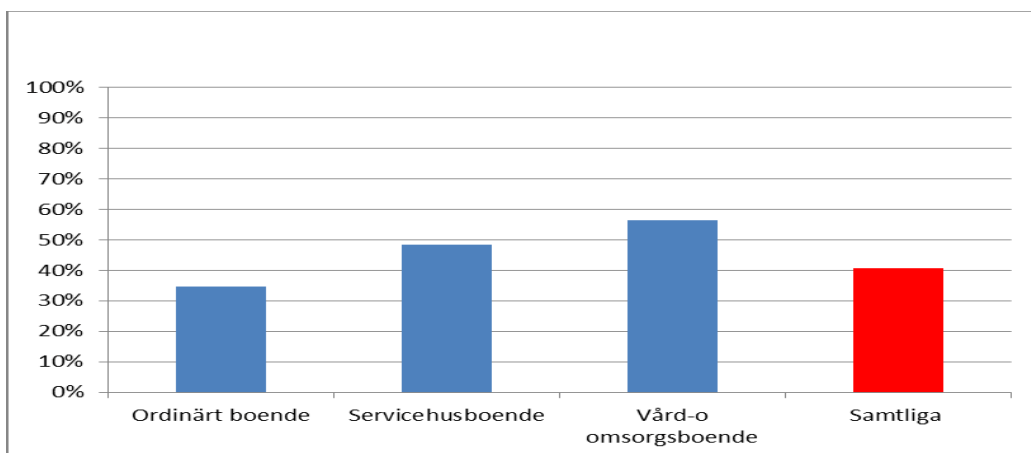
Diagram 1.8 Andelen med svår eller mycket svår kognitiv nedsättning per boendeform, samtliga stadsdelar



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 bilaga 1).

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

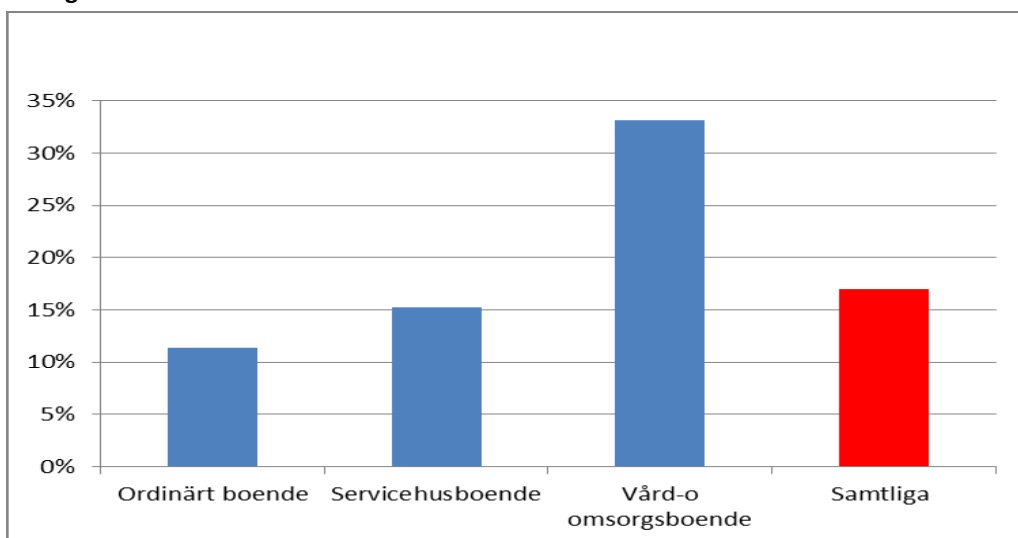
³ Kognitiv nedsättning eller minnessvårigheter mäts ofta genom den s.k. Berger-skalan. Den skala som här använts är baserad på Berger-skalan, men hopslagen till fyra nivåer i stället för sju (jfr anvisningarna i bilagan).



Bland dem som fick beslut om vård- och omsorgsboende är mer än hälften svårt eller mycket svårt rörelsehindrade. Även för ordinärt boende och servicehusboende är 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. Bortfallsproblemen för denna variabel har redovisats i avsnitt 2.

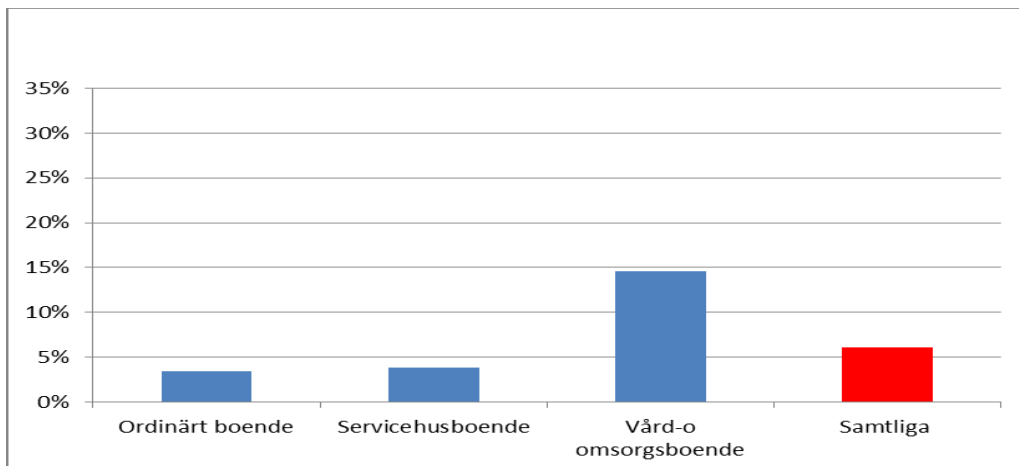
Diagram 1.10 nedan visar andelen med svår eller mycket svår urininkontinens per boendeform, samtliga stadsdelar (för definition, se anvisningarna i bilaga 1).

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 bland dem med beslut om vård- och omsorgsboende än bland omsorgstagarna i övriga boendeformer. Detsamma gäller som man kan se i diagram 1.11 för den mer grava funktionsnedsättningen avföringsinkontinens.

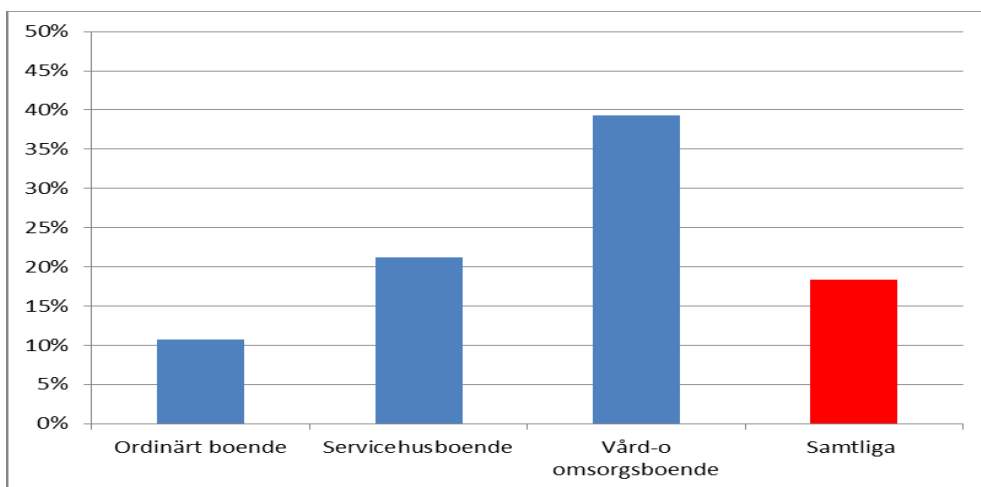
Diagram 1.11 Andelen med svår eller mycket svår avföringsinkontinens per boendeform, samtliga stadsdelar



Omkring en sjättedel av dem som fått beslut om vård- och omsorgsboende är svårt eller mycket svårt inkontinenta när det gäller avföring. Det bör här återigen påpekas att mätningen inte avser samtliga boende utan dem som fått beslut om boendet och läget vid det tillfället. Andelen bland de som faktiskt bor på boendet kan bedömas vara avsevärt högre. Andelarna är väsentligt lägre bland omsorgstagarna med beslut om övriga boendeformer. Speciellt för omsorgstagare 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.

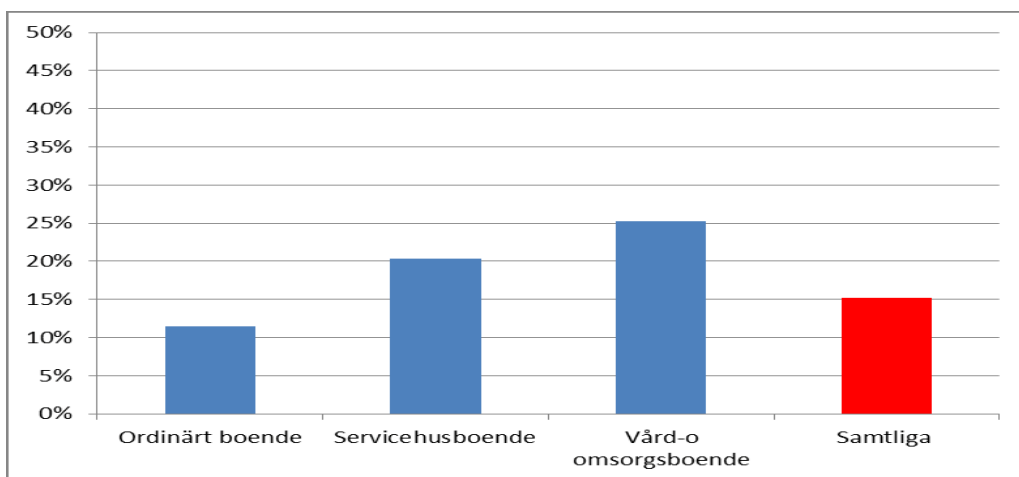
Förekomsten av svår eller mycket svår otrygghet och oro per boendeform visas i diagram 1.12.

Diagram 1.12 Andelen med svår eller mycket svår otrygghet per boendeform, samtliga stadsdelar



Påfallande är här att otryggheten växer med den förmodade tryggheten i boendeformen. Detta kan ses som ett utslag av selektion. De mest otrygga klarar inte ett ordinärt boende utan behöver en mer trygg boendeform. I diagram 1.13 visas förekomsten av svår eller mycket svår nedstämdhet per beviljad boendeform.

Diagram 1.13 Andelen med svår eller mycket svår nedstämdhet per boendeform, samtliga stadsdelar



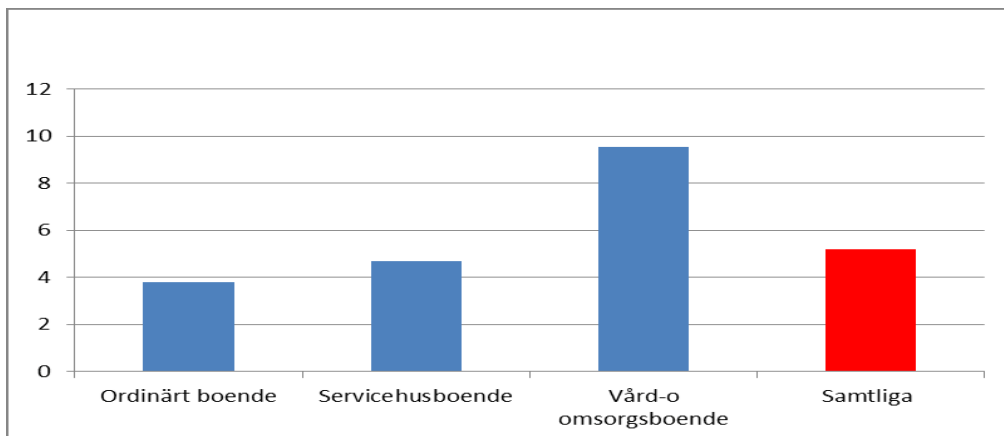
Förekomsten av nedstämdhet följer samma mönster som otryggheten men är lite svårare att förklara. Det tycks som att man mår bättre psykiskt av att vara kvar i sitt eget ordinarie boende.

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 och är orolig och nedstämd.

Det ovan nämnda indexet, SNAC-index (för definition se avsnitt 2, sid. 3), sammanfattar de olika formerna av funktionsnedsättning och ger därmed ett samlat mått på hur nedsatt personen är. Diagram 1.14 visar medelvärdet för SNAC-index per boendeform, samtliga stadsdelar.

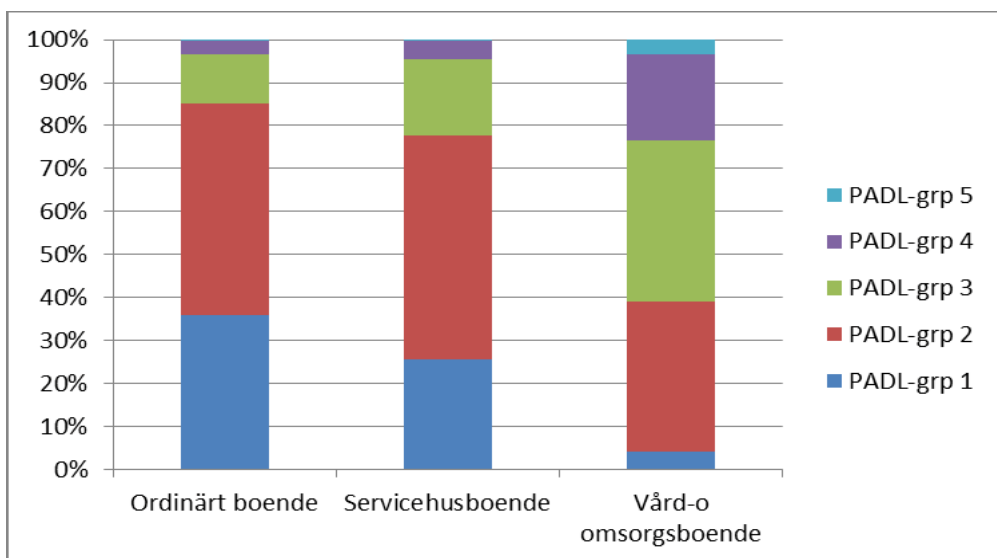
Diagram 1.14 Medelvärde för SNAC-index per boendeform, samtliga stadsdelar



Man ser här tydligt den stora skillnaden mellan ordinärt boende och servicehusboende å ena sidan och vård- och omsorgsboende å den andra. Det är också värt att notera att omsorgstagarna med beslut om servicehusboende inte skiljer sig särskilt mycket från dem med beslut om hemtjänst i ordinärt boende.

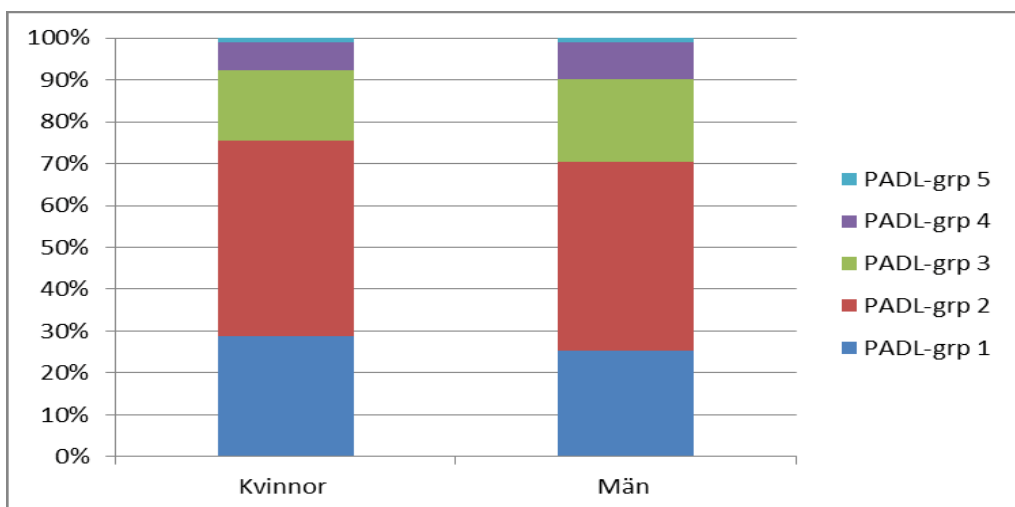
SNAC-index ligger sedan i sin tur till grund för definitionen av PADL-grupperna (jfr. ovan sid. 3). Som man kan vänta skiljer fördelningen på PADL-grupper starkt mellan boendeformerna (Diagram 1.15).

Diagram 1.15 Fördelning på PADL-grupper per boendeform, samtliga stadsdelar



Följande diagram (diagram 1.16) visar fördelningen på PADL-grupper per kön.

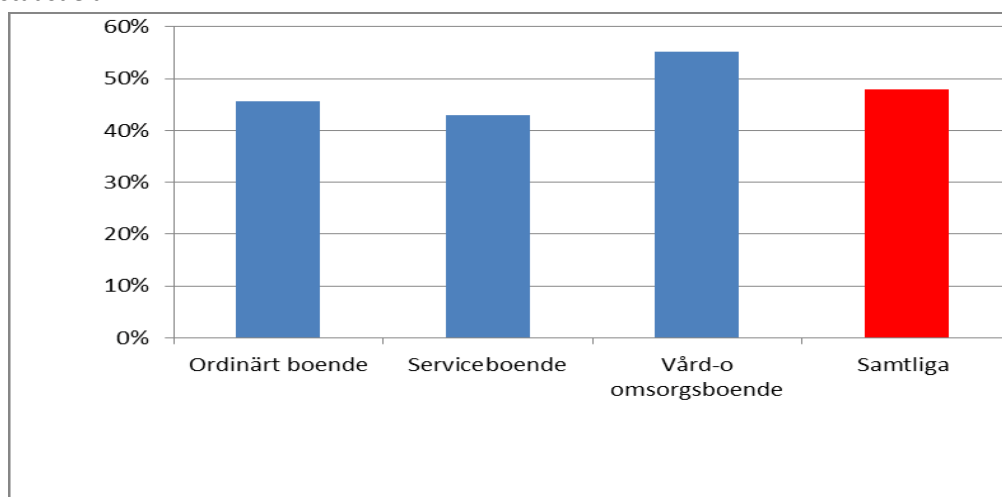
Diagram 1.16 Fördelning på PADL-grupper per kön, samtliga stadsdelar



De manliga omsorgstagarna är som genomsnitt något mer funktionsnedsatta än de kvinnliga. Detta avspeglar tillgången till informell omsorg (jfr diagram 1.21). Männerna har i större utsträckning en partner som stöd och är därför som genomsnitt mer nedsatta när det blir nödvändigt med formella omsorgsinsatser.

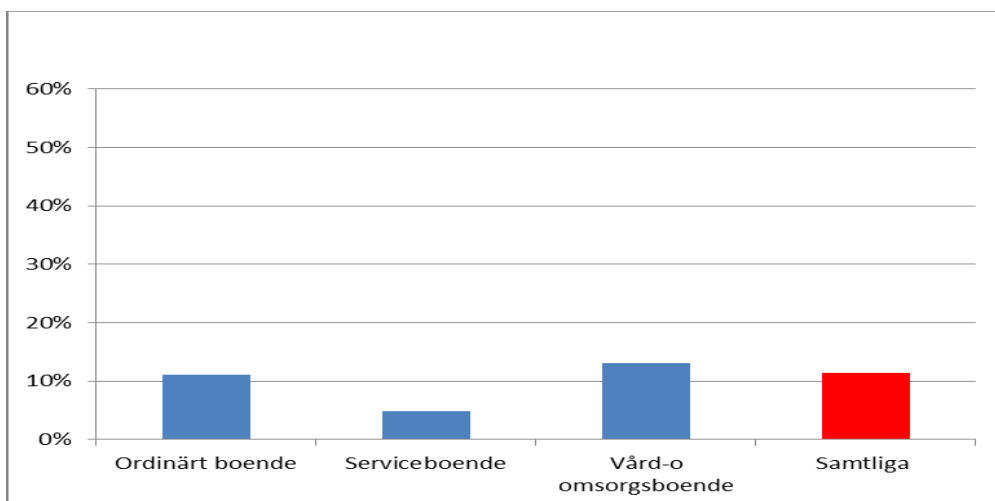
I undersökningen ingår denna gång också registrering av hjälp från anhöriga eller andra närstående, s.k. informell omsorg. Diagram 1.17 visar andelen dels per boendeform, dels totalt. Omkring hälften av omsorgstagarna får insatser minst en gång per vecka. Av dessa omkring en tredjedel dagligen. Det bör här återigen betonas att registreringen avser situationen vid beslutstillfället. Det är därför naturligt att andelen är hög i vård- och omsorgsboendet, eftersom dessa personer är de med mest behov av hjälp. Efter inflyttningen ser det förstås annorlunda ut. Då finns det inte samma behov av anhöriginSATser.

Diagram 1.17 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka per boendeform, samtliga stadsdelar



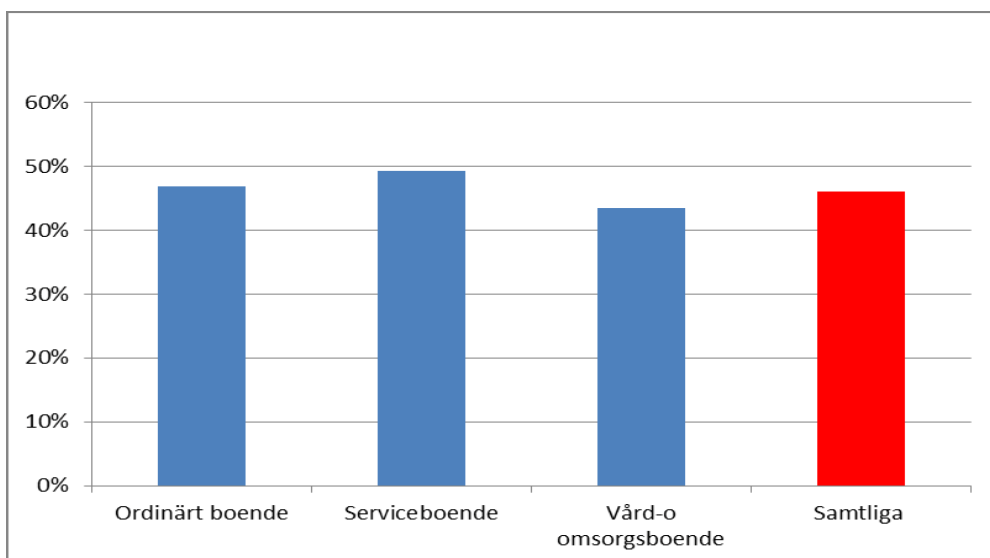
I det följande diagrammet 1.18 visas andelen som får hjälpen av make/maka. Denna andel är ganska låg, eftersom det är så få omsorgstagare som har en make/maka i livet, som är kapabel att ge någon hjälp. Den höga andelen i vård- och omsorgsboendet har samma förklaring som anförts ovan. Påfallande är den låga andelen i servicehusboendet.

Diagram 1.18 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka från make/maka per boendeform, samtliga stadsdelar



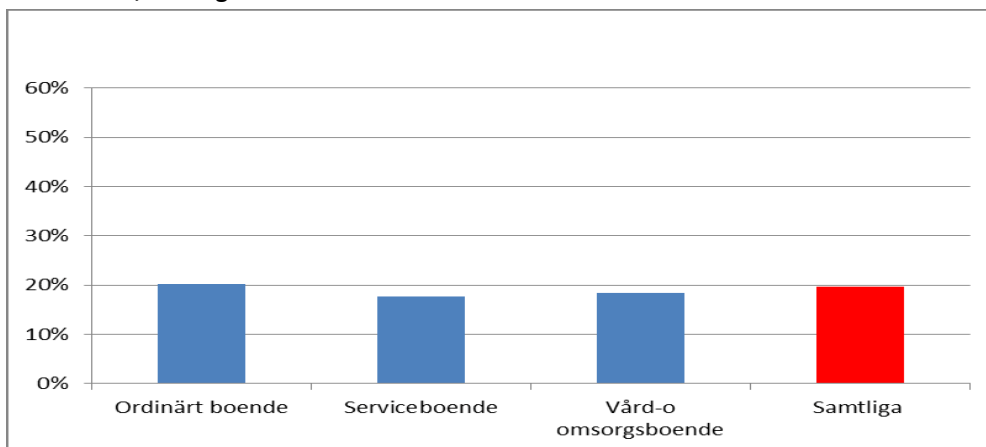
Hjälp från barnen (inklusive svärdöttrar etc.) är som framgår av diagram 1.19 betydligt vanligare. Knappt hälften får sådan hjälp och det skiljer inte mycket mellan boendeformerna.

Diagram 1.19 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka från barnen (motsv) per boendeform, samtliga stadsdelar



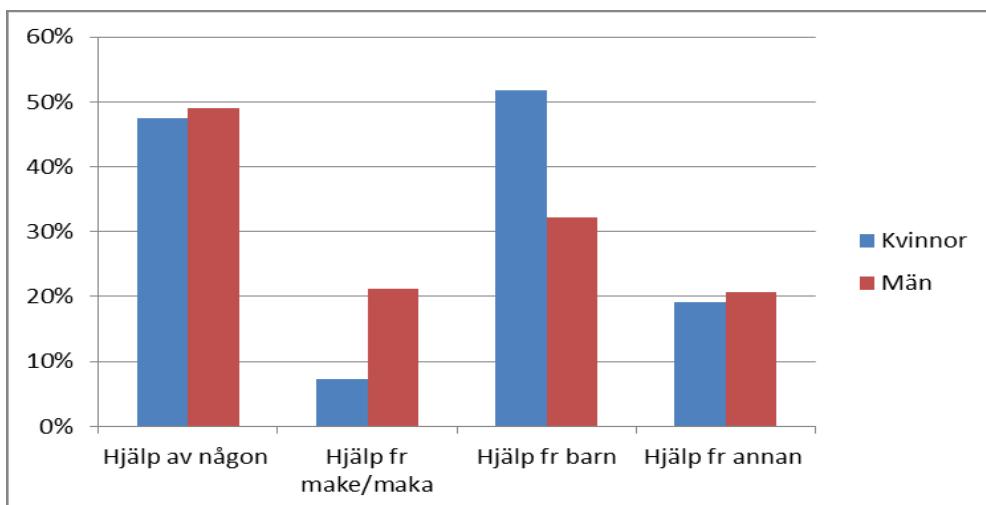
Informell hjälp kan också fås från andra närstående personer, syskon, grannar, gamla vänner etc. Andelen per beslutad boendeform som får sådan hjälp visas i diagram 1.20. Inte heller här skiljer det mycket mellan boendeformerna, omkring en av fem får hjälp av annan person än make/maka och barn minst en gång per vecka.

Diagram 1.20 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka från annan person per boendeform, samtliga stadsdelar



Tillgången till informell omsorg skiljer mellan könen, speciellt när det gäller från vem man får hjälpen (diagram 1.19).

Diagram 1.21 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka per kön, samtliga stadsdelar



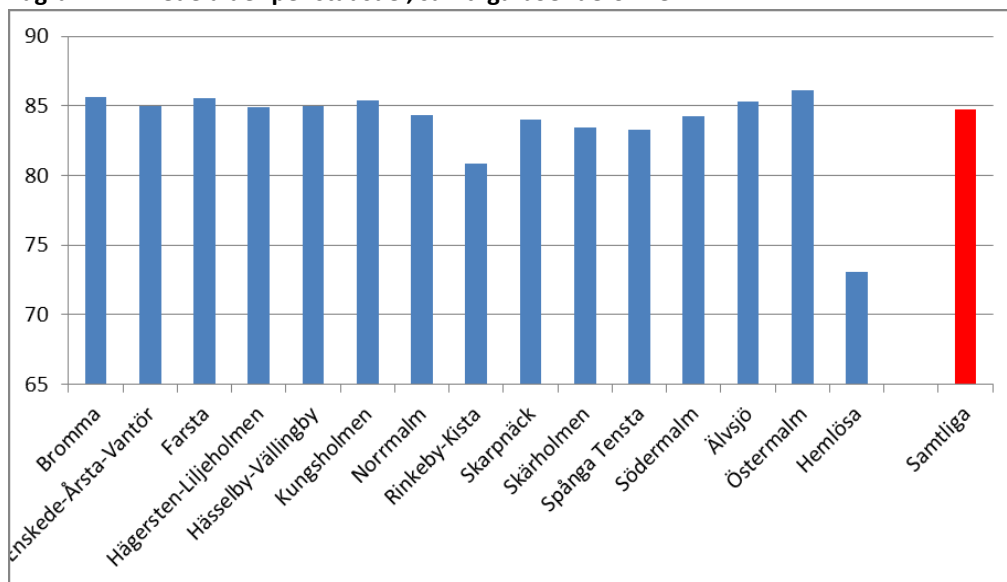
Totalt sett är sett ingen större skillnad, men nästan tre gånger fler män än kvinnor får hjälp av make/maka. Detta avspeglar klart sambo förhållandena. Som visades i diagram 1.4 är betydligt fler av de manliga omsorgstagarna samboende. I stället får männen betydligt mindre hjälp från barnen, vilket är mer oklart varför.

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 boendeformerna sammantagna. I bilaga 1 finns motsvarande tabeller även redovisade per boendeform. Stadsdelarna är ordnade i bokstavsordning.

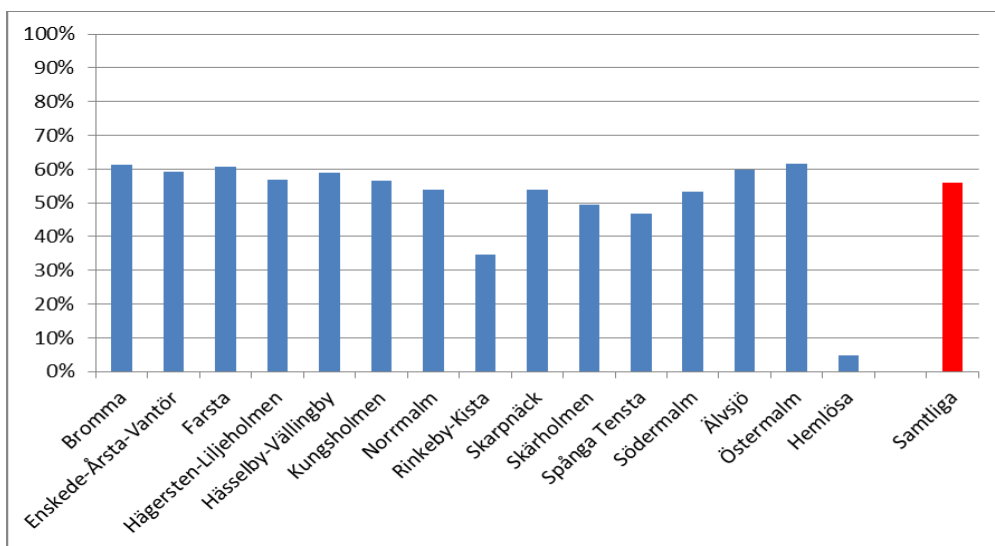
Som visades ovan är medelåldern bland vårdtagarna hög, men som framgår av diagram 2.1 skiljer det här ganska starkt mellan stadsdelarna.

Diagram 2.1 Medelålder per stadsdel, samtliga boendeformer



Högst medelålder har Östermalm, lägst med undantag för de hemlösa, som är en 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 invandrantäta. Mönstret är i huvudsak likartat i de tre boendeformerna (se bilaga 2). Skillnaderna mellan stadsdelarna i vårdtagarnas ålder framgår också tydligt i det följande diagrammet som visar andel 85 år och äldre.

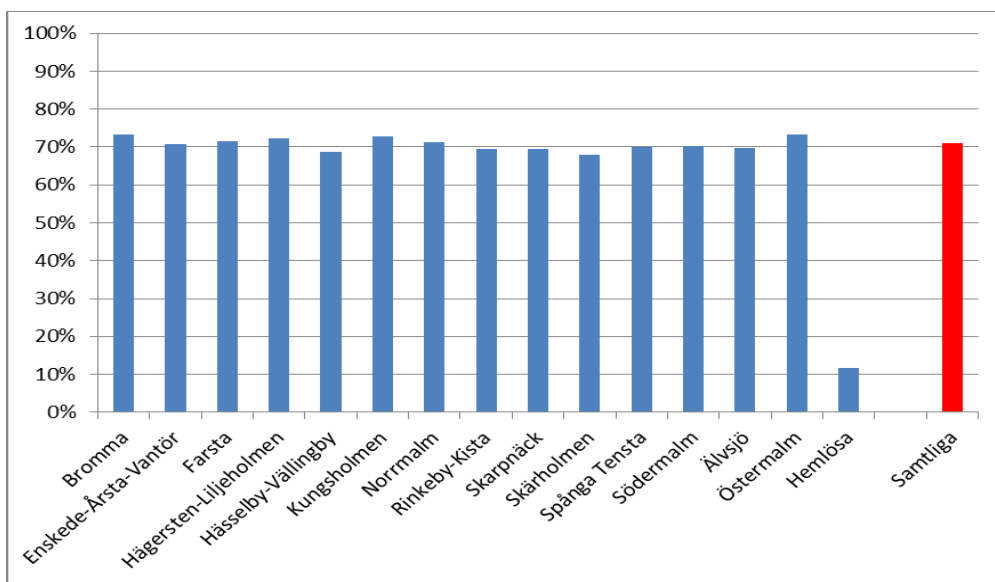
Diagram 2.2 Andelen 85 år och äldre per stadsdel, samtliga boendeformer



Det finns här ganska avsevärda skillnader, på Östermalm och i Bromma med flera stadsdelar är omkring 60 procent av omsorgstagarna 85 år och äldre, i Rinkeby-Kista en tredjedel. I samtliga stadsdelar utom de invandrartäta RinkebyKista, Spånga-Tensta och Skärholmen utgör de 85 år och äldre mer än hälften av omsorgstagarna. Även här är det i huvudsak samma mönster i alla boendeformer, men det är mest utpräglat i det ordinära boendet (jfr bilaga 2).

Andelen kvinnor skiljer, som framgår av diagram 2.3, i mindre grad mellan stadsdelarna, med undantag för de hemlösa som nästan bara består av män.

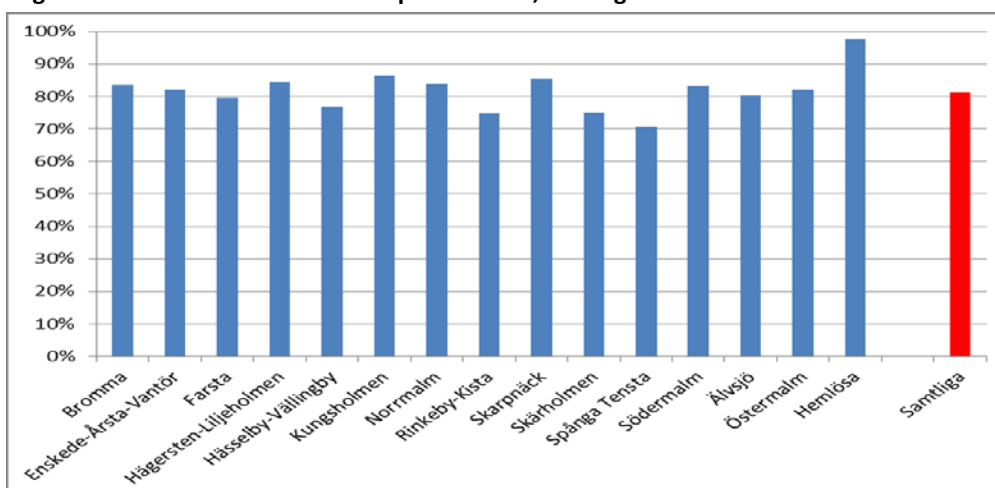
Diagram 2.3 Andelen kvinnor per stadsdel, samtliga boendeformer



Genomgående ligger andelen kvinnor bland omsorgstagarna kring 70 procent. Östermalm, Bromma och Kungsholmen ligger högst, Hägersten-Liljeholmen och Skärholmen lägst. Variationen mellan stadsdelarna totalt sett är inte särskilt stor, men som framgår av tabellbilagan (bilaga 2) är det betydande skillnader i servicehusboendet.

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

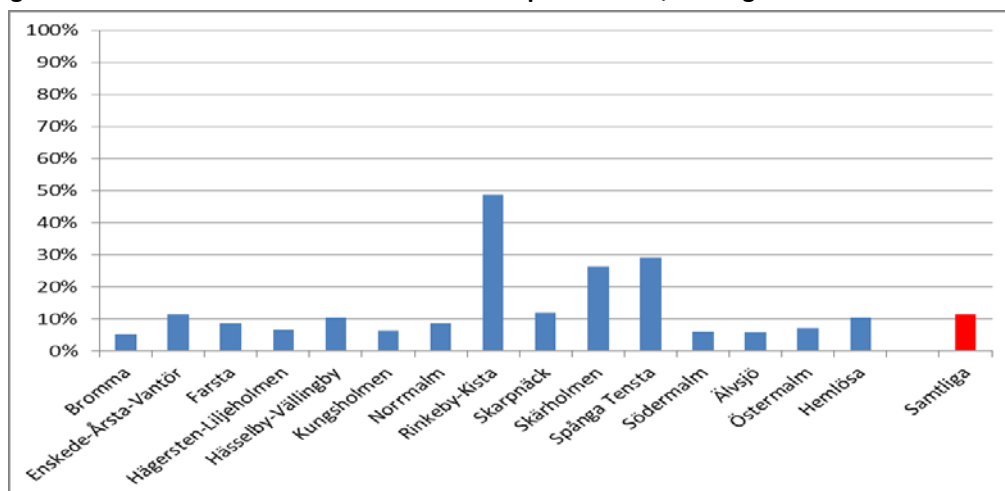
Diagram 2.4 Andelen ensamboende per stadsdel, samtliga boendeformer



Bland de hemlösa är av naturliga skäl samtliga ensamboende. Variationen mellan stadsdelarna är annars relativt stor. Andelen ensamboende är lägre i de tre invandrarstadsdelarna. En närmare analys visar att det

framförallt är i det ordinära boendet, som skillnaderna ligger (jfr bilaga 2). De socioekonomiska skillnaderna mellan stadsdelarna hänger nära samman med andelen personer med utomnordisk härkomst. Skillnaderna mellan stadsdelarna är, som framgår av diagram 2.5, stora även när det gäller vårdtagare i äldreomsorgen.

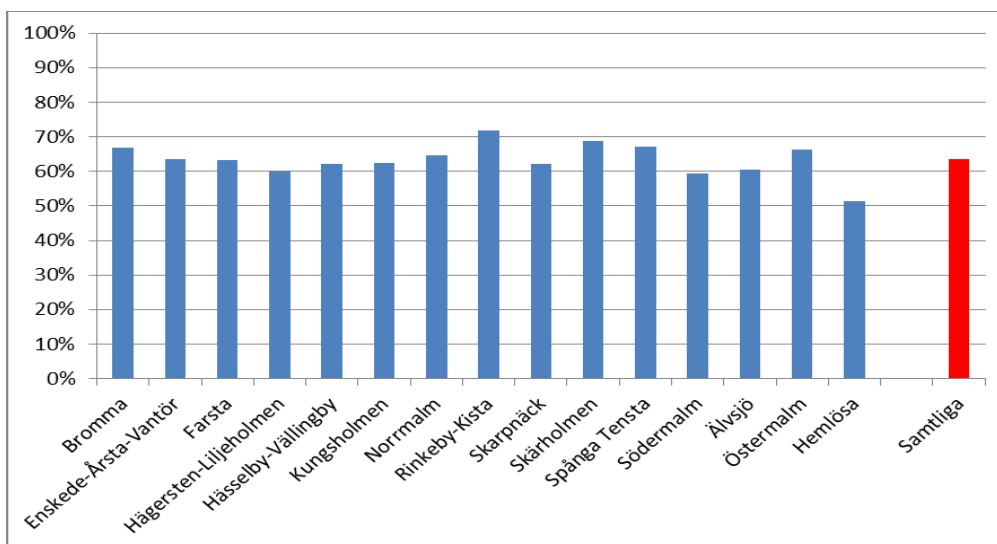
Diagram 2.5 Andelen med utomnordisk härkomst per stadsdel, samtliga boendeformer



Andelen omsorgstagare med utomnordisk härkomst i Skärholmen, Spånga Tensta och Rinkeby-Kista är väsentligt högre än i övriga stadsdelar, där andelen genomgående ligger mellan 5 och 10 procent. I Rinkeby-Kista har nästan hälften av omsorgstagarna utomnordisk härkomst. Allra lägst är andelen i Bromma och Älvsjö. Även innerstadsstadsdelarna har en låg andel med utomnordisk härkomst.

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

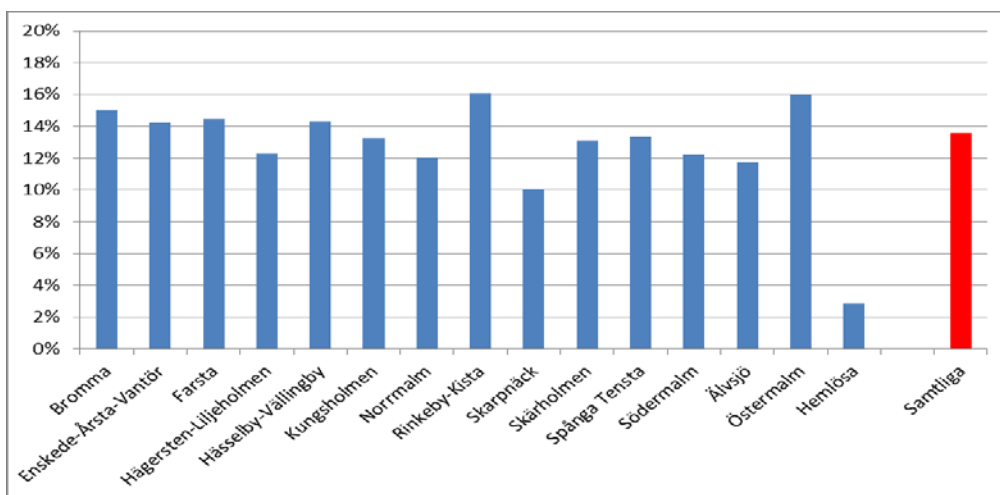


Det råder, som man kan se, även här vissa skillnader mellan stadsdelarna men dessa är inte särskilt stora. Rinkeby-Kista ligger högst tillsammans med de två andra invandrarstadsdelarna. Även Bromma och Östermalm har en hög andel med minst ett ADL-beroende. Södermalm, Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö ligger lägst bortsett från hemlösa.

Vid en uppdelning på boendeformer (jfr bilaga 2) kan man se att samma mönster gäller för det ordinära boendet, men att servicehusboendet uppvisar en helt annan bild. Här är variationen stor mellan stadsdelarna. I Spånga-Tensta har 38 procent av omsorgstagarna i servicehusboendet minst ett ADL-beroende, i Älvsjö 84 procent. Intressant är också att notera att i tre stadsdelar (Norrmalm, RinkebyKista och Spånga-Tensta) är andelen med minst ett ADL-beroende *lägre* i servicehusboendet än i det ordinära boendet. Den stora variationen mellan stadsdelarna i andelarna ADL-beroende i servicehusboendet pekar återigen på stora skillnader i tillämpningen av kommunala riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg när det gäller att utnyttja denna boendeform.

Ser man i stället på andelen vårdtagare, som är beroende i samtliga ADLaktiviteter blir variationerna mellan stadsdelarna påtagliga (diagram 2.7). Observera att skalan är ändrad för att skillnaderna skall framstå tydligare.

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

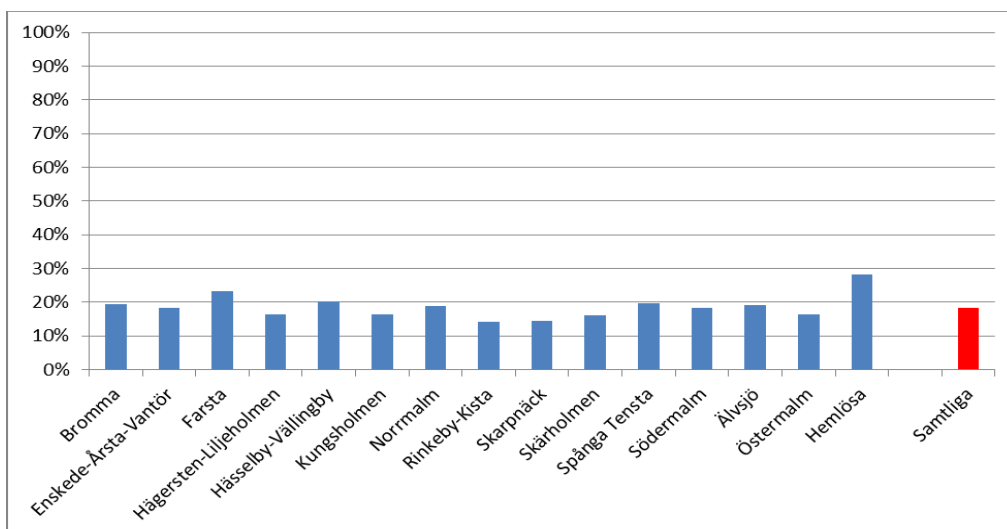


Det är här fråga om stora skillnader. Andelen omsorgstagare, som är beroende i samtliga ADL-aktiviteter, är 60 procent högre i Rinkeby-Kista än i Skarpnäck. Även Östermalm har en hög andel omsorgstagare, som är beroende för samtliga ADL-aktiviteter, liksom Bromma. Det finns här inget tydligt mönster, stadsdelar med hög och låg andel finns i varje del av staden.

Delar man upp på boendeform blir skillnaderna ändå större. (jfr tabellbilagan). I det ordinära boendet i Rinkeby-Kista är 11 procent av vårdtagarna beroende i samtliga ADL-aktiviteter, i Skarpnäck bara fyra procent. I servicehusboendet är skillnaderna som störst. I Enskede-Årsta-Vantör är andelen omsorgstagare i servicehusboendet, som är beroende för samtliga ADL, 21 procent, på Norrmalm noll. Även Spånga-Tensta har en låg andel helt ADL-beroende i servicehusboendet, tre procent. Variationen mellan stadsdelarna bland dem som fått beslut om vård- och omsorgsboende är avsevärt mindre.

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 alla boendeformer.

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

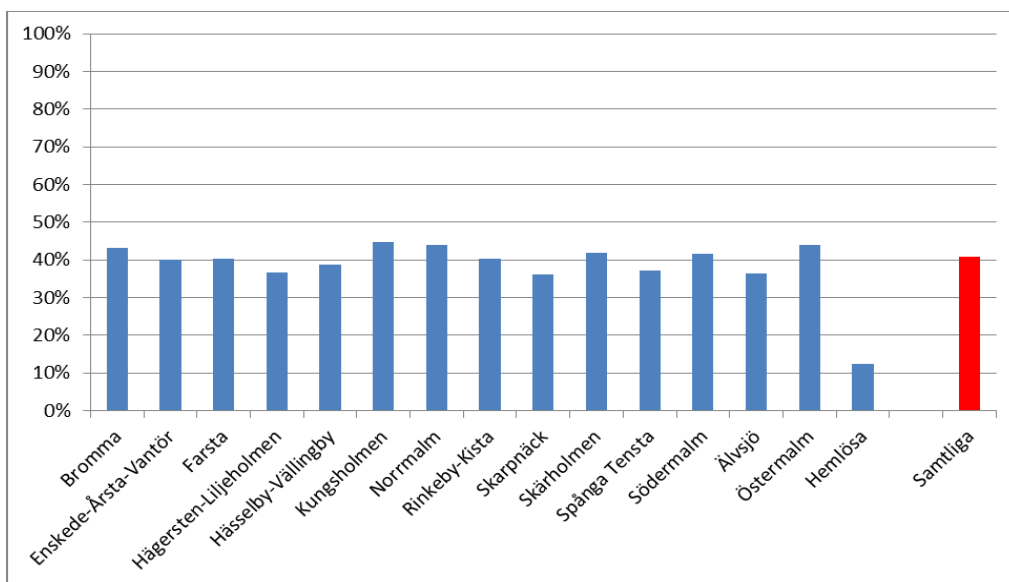


Det man här ser är återigen betydande variationer mellan stadsdelarna. Här ligger Farsta och Hässelby-Vällingby högst (bortsett från de hemlösa) med över 20 procent och Rinkeby-Kista och Skarpnäck lägst med kring 14 procent. Det finns ett samband med andelen 85 år och äldre ($r=0,49$), som förklaras av att förekomsten av kognitiv nedsättning ökar starkt med åldern.

Andelen med svår kognitiv nedsättning varierar starkare för vårdtagarna i ordinärt boende och serviceboende än i vård- och omsorgsboendet (jfr diagram 2). Detta gäller speciellt servicehusboendet där variationen är extrem, på Östermalm är ingen av de boende svårt eller mycket svårt kognitivt nedsatt, i Hägersten-Liljeholmen tio procent. Med reservation för eventuella olikheter i vad som ska betraktas som svår kognitiv nedsättning kan detta knappast bero på något annat än skillnader i policy, d.v.s. olika kriterier för vem som kan få flytta in i servicehusboende och hur länge man kan bo kvar.

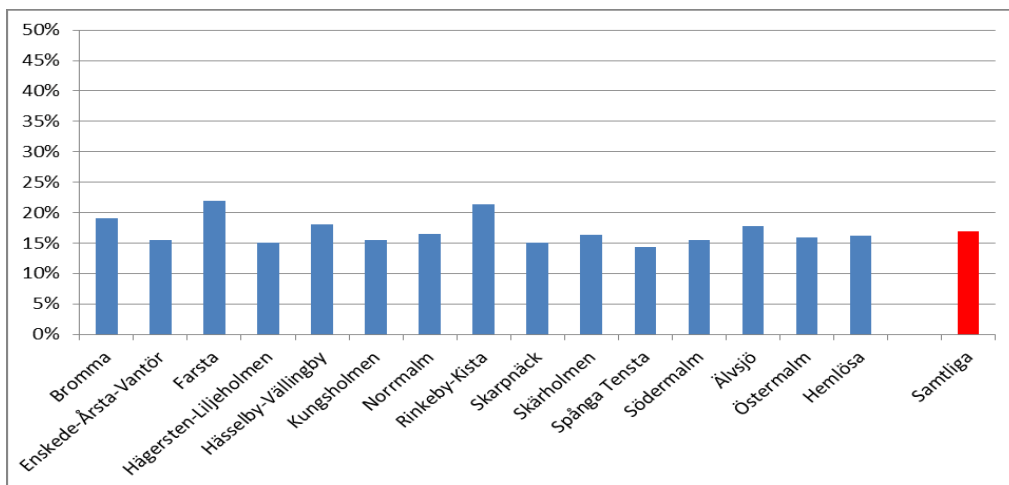
Även när det gäller andelen med svåra eller mycket svåra rörelsehinder finns det, som man ser i diagram 2.9, stora skillnader mellan stadsdelarna. Variationerna är ännu större om man jämför per boendeform (se bilaga 2). Mönstret här är dock annorlunda mot kognitiv nedsättning. De lägsta andelarna svårt rörelsehindrade finner man i de södra förorterna och i Spånga-Tensta, de högsta i innerstadsstadsdelarna och Bromma. Bland de hemlösa är förekomsten av rörelsehinder låg. Även här är variationen i servicehusboendet större än i de övriga boendeformerna.

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



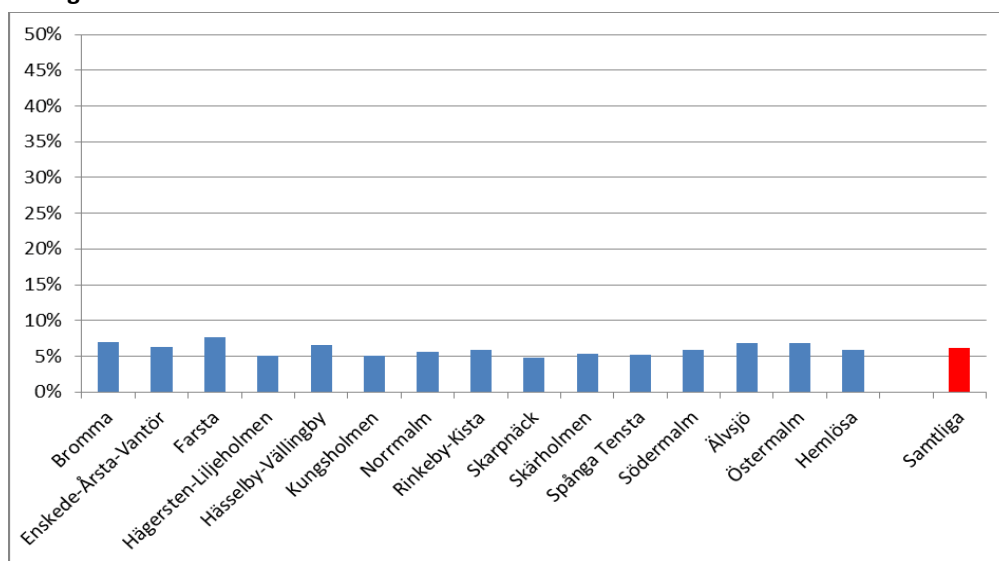
Omkring en sjättedel av omsorgstagarna har angetts ha svår eller mycket svår urininkontinens (Diagram 2.10). Andelen varierar i allmänhet mellan 15 – 20 procent mellan stadsdelarna (diagram 2.10). Variationen är här således relativt måttlig. Två stadsdelar sticker ut, Farsta och Rinkeby-Kista, som båda ligger över 20 procent. Variationerna är större i det ordinära boendet och i servicehusboendet än i vård- och omsorgsboendet. Bland dem med beslut om servicehusboende varierar andelen med svår eller mycket svår urininkontinens från fem procent (Spånga-Tensta) till 20 procent (Bromma). Detta avspeglar återigen de stora skillnaderna mellan stadsdelarna i utnyttjandet av denna boendeform.

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



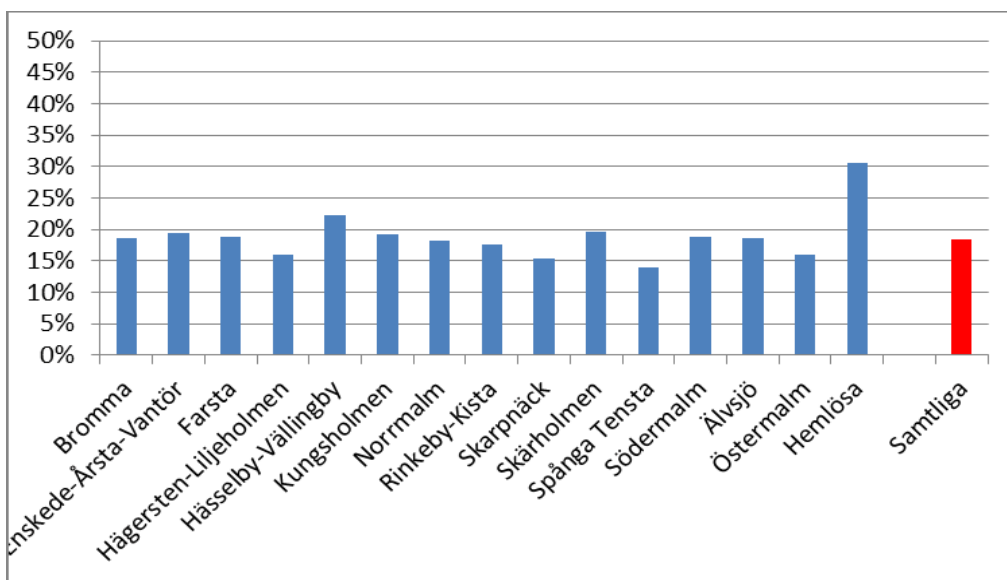
Andelen vårdtagare med avföringsinkontinens skiljer, som man ser i diagram 2.11, också mycket mellan stadsdelarna - från 4,7 procent i Skarpnäck till nästan det dubbla, 7,6 procent i grannstadsdelen Farsta. Det bör återigen påpekas att andelen avser bedömningen *vid beslut* om insatser och boende. Bland de boende i vård- och omsorgsboendet kan andelen förväntas vara betydligt högre. Variationen mellan stadsdelarna är återigen störst i servicehusboendet (se bilaga 2) från 0 procent i fem stadsdelar till nio procent i Enskede-Årsta-Vantör.

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



Förekomsten av svår eller mycket svår otrygghet och oro visas i diagram 2.12.

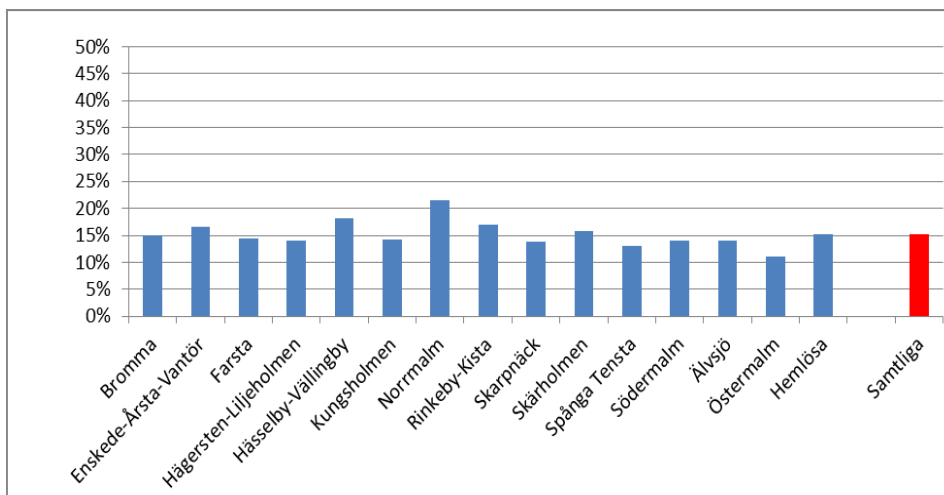
Diagram 2.12 Andelen med svår eller mycket svår otrygghet per stadsdel, samtliga boendeformer



Det finns här en tydlig variation, men det är svårt att se något mönster. Mest otrygghet (bortsett från de hemlösa) registreras i Hässelby-Vällingby (22%), minst i Spånga-Tensta (14%). Variationen mellan stadsdelarna är ungefär lika stor i samtliga boendeformer. Det kan noteras att 27 procent av dem med beslut om vård- och omsorgsboende i Spånga-Tensta anges ha svår eller mycket svår otrygghet, men nästan dubbelt så många, 47 procent, på Södermalm.

Diagram 2.13 visar förekomsten av svår eller mycket svår nedstämdhet.

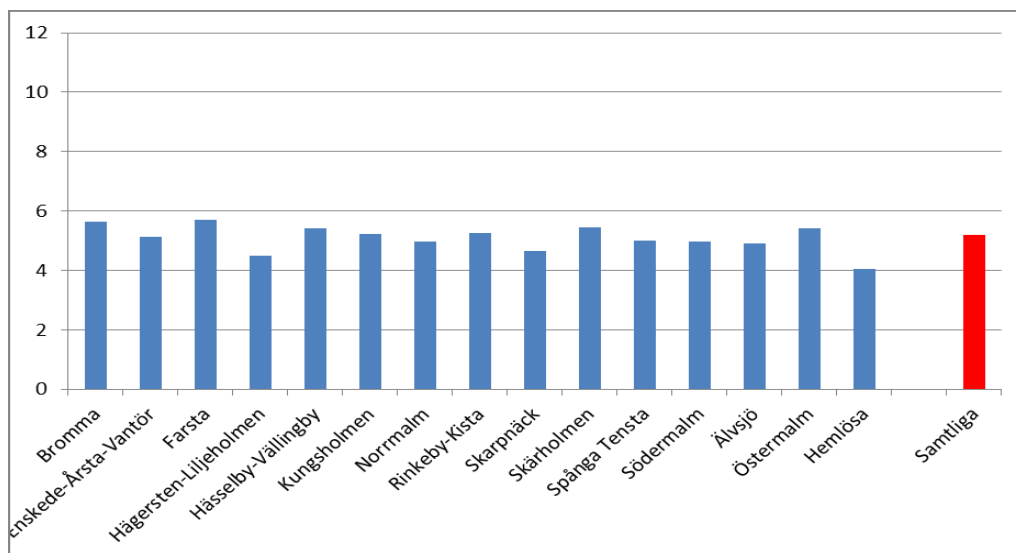
Diagram 2.13 Andelen med svår eller mycket svår nedstämdhet per stadsdel, samtliga boendeformer



Det finns även här en variation men inget geografiskt mönster. Norrmalm ligger högst, (22%), vilket är dubbelt så mycket som Östermalm (11%). Variationen gäller samtliga boendeformer men är relativt sett större i ordinärt boende och servicehusboende än i vård- och omsorgsboende. Som exempel kan anges att 13 procent av de servicehusboende på Södermalm noteras vara svårt eller mycket svårt nedstämda mot 35 procent på Norrmalm.

De olika indikatorerna på funktionsnedsättning vägs samman i SNAC-index (se ovan). Detta går från 0, ingen funktionsnedsättning, till 23, maximal nedsättning. Diagram 2.14 visar medelvärdet av SNAC-index per stadsdel, samtliga boendeformer.

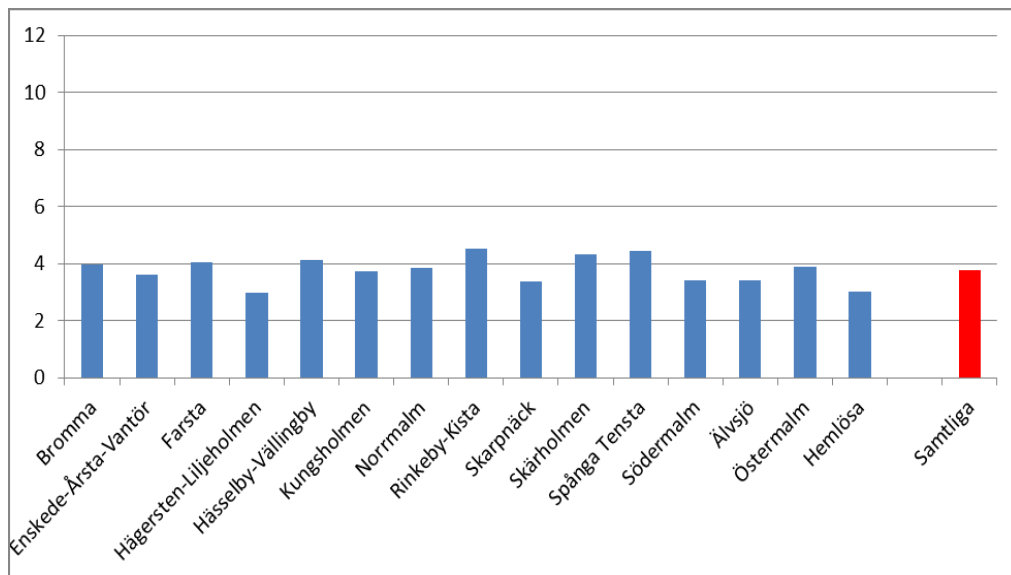
Diagram 2.14 Medelvärde för SNAC-index per stadsdel, samtliga boendeformer



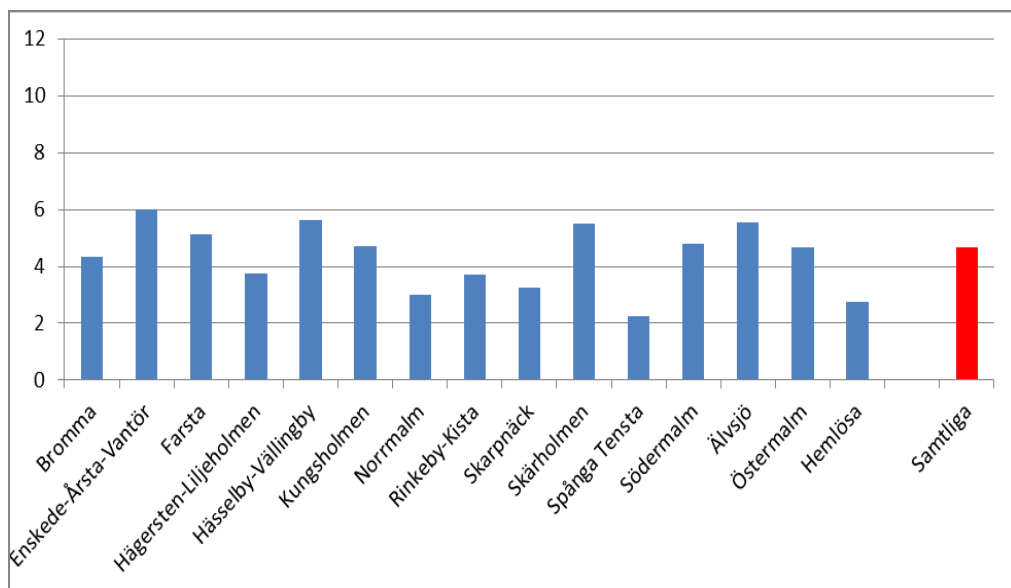
Variationen mellan stadsdelarna när man på detta sätt väger samman indikatorerna blir som man ser ganska måttlig. Det är svårt att se något mönster. Hägersten-Liljeholmen och Skarpnäck ligger lägst, 4,49 respektive 4,64 och Bromma och Farsta högst, 5,64 respektive 5,71. Delar man upp på boendeform blir variationen betydligt större. Diagrammen 2.15 A – C visar genomsnittligt SNAC-index per boendeform.

Diagram 2.15 A-C. Medelvärde för SNAC-index per stadsdel och boendeform

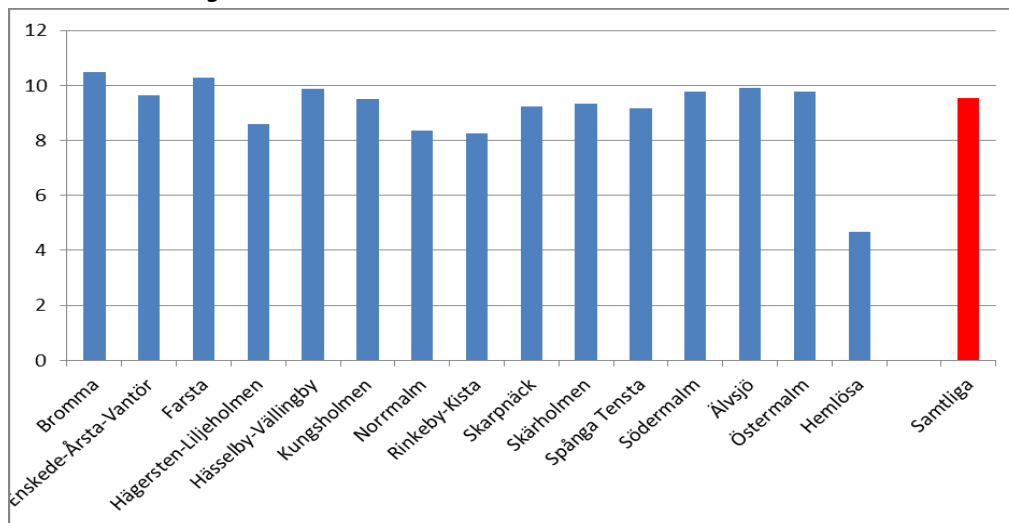
A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



C. Vård- och omsorgsboende

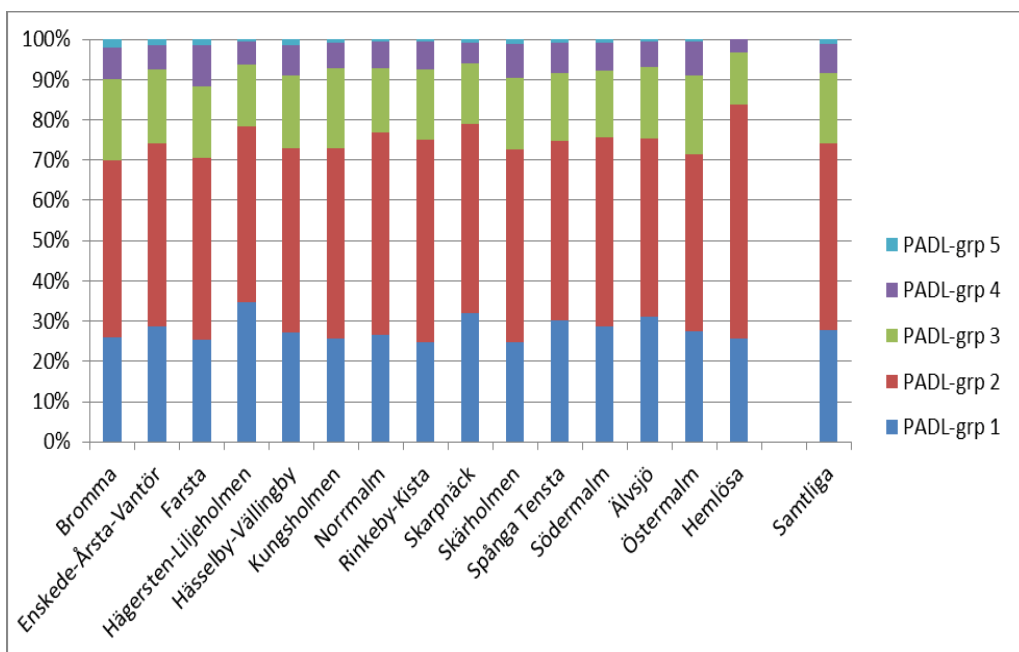


Graden av funktionsnedsättning bland vårdtagarna i ordinärt boende är mätt med SNAC-index högst i invandrarstadsdelarna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Skärholmen och lägst i några av de södra stadsdelarna (Hägersten-Liljeholmen, Skarpnäck, Södermalm och Älvsjö). För servicehusboendet är variationen extremt stor, från som högst 6,01 i Enskede-Årsta-Vantör till som lägst 2,26 i Spånga-Tensta. Värt att notera är också att i flera stadsdelar (Norrmalm, Rinkeby-Kista, Skarpnäck och Spånga-Tensta) är den genomsnittliga funktionsnedsättningen bland omsorgstagarna i servicehusboendet lägre än i det ordinära boendet. Genomsnittligt för hela staden ligger servicehusboendet högre, men detta visar ånyo klart avsevärda skillnader i stadsdelarnas tillämpning av kommunala riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg för hur servicehusen utnyttjas.

Inom vård- och omsorgsboendet är variationerna, bortsett från de hemlösa, mindre men ändå betydande. De boende i Bromma och Farsta ligger som genomsnitt 20 – 25 procent högre än vårdtagarna i vård- och omsorgsboende i Norrmalm och Rinkeby-Kista. Det bör betonas att som påpekats ovan mätningen avser tidpunkten för beslut. Genomsnittet för dem som vid en viss tidpunkt bor i vård- och omsorgsboende kan uppskattas ligga betydligt högre.

Skillnaderna mellan stadsdelarna när det gäller vårdtagarnas sammansättning kan också illustreras genom fördelningen på PADL-grupper. Diagram 2.16 visar denna per stadsdel, sammantaget för boendeformerna.

Diagram 2.16 Fördelning på PADL-grupper per stadsdel, samtliga boendeformer

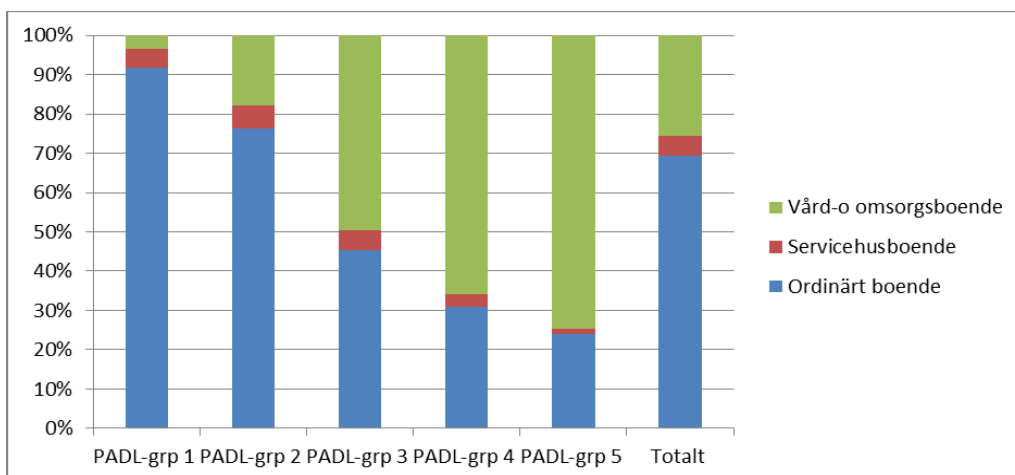


Andelen i PADL-grupp 1 ligger högst i Hägersten-Liljeholmen (35%) och lägst i Skärholmen (25%). Denna andel avspeglar tröskeln för att få insatser i äldreomsorgen. Om andelen är låg är tröskeln hög och omvänt. Variationen är dock ganska måttlig. Variationerna i andelen med PADL-grupp 4 eller 5 är betydligt större. Här ligger Farsta på 12 procent, dubbelt så mycket som Skarpnäck och Hägersten-Liljeholmen, sex procent.

3.3 Insatser per grad av funktionsnedsättning, samtliga stadsdelar

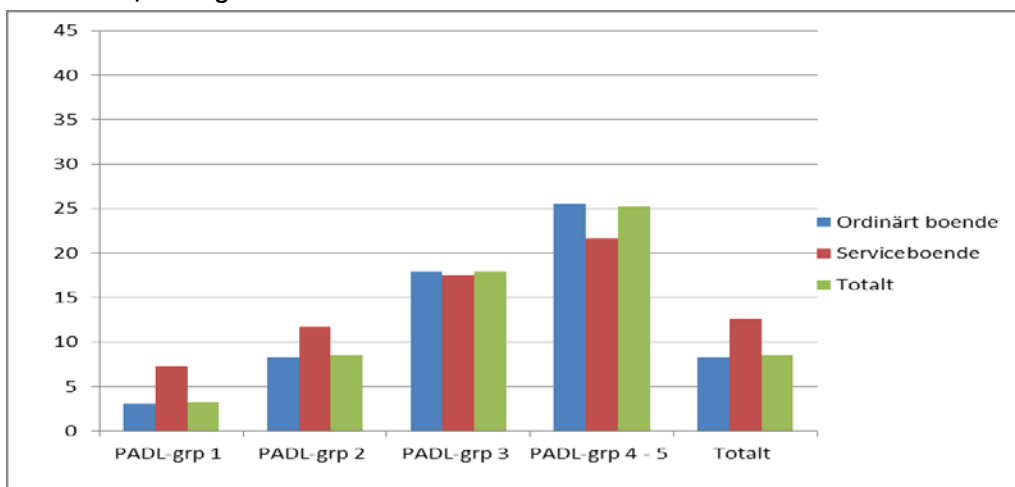
Givet vårdtagarnas grad av funktionsnedsättning har det intresse att se vilka insatser som beviljats och om detta skiljer mellan stadsdelarna. De insatser det här är fråga om är dels valet av boendeform, dels det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar hemtjänst. I detta avsnitt visas tilldelningen 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 ett 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 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 i de lägre PADL-grupperna får personer i servicehusboende större insatser givet PADL-gruppen än personer i ordinärt boende medan det omvända gäller i de högre. Som genomsnitt är insatserna större i

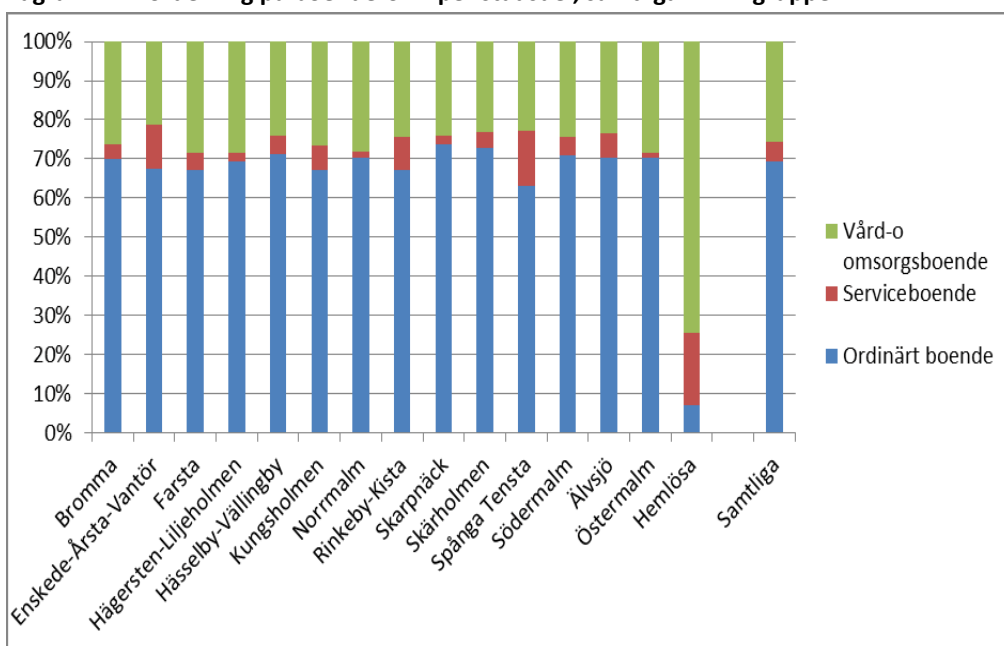
serviceboendet beroende på att personerna där är mer nedsatta, men skillnaden kvarstår även sedan man tagit hänsyn till detta genom standardisering för funktionsnedsättningen mätt som PADL-grupp⁴.

Resultaten i diagram 3.1 och 3.2 visar att PADL-gruppen ger ett 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 PADLgruppen.

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



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.

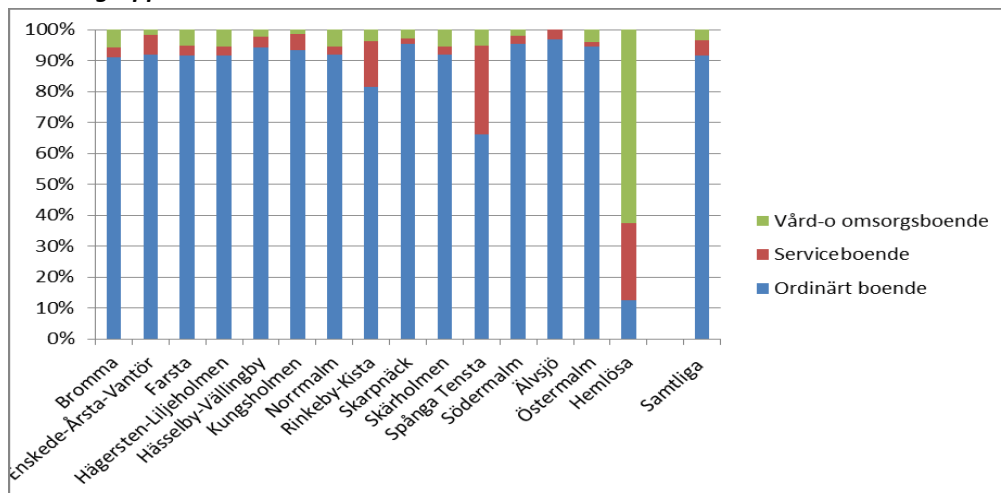
I samtliga stadsdelar överväger andelen vårdtagare i ordinärt boende och andelen i servicehusboende är lägre än i vård- och omsorgsboende. Det finns dock skillnader. Skarpnäck har högst andel i ordinärt boende, 74 procent, och Spånga-Tensta lägst, 63 procent (bortsett från de hemlösa). Andelen i servicehusboende varierar starkt. Flera stadsdelar ligger kring 2 två procent (Hägersten-Liljeholmen, Norrmalm, Skarpnäck, Östermalm) medan Spånga-Tensta har 14 procent och Enskede-Årsta-Vantör 11 procent av omsorgstagarna i servicehusboende. Även andelen i vård- och omsorgsboende varierar också ganska starkt, från 21 procent av vårdtagarna i Enskede-Årsta till 28 procent (Farsta, Hägersten-Liljeholmen, Norrmalm).

Dessa stora skillnader påverkar givetvis också sammansättningen av omsorgstagarna i respektive boendeform. Frågan är då om variationerna i fördelningen på valet av boendeform har ett samband med fördelningen på PADL-grupper i respektive stadsdel, d.v.s. om skillnaderna beror på skillnader i behov. Diagram

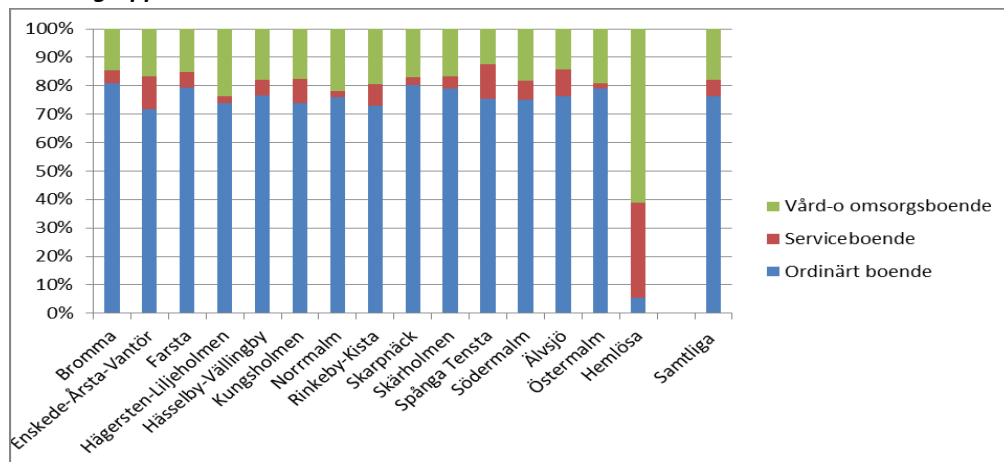
4.2 A – E visar fördelningen på boendeform per stadsdel för respektive PADL-grupp 1 - 5.

Diagram 4.2 A-E. Fördelning på boendeform per stadsdel per PADL-grupp

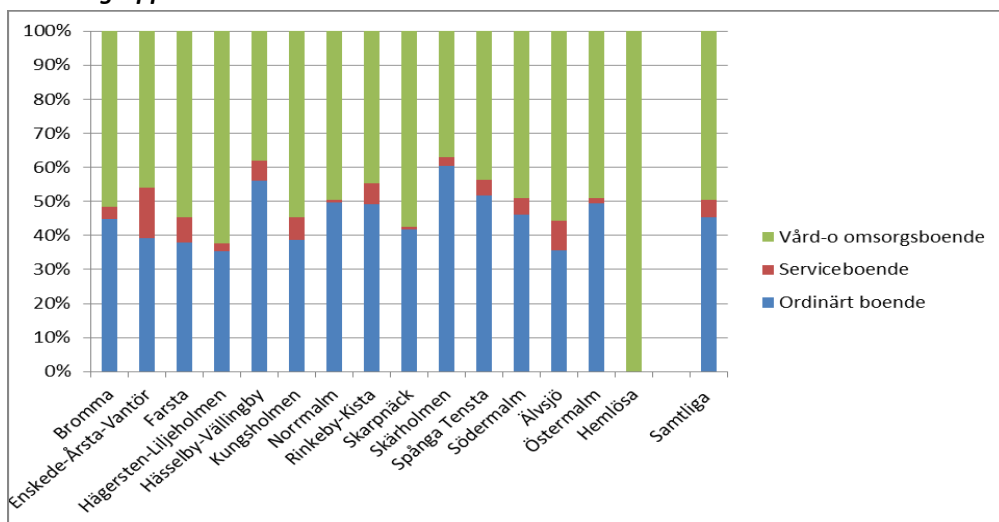
A. PADL-grupp 1



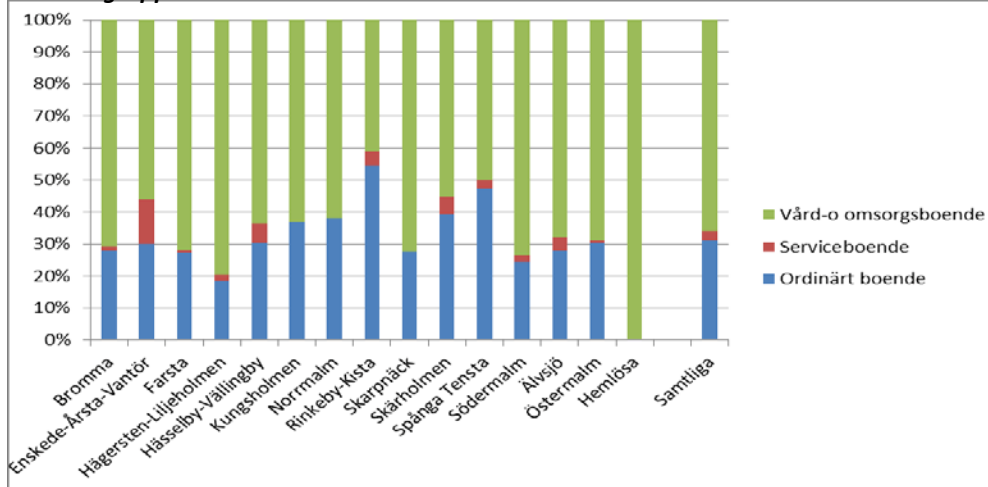
B. PADL-grupp 2



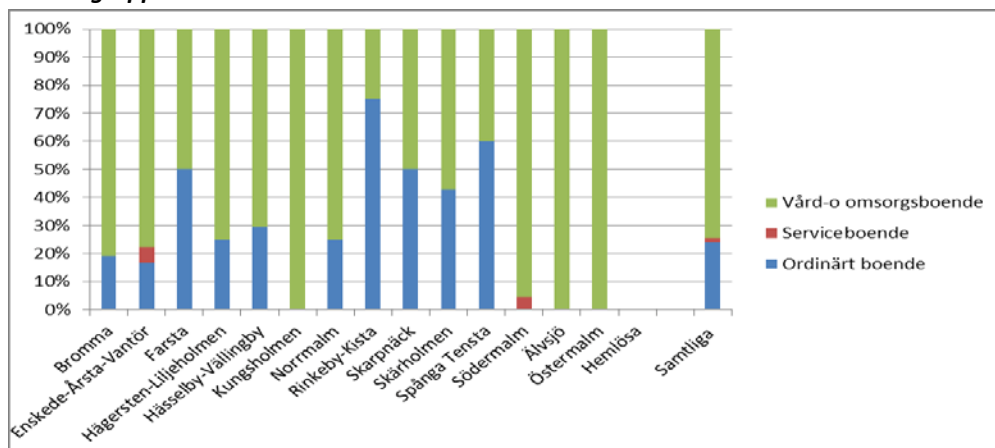
B. PADL-grupp 3



D. PADL-grupp 4



E. PADL-grupp 5



I PADL-grupp 1 dominerar förstas ordinärt boende. Påfallande är dock att så många i denna grupp tilldelats servicehusboende i Spånga-Tensta och RinkebyKista, i Spånga-Tensta nästan en tredjedel mot någon enstaka procent i Skarpnäck och på Östermalm. Få i denna PADL-grupp finns i vård- och omsorgsboende, utom bland de hemlösa där andelen i vård- och omsorgsboende är hög. Detta pekar på att denna grupp avviker i sin behovsstruktur från övriga äldre. Det visas också av att samtliga hemlösa i PADL-grupperna 3-5 finns i denna boendeform, vilket inte gäller för någon stadsdel (jfr nedan). Förklaringen kan vara att i gruppen hemlösa variablerna i SNAC-index inte så väl beskriver behoven som i andra grupper av äldre.

Även i PADL-grupp 2 finns majoriteten av omsorgstagarna i ordinärt boende. Mönstret här är ganska likartat. Skillnaderna när det gäller servicehusboendet avspeglar här närmast tillgången till platser i denna boendeform överhuvudtaget. Spånga-Tensta och Enskede-Årsta-Vantör ligger högst. Vård- och omsorgsboende har här en högre andel än i PADL-grupp 1, men det är i samtliga områden fortfarande fråga om en mindre del. Variationen är dock betydande, i Spånga-Tensta 13 procent, i Hägersten-Liljeholmen 24 procent.

I PADL-grupp 3 har andelen av omsorgstagarna som finns i ordinärt boende sjunkit till som genomsnitt 45 procent och i allmänhet finns cirka hälften majoriteten av omsorgstagarna i vård- och omsorgsboende. Variationen är dock stor, från 36 procent i ordinärt boende i Hägersten-Liljeholmen och Älvsjö till 60 procent i Skärholmen. Andelen i servicehusboende varierar också starkt i denna PADL-grupp. På Norrmalm och i Skarpnäck är det mindre än en procent, i Enskede-Årsta-Vantör 15 procent. Även andelen i vård- och omsorgsboende varierar i mycket hög grad. I Skärholmen finns omkring en tredjedel (37%) av

PADL-grupp3-omsorgstagarna i vård- och omsorgsboende, i HägerstenLiljeholmen är andelen vård-och omsorgsboende i denna PADL-grupp närmare två tredjedelar (62%).

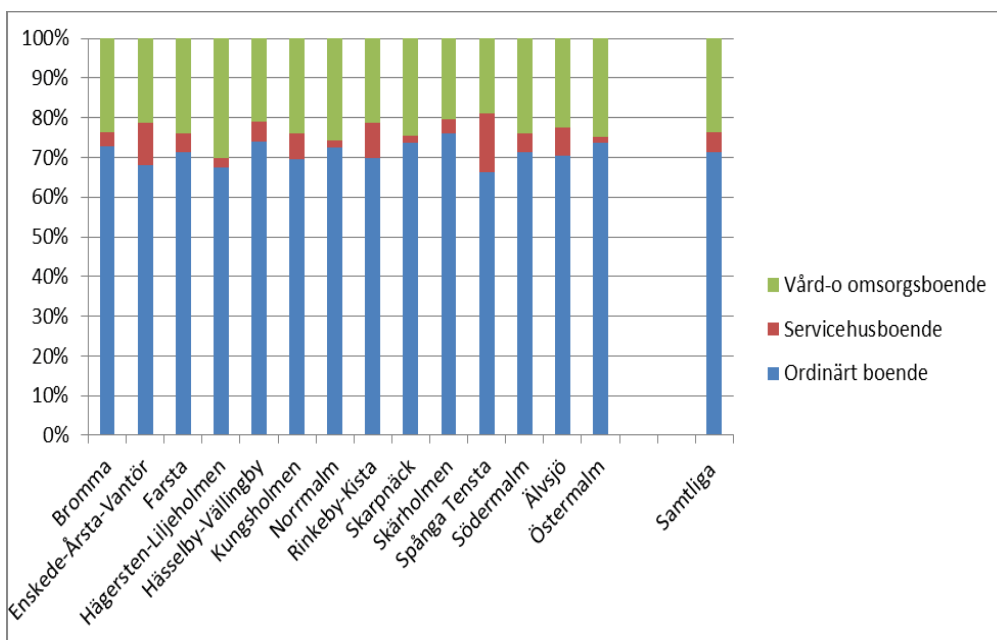
De stora skillnaderna mellan stadsdelarna när det gäller valet av boendeform gäller också för PADL-grupp 4. Det stora flertalet vårdtagare finns här i vård- och omsorgsboende, men i en del stadsdelar bor en betydande andel i ordinärt boende eller servicehusboende. Mest extrem är Rinkeby-Kista, där 55 procent i denna grupp av mycket nedsatta vårdtagare bor i ordinärt boende. Även i SpångaTensta och Skärholmen är andelen hög, 47 procent respektive 39 procent. Detta kontrasterar mot Hägersten-Liljeholmen där 19 procent i denna PADL-grupp får insatser i ordinärt boende. Även för servicehusboendet är variationerna förstas betydande. I flera stadsdelar (Kungsholmen, Norrmalm, Skarpnäck) fanns överhuvudtaget inga omsorgstagare i denna PADL-grupp i servicehusboendet. I Enskede-Årsta-Vantör var andelen 14 procent. Resultatet är mycket stora skillnader även när det gäller andelen i vård- och omsorgsboende, från omkring fyra av tio (41%) till nästan 80 procent i Hägersten-Liljeholmen.

I PADL-grupp 5, de helt nedsatta vårdtagarna, finns den helt övervägande majoriteten naturligt nog i vård- och omsorgsboende, som genomsnitt 75 procent.

Fördelningen av omsorgtagarna är här extremt växlande mellan stadsdelarna, till en del dock beroende på att det är relativt få personer. I Rinkeby-Kista finns 75 procent i ordinärt boende, på Kungsholmen ingen. I två av stadsdelarna (Enskede-Årsta-Vantör och Södermalm) finns personer i denna grupp i servicehusboende. Andelen i vård- och omsorgsboende varierar från 25 procent (Rinkeby-Kista) till 100 procent (Kungsholmen).

Fördelningen på boendeform per PADL-grupp kan utnyttjas för en beräkning där man standardiserar för fördelningen på PADL-grupper, d.v.s. visar vad resultatet skulle bli om alla stadsdelar hade samma PADL-gruppfördelning. Diagram 4.3 visar denna standardiserade fördelning.

Diagram 4.3 Fördelning på boendeform per stadsdel, standardiserat för PADLgrupp-fördelning.

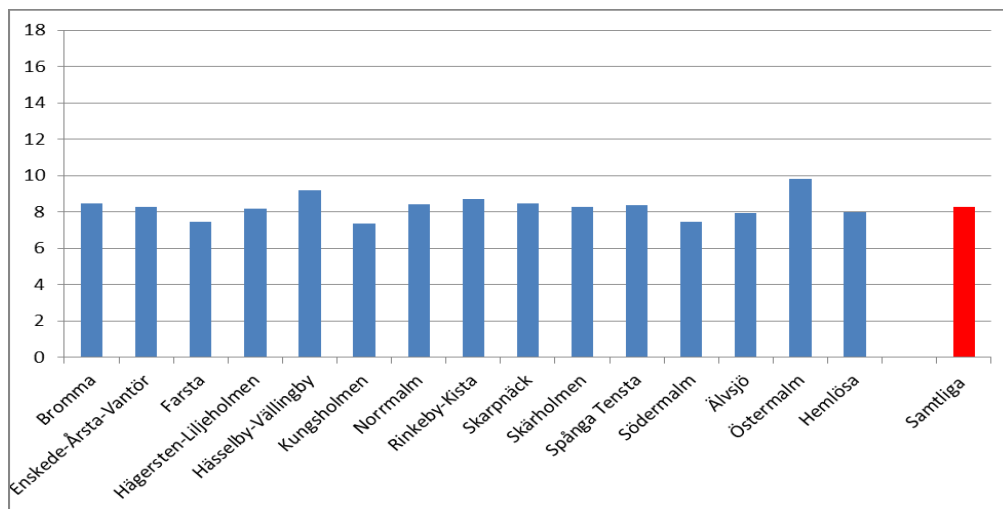


Det visar sig här att standardiseringen inte leder till någon utjämning mellan stadsdelarna. Det är alltså inte olikheter i behov, uttryckta som PADL-gruppfördelning, som är orsaken till variationen mellan stadsdelarna i fördelningen av omsorgstagarna på boendeformer (Jfr också avsnitt 3.5).

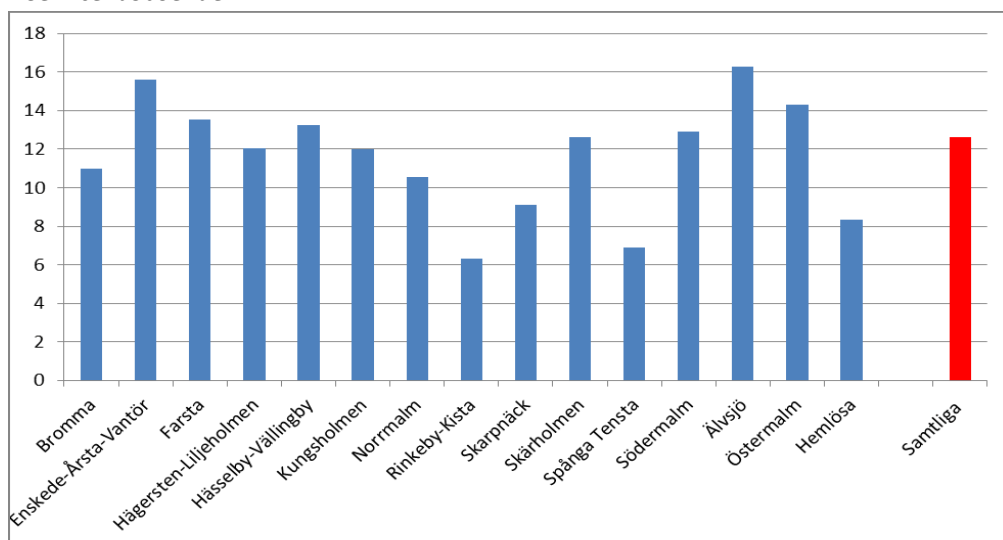
För vårdtagarna i ordinärt boende och servicehusboende har registrerats det beviljade antalet veckotimmar hemtjänst. Diagrammen 4.4 A och B visar det genomsnittliga antalet beviljade timmar per stadsdel för ordinärt boende respektive servicehusboende.

Diagram 4.4 A-B. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel, - utan standardisering för funktionsnedsättning (PADL-grupp)

A. Ordinärt boende



B. Servicehusboende



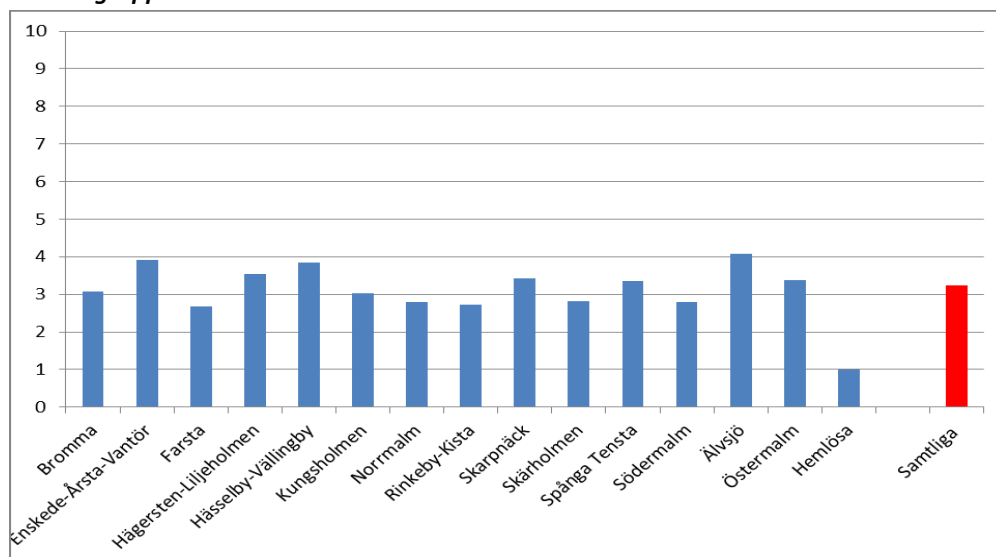
Det framgår att det råder betydande skillnader mellan stadsdelarna även när det gäller hur mycket hemtjänst som beviljas. I det ordinära boendet är Östermalm mest generös med i genomsnitt (9,83 veckotimmar) men även Hässelby-Vällingby (9,19 veckotimmar) och Rinkeby-Kista (8,69 veckotimmar) ligger högt. Kungsholmen beviljar minst (7,35 veckotimmar). Farsta och Södermalm har också ett lågt genomsnittligt beviljat antal veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende (7,47 veckotimmar).

I servicehusboendet är variationen mellan stadsdelarna i beviljat antal veckotimmar betydligt större. Här ligger Älvsjö högst (16,3 veckotimmar) med Enskede-Årsta-Vantör på andra plats (15,6 veckotimmar). Rinkeby-Kista (6,30 veckotimmar) och Spånga-Tensta (6,91 veckotimmar) ligger lägst. Genomsnittligt för hela staden är tilldelningen av timmar avsevärt högre i servicehusboendet än i det ordinära boendet, men i invandrarstadsdelarna Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta råder det omvända förhållandet.

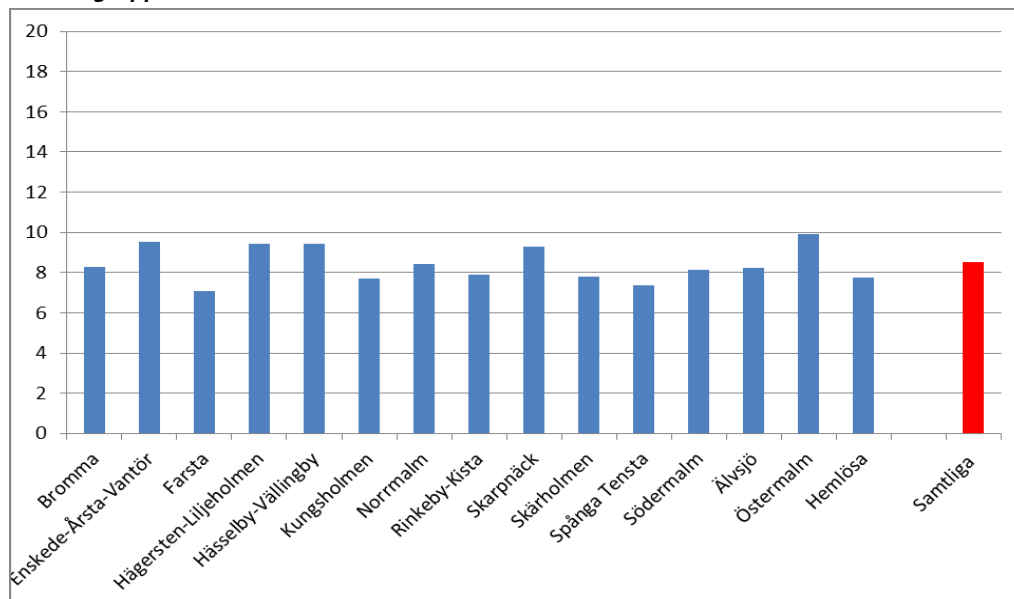
Skillnaderna i tilldelning kan naturligtvis bero på skillnader i behov hos vårdtagarna, i första hand graden av funktionsnedsättning. I diagrammen 4.5 A – D visas det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar per stadsdel för respektive PADL-grupp. De två högsta PADL-grupperna är därvid sammanslagna. Uppgifterna avser ordinärt boende och servicehusboende sammantaget. Notera att skalorna på diagrammen skiljer i syfte att klarare visa skillnaderna mellan stadsdelarna.

Diagram 4.5 A-D. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel och PADL-grupp

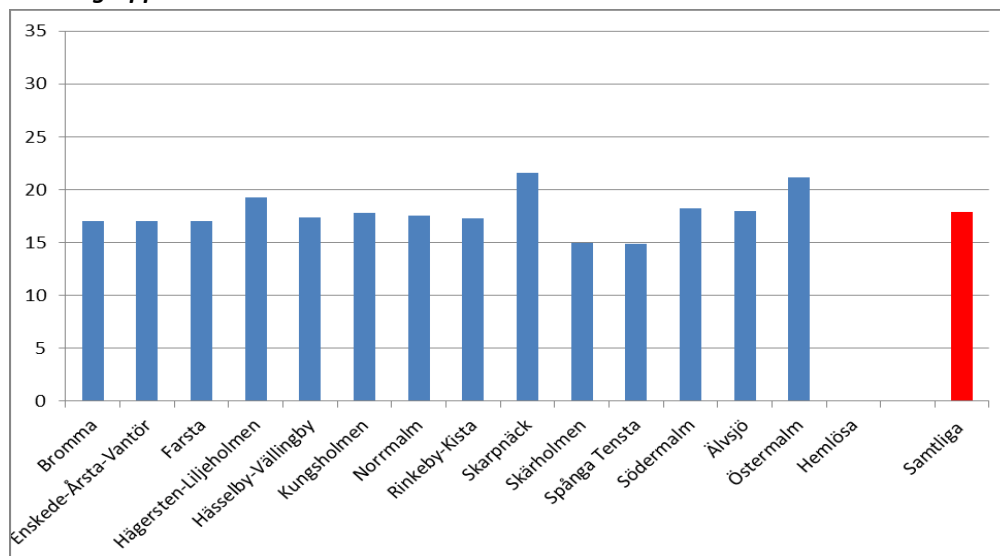
A. PADL-grupp 1



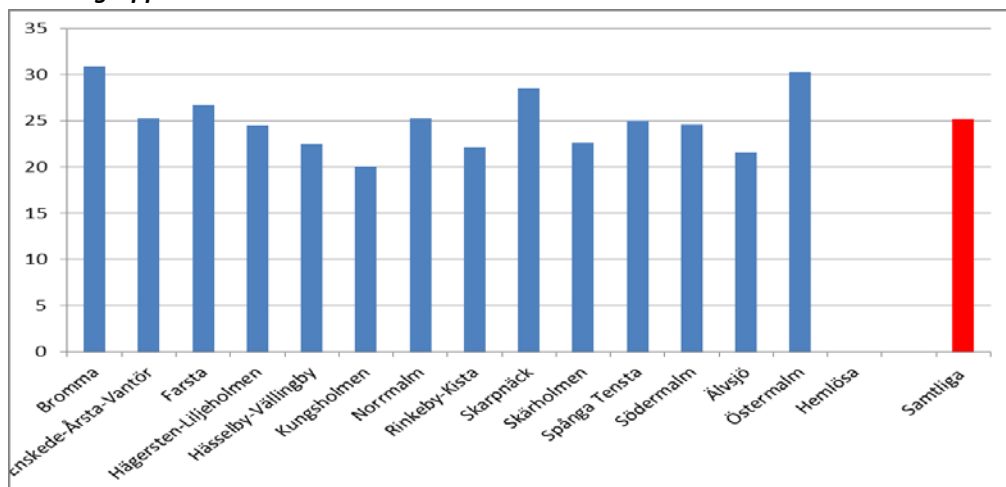
B. PADL-grupp 2



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. Enskede-Årsta-Vantör, HässelbyVällingby och Älvsjö ligger högst med i genomsnitt cirka 4 beviljade veckotimmar hjälp till dessa omsorgstagare med funktionsnedsättning. Farsta och RinkebyKista ligger lägst (bortsett från ”Hemlösa”) med ca 2,8 veckotimmar. Även Skärholmen och Södermalm ligger lågt för denna PADL-grupp.

I PADL-grupp 2 är variationen något mindre. Här beviljar Östermalm de största insatserna (nästan 10 veckotimmar), men även Enskede-Årsta-Vantör, HässelbyVällingby och Hägersten-Liljeholmen ligger högt. Farsta och Spånga-Tensta beviljar minst veckotimmar i denna PADL-grupp - som genomsnitt 7,1 respektive 7,4, d.v.s. nästan 30 procent mindre än Östermalm.

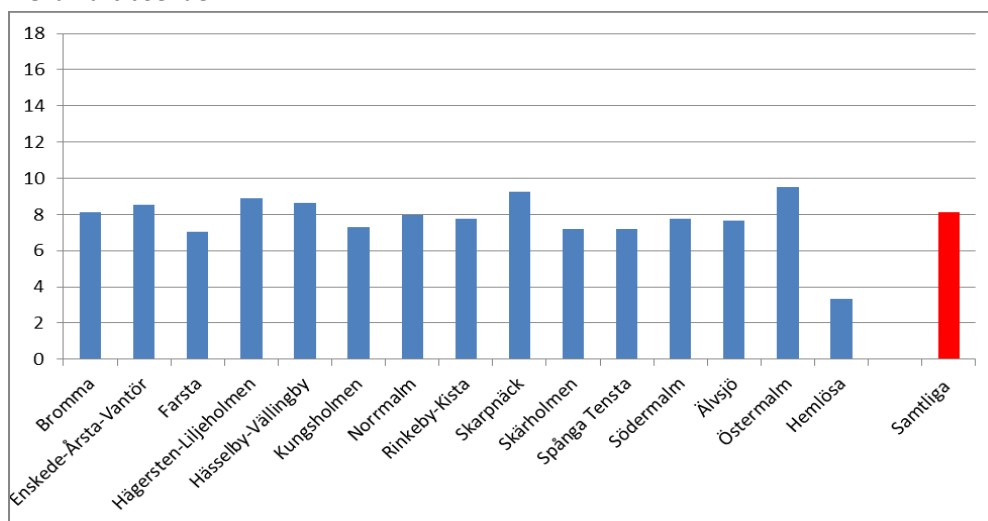
Vårdtagare i PADL-grupp 3 beviljas genomgående betydligt större hemtjänstinsatser. De relativa skillnaderna mellan stadsdelarna ligger på ungefär samma nivå som för de lägre PADL-grupperna. Högst ligger Skarpnäck och Östermalm med i genomsnitt över 21 veckotimmar, lägst Skärholmen och Spånga-Tensta med cirka 15 veckotimmar. Alla övriga stadsdelar ligger i PADL-grupp 3 mellan 17 och 19 veckotimmar som genomsnitt. Bortsett från de fyra ovan nämnda är variationen alltså inte så stor.

De mest funktionsnedsatta vårdtagarna i PADL-grupperna 4 och 5 får förstås de största insatserna. De relativa skillnaderna mellan stadsdelarna är här något större än i övriga PADL-grupper. I Bromma och på Östermalm beviljas som genomsnitt mer än 30 veckotimmar i denna grupp. Kungsholmen ligger lägst med 20 veckotimmar, d.v.s. 35 procent mindre. Älvsjö, Rinkeby-Kista och Skärkolmen ligger också lågt, cirka 22 veckotimmar i genomsnitt.

Genomsnittsvärdena per PADL-grupp kan på samma sätt som för boendeformen användas för att beräkna ett standardiserat medelvärde per stadsdel, där man alltså tar hänsyn till olikheterna i fördelningen på PADL-grupper (jfr fotnot nedan⁵). Diagrammen 4.6 A och B visar det genomsnittliga antalet beviljade timmar per stadsdel för ordinärt boende resp. servicehusboende med standardisering för fördelningen på PADL-grupper.

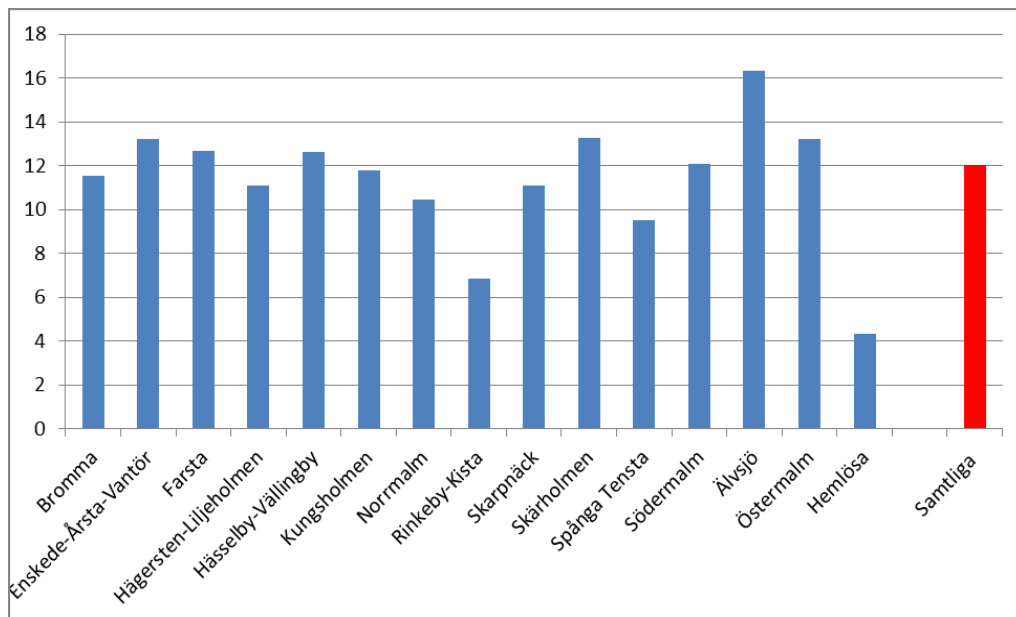
Diagram 4.6 A-B. Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst per stadsdel, med standardisering för funktionsnedsättning (PADL-grupp)

A. Ordinärt boende



⁵ Standardiseringen innebär här att man antar att fördelningen på PADL-grupper är densamma för alla stadsdelar i det ordinära boendet respektive i servicehusboendet.

B. Serviceboende

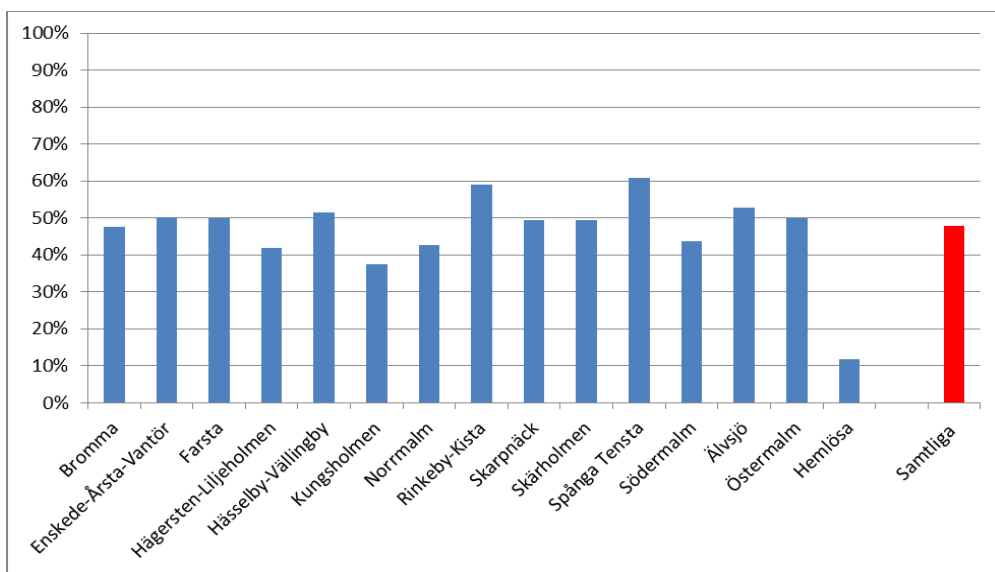


Diagrammen 4.6 A och B visar klart att det inte är skillnader i behoven av stöd och hjälp som gör att det blir så stora skillnader i det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar. Även efter standardisering för graden av funktionsnedsättning hos vårdtagarna kvarstår nämligen stora skillnader mellan stadsdelarna i genomsnittlig tilldelning. I ordinärt boende är det framförallt Östermalm och Skarpnäck som får ett höga värden även efter standardisering 9,50 respektive 9,23. De lägsta standardiserade genomsnittsvärdena för ordinärt boende har Farsta (7,02) följt av Skärholmen och Spånga-Tensta (7,18). Detta betyder att den genomsnittliga hemtjänstinsatsen efter korrektion för skillnader i behov ligger 26 procent lägre i Farsta än vad man beviljar på Östermalm,

Ännu större skillnader kan man se för servicehusboendet. Här beviljas mest veckotimmar hemtjänst standardiserat för behov i Älvsjö (16,3 veckotimmar) och minst i Rinkeby -Kista (6,85 veckotimmar), d.v.s. nästan 60 procent mindre. Även Enskede-Årsta-Vantör, Skärholmen och Östermalm ligger högt, ca 13 veckotimmar, och Spånga-Tensta lågt, 9,5 veckotimmar.

Till den formella äldreomsorgen kommer den informella hjälp som omsorgstagarna får från make/maka/ barn och andra närstående. Diagram 4.7 visar andelen som får informell hjälp minst en gång per vecka per stadsdel.

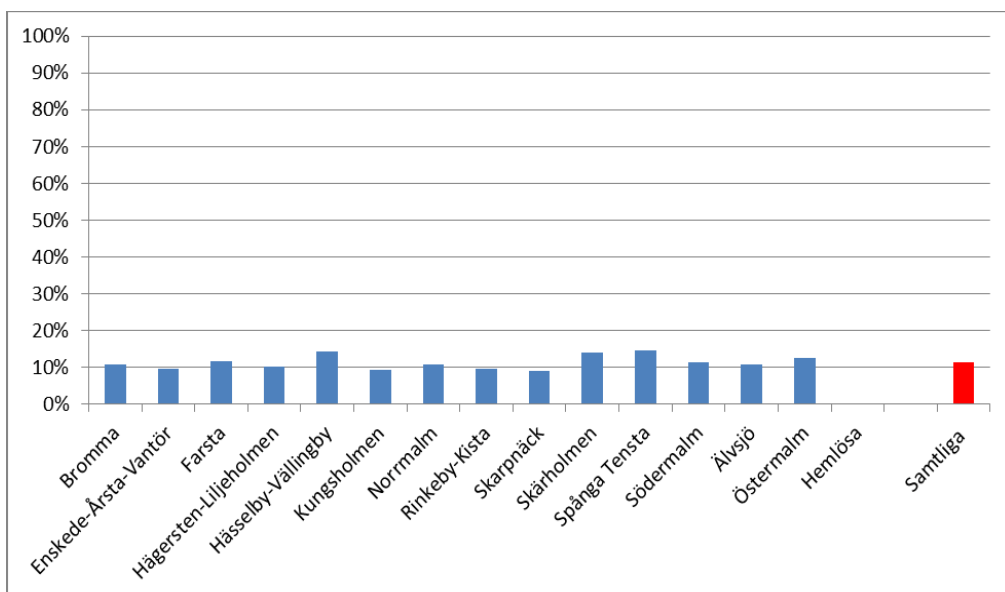
Diagram 4.7 Andel med informell hjälp minst en gång per vecka per stadsdel



Invandrarstadsdelarna Rinkeby-Kista och Spånga-Tensta har den klart högsta andelen omsorgstagare med informell hjälp, ca 60 procent, och innerstadsdelarna Kungsholmen, Norrmalm och Södermalm samt Hägersten-Liljeholmen de lägsta, omkring 40 procent. Det sociogeografiska mönstret är alltså här tydligt.

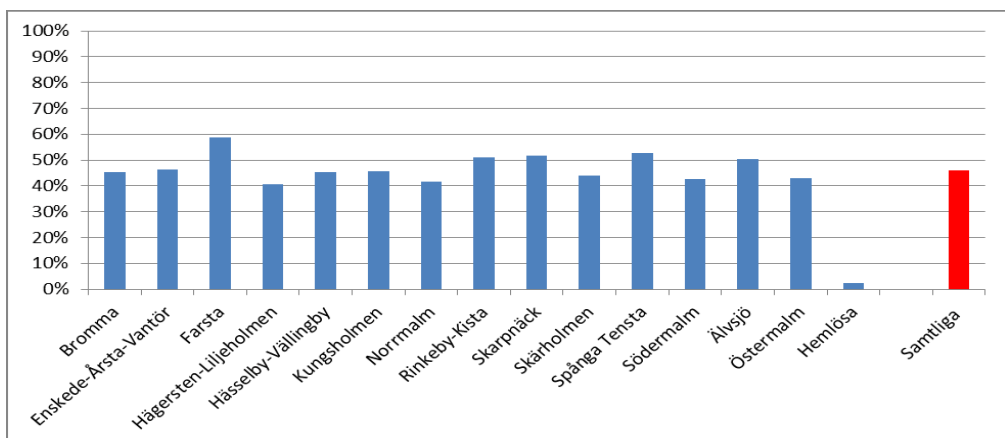
Andel som får hjälp av make/maka framgår av diagram 4.8. Här är andelarna mycket lägre och man ser inte alls samma tydliga mönster. Klart är att de hemlösa inte har någon make/maka att ta till. Bakgrunden till variationen ligger förmodligen i andelen som har en make/maka i livet, inte i benägenheten att bistå. Från SNAC-Kungsholmen är det bekant att en hög andel av dem med make/maka får hjälp av denna.

Diagram 4.8 Andel med informell hjälp av make/maka minst en gång per vecka per stadsdel



Barnen (motsvarande)⁶ är de viktigaste informella omsorgsgivarna. Detta framgår klart av nästa diagram 4.9 Knappt hälften av omsorgstagarna får sådan hjälp. Variationen följer i stort sett samma mönster som hjälp av någon, men med vissa avvikelser. Sålunda ligger Farsta här högt och invandrarskadedelarna sticker inte ut lika mycket.

Diagram 4.9 Andel med informell hjälp av barnen (motsv.) minst en gång per vecka per stadsdel

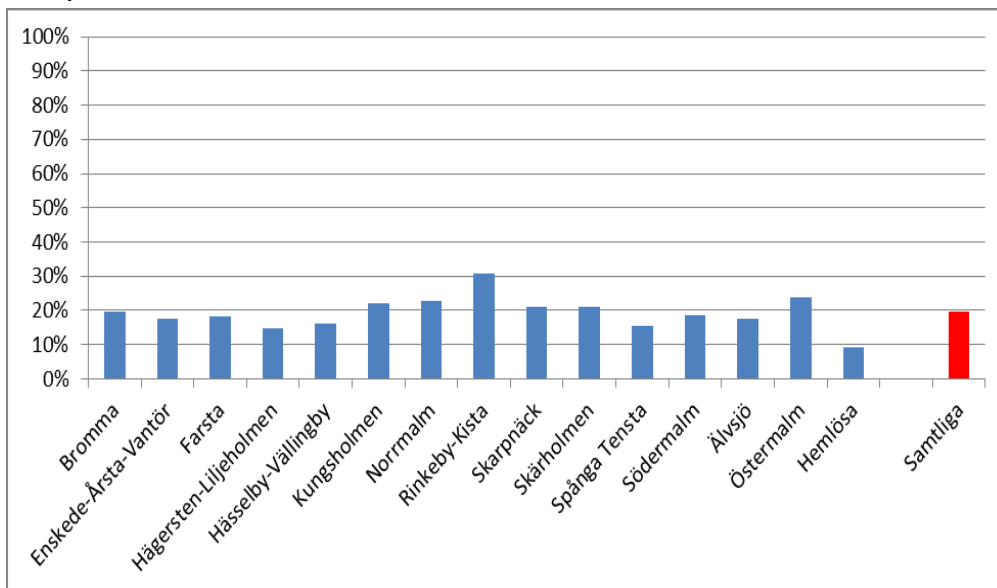


Hjälp av annan närstående person än make/maka eller barn förekommer i stor utsträckning men mindre vanligt än hjälp från ovan nämnda kategorier (diagram

⁶ Till kategoring ”barn” räknas barnens partner, d.v.s. svärsöner, svärdöttrar eller samboende

4.10). Invandrarstadsdelen Rinkeby-Kista ligger här betydligt över övriga stadsdelar. Även innerstadsdelarna Kungsholmen, Östermalm och Norrmalm har höga andelar med hjälp från annan person medan, förvånande nog, invandrarstadsdelen Spånga-Tensta har en låg andel.

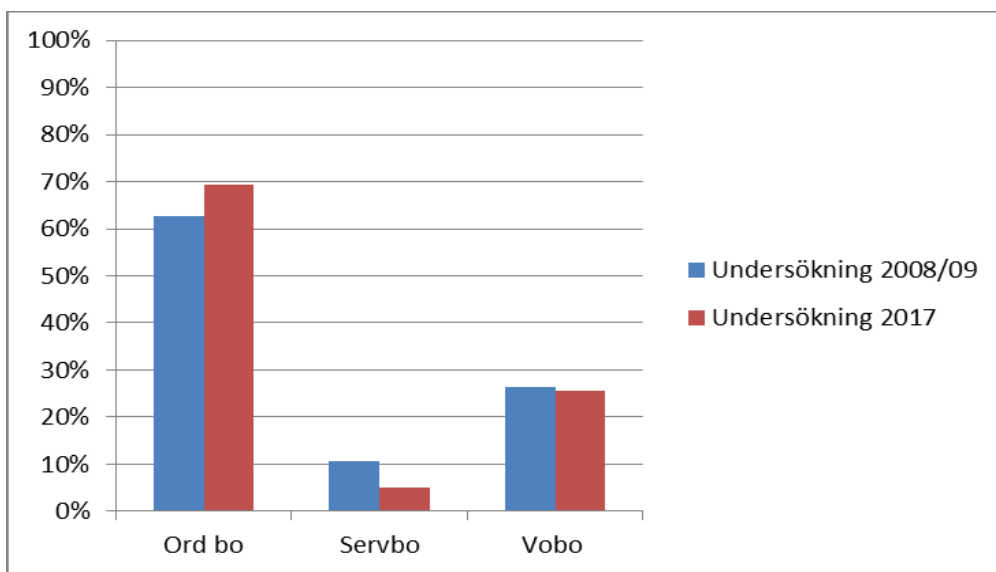
Diagram 4.10 Andel med informell hjälp av annan närstående person minst en gång per vecka per stadsdel



3.5 Jämförelse med resultatet från den föregående Stockholm-SNAC-undersökningen

Som nämndes i inledningen genomfördes den här aktuella undersökningen med väsentligen samma metodik som den undersökning som genomfördes i stadsdelarna åren 2008–2009. En viktig skillnad är dock att den förra undersökningen hade karaktären av en inventering vid en specifik tidpunkt medan i den andra behovsbedömningen var knuten till beslutstillfället. Med beaktande av denna skillnad kan det ändå ha intresse att jämföra resultaten mellan undersökningarna. Diagram 5.1 visar fördelningen på boendeform vid den föregående undersökningen och 2017 års undersökning.

Diagram 5.1. Fördelningen på boendeform vid den föregående undersökningen och vid årets undersökning.



Den stora skillnaden är servicehusboendet som halverats sedan den föregående undersökningen. Andelen i vård- och omsorgsboende är i stort sett oförändrat, omfördelningen har alltså skett till hemtjänst i det ordinära boendet.

Vid den föregående undersökningen noterades en ganska stor variation mellan stadsdelarna och detsamma gäller den nya undersökningen, men en beräkning av den statistiska spridningen visar en viss minskning. Spridningen är i båda undersökningarna helt klart störst i andelen med servicehusboende.

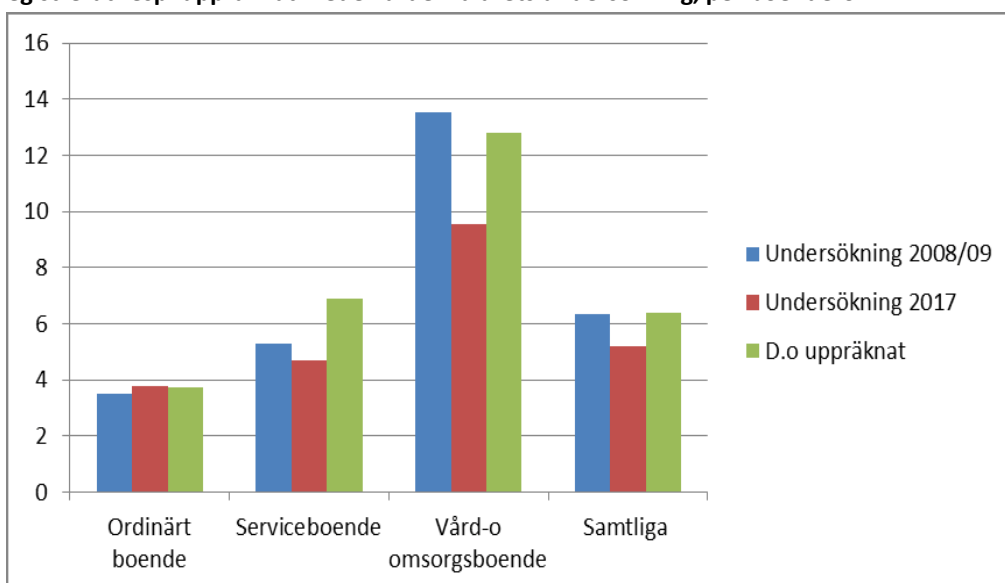
Det kan också vara värt att notera att spridningen inte minskar nämnvärt om man standardiserar för PADL-fördelningen per stadsdel (se diagram 4.3). Detta betyder att skillnader i behov (uttryckt som funktionsnedsättning) inte är förklaringen till skillnaderna mellan stadsdelarna i fördelningen på boendeform vare sig i den förra eller den nya undersökningen.

En annan fråga är om det skett någon förändring i omsorgstagarnas grad av funktionsnedsättning mellan undersökningarna. Denna fråga är svår att besvara beroende på förändringen i undersökningsmetod. Den nya undersökningen är som nämnts ovan baserad på bedömningar vid beslutstidpunkten och den tidigare undersökningen på läget vid undersökningstidpunkten (hösten 2008), den s.k. inventeringsmetoden. Detta gör stor skillnad för det särskilda boendet, eftersom där beslutet om tilldelning av plats kan ligga flera år tillbaka i tiden och personen kan ha försämrats avsevärt sedan dess. Genom jämförelse med SNACKungsholmen-undersökningen, som är baserad på

inventeringsmetoden, kan man uppskatta skillnaden. Denna skiljer sig mellan boendeformerna.

Ett övergripande mått på graden av funktionsnedsättning hos omsorgstagarna är SNAC-index (se sid.4), I det följande diagrammet presenteras per boendeform registrerade och uppräknade genomsnittsvärden på SNAC-index för den nya undersökningen och jämförs med motsvarande värden från de föregående.

Diagram 5.2 Medelvärdet för SNAC-index vid den föregående undersökningen samt registrerat resp. uppräknat medelvärde vid årets undersökning, per boendeform



Utan uppräkning verkar det som genomsnittligt SNAC-index fallit kraftigt för vård- och omsorgsboendet sedan den föregående undersökningen. För övriga boendeformer är det relativt oförändrat. Totalt blir det då en minskning. Det finns dock som nämnts ovan starka skäl att göra en uppräkning.

Baserar man denna på data från Kungsholmen blir resultatet en mindre minskning av index för vård- och omsorgsboendet och en kraftig ökning för servicehusboendet. Totalt blir det då index i stort sett oförändrat. Genom att antalet platser i servicehusboendet är relativt litet är dock den underliggande skattningen från SNAC-Kungsholmen för detta boende ganska osäker och därmed också uppräknningen för denna boendeform.

En uppräkning baserad på SNAC-index har svagheten att det är ganska stort bortfall genom att det saknas uppgift på inkontinens. Dessutom

skiljer andel med inkontinens starkt mellan undersökningarna, vilket ger misstanke om underrapportering. En annan grund för uppräknig, som inte är behäftad med dessa problem, är att basera den på antalet ADL-beroenden. Tabell 1 visar resultatet av en sådan uppräknig avseende medelvärdet av antalet ADL-beroenden. Bortfallet för denna variabel är betydligt lägre än för SNAC-index (4 - 9% beroende på boendeform).

Tabell 1. Uppräknig av medelvärdet för antal ADL-beroenden

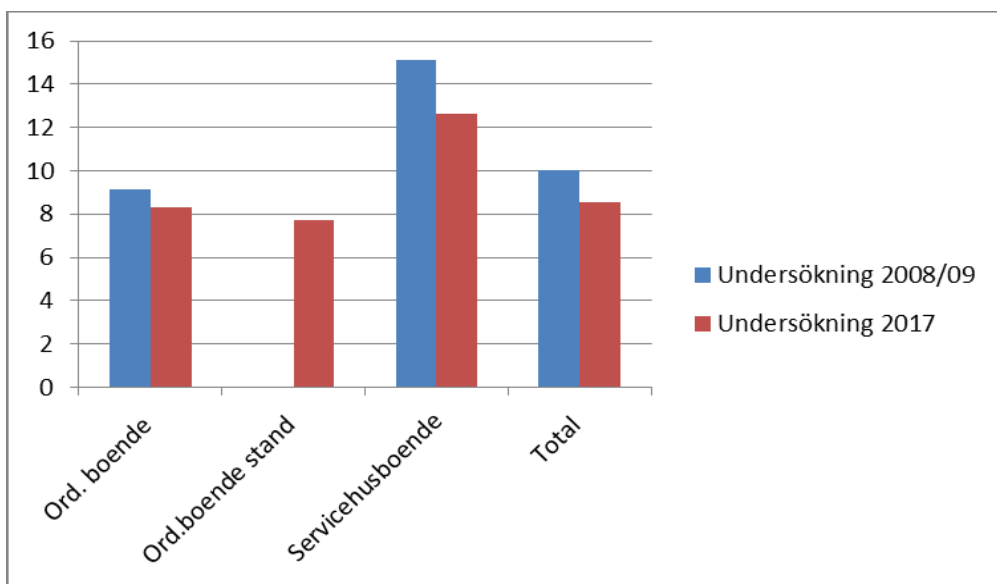
	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård- och omsorgsboende	Totalt
Sthlm SNAC 2008, tot.	1,329	2,138	3,908	2,100
Sthlm SNAC 2017, tot.	1,394	1,965	3,201	1,865
Sthlm SNAC 2017, Kh.	1,274	2,039	3,298	1,825
SNAC-Kungsholmen2017	1,439	2,228	3,951	2,224
Uppräknat SthlmSNAC 2017	1,575	2,147	3,835	2,273

Slutsatsen blir ungefär desamma som vid uppräknigen av SNAC-index, men säkrare eftersom inverkan av den ofullständiga inkontinensmätningen är eliminerad. Genomsnittlig funktionsnedsättning har mellan 2008 och 2017 ökat i ordinärt boende och är i stort sett oförändrad i servicehusboendet och vård- och omsorgsboendet. Totalt är det, efter uppräknig, en ökning med ca 1% per år.

En annan viktig fråga är om skillnaderna mellan stadsdelarna när det gäller omsorgstagarnas funktionsnedsättning ökat eller minskat sedan den föregående undersökningen. En beräkning av spridningen i genomsnittligt SNAC-index per boendeform vid den föregående och den nya undersökningen visar att spridningen ökat starkt i servicehusboendet, men minskat i övriga boendeformer och totalt (se tabell i tabellbilagen).

Insatserna av hemtjänst i det ordinära boendet och i servicehusboendet kan också jämföras mellan undersökningarna (diagram 5.3). Detta visar att det genomsnittliga antalet beviljade veckotimmar sjunkit i båda boendeformerna. En förklaring skulle kunna vara förändring i behoven uttryckt som graden av funktionsnedsättning bland omsorgstagarna. För det ordinära boendet är det möjligt att standardisera för fördelningen på PADL-grupper. För servicehusboendet är det inte möjligt av skäl som framhållits ovan. Som framgår av diagram 5.3 accentueras nedgången i antalet veckotimmar om man tar hänsyn till den förändrade PADL-grupp fördelningen.

Diagram 5.3 Genomsnittligt antal beviljade veckotimmar hemtjänst i ordinärt boende och serviceboende - undersökningen 2008/09 resp. 2017



4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER

Undersökningens syfte har varit att ställa insatserna av äldreomsorg, boendeform samt hemtjänst i ordinärt boende och i servicehusboende, i relation till behoven uttryckta som grad av funktionsnedsättning och jämföra stadsdelsnämnderna i Stockholm i detta avseende. Ett sätt att beskriva behoven är genom indelningen i PADL-grupper utgående från SNAC-index. De stora skillnaderna mellan de olika PADL-grupperna i valet av boendeform och omfattningen av insatserna av hemtjänst talar starkt för att detta är ett relevant sätt att beskriva vårdtagarnas behov med hög validitet.

En undersökning med samma syfte gjordes 2008/09. Den nya undersökningen har genomförts med samma metodik som den föregående Stockholm-SNAC med ett viktigt undantag. Uppgifterna är tagna från verksamhetssystemet Paraplyet och avser registreringen vid det senaste biståndsbeslutet (före 2017-03-01), inte som vid den föregående undersökningen det bedömda läget vid undersökningstidpunkten. Som framhållits ovan försvårar detta jämförelsen med den tidigare undersökningen. Detta påverkar dock inte den jämförande analysen av stadsdelsnämnderna

Metodiken är en förenklad variant av den som utvecklats i SNAC-studiens vårdsystemdel. Urvalet av variabler är avsett att fånga faktorer som är väsentliga vid bedömningen av behovet av insatser. Till skillnad från den tidigare undersökningen har denna undersökning genomförts utan att personalen varit direkt involverad. De använda uppgifterna var registrerade tidigare i samband med biståndsbedömningen.

Bortfallet är för de flesta variabler lågt, några få procent med undantag för inkontinens, särskilt avföringsinkontinens, där det var betydligt högre. Detta medför att bortfallet i SNAC-index, där avföringsinkontinens ingår, blir så stort som 25 procent. Detta bedöms dock inte påverka slutsatserna när det gäller skillnader i insatser givet behov i de olika stadsdelarna. Det i övrigt låga bortfallet och sambandet med biståndsbedömningen gör att resultaten allmänt sett bör bedömas som 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 undersökningsprotokoll med klara och så långt möjligt objektiva definitioner av de olika ingående variablerna och deras möjliga värden (se bilaga 1). Dessa variabler har provats (validerats) i en mångfald olika undersökningar under många år och verkar ge tillförlitliga, konsistenta resultat.

Undersökningen visar att beviljade insatser i äldreomsorgen har ett klart samband med behovet av stöd och hjälp som det beskrivs med graden av funktionsnedsättning. Sådållvåda fungerar uppenbart biståndsbedömningen bra. Men undersökningen visar också att det finns stora skillnader mellan stadsdelarna när det gäller hur personer på en viss behovsnivå tilldelas boendeform och hemtjänstinsatser. Detta är inte överraskande. Samma resultat kom fram i den föregående Stockholm-SNAC-undersökningen.

En del av skillnaderna har uppenbart ett samband med socioekonomiska och kulturella skillnader mellan stadsdelarna. Slående är den stora skillnaden i vårdtagarnas ålderssammansättning mellan innerstaden och de invandrantåta förortsstadsdelarna, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Skårholmen.

En jämförelse mellan könen visar vissa skillnader. De manliga omsorgstagarna är som genomsnitt något mer funktionsnedsatta än de kvinnliga. Detta förklaras av att männen i större utsträckning får sina omsorgsbehov tillgodosedda av maka och därmed som genomsnitt kommer in i äldreomsorgen på ett senare stadium. Även bland omsorgstagarna är det betydligt fler män än kvinnor som får hjälp av make/maka, vilket förstås sammanhånger med att många fler män än kvinnor har make/maka i livet. Omvänt får kvinnorna givet graden av funktionsnedsättning något mer insatser av formell omsorg än männen. Intressant är vidare att notera att kvinnorna får betydligt mer insatser från barnen än männen.

Den genomsnittliga behovsnivån bland omsorgstagarna, uttryckt genom SNACindex, skiljer sig en hel del mellan stadsdelarna. Genomsnittet för HågerstenLiljeholmen (4,64) ligger mer än 20 procent lägre än Farsta (5,71). Även när det gäller valet av boendeform finns det stora skillnader och dessa förklaras inte av skillnader i behov. Eftersom stadsdelarna fritt kan köpa platser från varandra kan inte detta bero på skillnader i tillgången på platser inom stadsdelen. Förklaringarna måste sökas på annat håll. En förklaring kan vara kulturell eller om man så vill sociogeografisk. Andelen som får informell omsorg är högst i invandrarstadsdelarna och där är också andelen omsorgstagare i ordinärt boende den högsta. Intressant nog är andelen som får hjälp av annan person än make/maka eller barn särskilt hög i dessa områden.

Resultaten visar vidare klart att det råder olika uppfattningar mellan stadsdelarna när det gäller tillämpningen av kommunala riktlinjer för handläggning av socialtjänstens äldreomsorg vid tilldelningen av servicehusboende. Andelen vårdtagare i servicehusboendet skiljer starkt och ändå mer skiljer de boendes sammansättning med avseende på grad av funktionsnedsättning. Någon gemensam uppfattning i staden om vem

som ska beviljas plats i servicehusboende finns uppenbart inte. I några stadsdelar är till och med omsorgstagarna i ordinärt boende som genomsnitt mer funktionsnedsatta än de som bor på servicehusen.

Med reservation för de problem som finns med att jämföra med den föregående undersökningen verkar det som att den genomsnittliga graden av funktionsnedsättning, mätt som medelvärdet av antalet ADL-beroende, ökat i ordinärt boende men är i stort sett oförändrad servicehusboendet och vård- och omsorgsboendet. Totalt har det efter uppräkningsökning ökat. Uppräkningen som är baserad på en jämförelse mellan beslutsbedömningar och inventering är förstas behäftad med osäkerhet, speciellt för servicehusboendet där antalet boende på Kungsholmen bara är något över 100 personer. Resultatet är logiskt om man tar i beaktande att strävan har varit att öka kvarboendet. Närmare analyser av befolknings- och platsförändring under perioden 2008–2017 behövs för att dra definitiva slutsatser om detta.

Skillnader mellan stadsdelarna kan liksom vid den föregående undersökningen konstateras när det gäller tilldelningen av veckotimmar hemtjänst. Det rör sig om 37 procent skillnad mellan högsta och lägsta stadsdel i genomsnittligt antal beviljade veckotimmar givet graden av funktionsnedsättning (PADL-grupp) i ordinärt boende, i servicehusboendet är motsvarande skillnad långt större, 158%. Skillnaderna har dock blivit mindre sedan den föregående undersökningen. Enligt denna beviljade den mest generösa stadsdelen 80 procent mer hemtjänsttimmar än den minst generösa. För servicehusboendet var skillnaderna av samma storleksordning som i årets undersökning.

En orsak till den minskade spridningen skulle kunna vara beräkningen av antalet referenstimmar i Paraplyets registreringssystem. Detta antal beräknas utifrån graden av funktionsnedsättning i olika avseenden baserat på ett stort antal tidigare ärenden. Antalet referenstimmar är inte avsett att vara styrande utan just bara tjäna som en referens.

En jämförelse stadsdelsvis mellan beviljade veckotimmar och antal referenstimmar visar att de flesta stadsdelarna ligger 20–35 procent över, men några stadsdelar (Farsta samt invandrar stadsdelarna Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta och Skärholmen) ligger genomsnittligt nära referensvärdet. De mest generösa stadsdelarna Östermalm och Hässelby-Vällingby ligger båda mer än 25 procent över referensen.

Graden av överensstämmelse mellan beviljade timmar och referensvärdet kan mätas genom den statistiska korrelationskoefficienten.⁷, som är ett

⁷ Korrelationskoefficienten är ett mått på sambandet mellan två variabler. Den går från -1, totalt negativt samband till +1, totalt positivt samband.

mått på sambandet mellan två variabler. Totalt för samtliga stadsdelar ligger denna på 0,67 för det ordinära boendet och 0,46 för servicehusboendet, d.v.s. följsamheten är betydligt större när det gäller att bevilja insatser i det ordinära boendet än för servicehusboendet. Detta är en indikation bland många på att servicehusen har tenderat att få ett speciellt klientel som inte passar in lika väl i det normala mönstret för sambandet funktionsnedsättning och insatser.

Korrelationen varierar en del mellan stadsdelarna. För det ordinära boendet är följsamheten högst för Farsta och Rinkeby-Kista (0,74) och lägst för Enskede-Årsta-Vantör och Hägersten-Liljeholmen (0,59). För servicehusboendet är variationen större, från 0,74 (Liljeholmen) till 0,10 (Östermalm). Detta understryker återigen att servicehusen utnyttjas på helt olika sätt i stadsdelarna.

Många av de fenomen och avvikelser som observerats i undersökningen kan ha ett samband med vartannat men det är inte alltid lätt att se. De största skillnaderna kan observeras när gäller servicehusboendet. Bland de stadsdelar som har mest servicehusboende, har Spånga-Tensta låg andel i både vård- och omsorgsboende och ordinärt boende och Enskede-Årsta-Vantör bara i vård- och omsorgsboende. Rinkeby-Kista, som också ligger lågt för servicehusboendet, har relativt låg andel i båda de övriga boendeformerna. Omvänt har Hägersten-Liljeholmen, Östermalm och Norrmalm, som alla har få servicehusplatser, hög andel i vård- och omsorgsboende, medan Skarpnäck som också har mycket få boende i servicehus i stället har hög andel i ordinärt boende.

Man kan förvänta sig ett samband mellan fördelningen på boendeformer och den genomsnittliga funktionsnedsättningen bland de boende i resp. boendeform, men inte heller detta är så lätt att se. Enskede-Årsta-Vantör och Spånga-Tensta, som båda har en hög andel i servicehusboende, skiljer sig dramatiskt när det gäller genomsnittligt SNAC-index för de boende, 6,01 respektive 2,26. Indexnivån skiljer sig som genomsnitt inte ifrån de stadsdelar som har låg andel i detta boende. Spånga-Tensta och Rinkeby-Kista ligger båda högt i det ordinära boendet, betydligt högre än för servicehusboendet. I Rinkeby-Kista är indexnivån dessutom låg i vård- och omsorgsboendet trots att andelen som bor där är relativt låg.

Som genomsnitt har de stadsdelar som har hög andel i servicehusboende, högre indexnivå i ordinärt boende än de med låg andel servicehusboende när man kanske skulle ha väntat sig det omvända. Indexnivån i vård- och omsorgsboendet är densamma i båda grupperna. Det bör dock noteras i gruppen med hög andel servicehusboende är indexnivån totalt högre, vilket antyder en högre tröskel för att få äldreomsorg i dessa stadsdelar.

För att skapa och fördela resurserna behövs planering och planeringen måste bygga på ett tillförlitligt underlag. Som underlag för biståndsbedömningen krävs en tydlig tillämpning av kommunala riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg, beslut om insatser och boendeform. Denna ska säkerställa att bedömningen blir rättvis och likställig så att samma behov ges samma insatser. Tillämpningen av riktlinjerna 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.

Att det kommunala självstyret leder till olikheter i tilldelning av hjälp och stöd över landet måste kanske accepteras. Det är svårare att se varför det ska skilja starkt mellan stadsdelsnämnderna i Stockholms stad och att tilldelningen av omsorg ska bero på var i staden man råkar bo. Detta trots att staden har kommunala riktlinjer för handläggning inom socialtjänstens äldreomsorg beslutade av kommunfullmäktige och en metodik för hur myndighetsutövningen ska tillämpas för att säkerställa en likställig äldreomsorg oavsett var man bor i staden. Genom att man på detta sätt mäter blir dock skillnaderna uppmärksammade och kan diskuteras och kanske åtgärdas.

De resultat som presenterats i denna rapport är bara en liten del av alla möjligheter till olika slag av analyser som undersökningens kan ge. De 19 000 registreringar, som undersökningen bygger på, representerar ett unikt material som ger stora möjligheter till analys av frågor med stor vikt för planering, ledning, styrning och uppföljning av äldreomsorgen i Stockholms stad. 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 information, som kan det göra möjligt att åstadkomma både ett effektivt resursutnyttjande och en god, rättvis och likställig äldreomsorg för stadens äldsta medborgare.

Bilaga 1. variabelförteckning

CIVILSTÅND

- 0 Ej Ifylld
- 1 Änka/änkling
- 2 Gift
- 3 Avliden
- 4 Reg.partner
- 5 Ogift
- 6 Frånskild

KÖN

- 1 Kvinna
- 2 Man

BOENDESTATUS

- 1 Ensamboende
- 2 Samboende make/maka eller annan person

BOENDEFORM

- 1 Ordinärt boende
- 2 Särskilt boende utan heldygnsomsorg
 - Särskilt boende med heldygnsomsorg vård och omsorgsboende, 3
 - profilboende, HVB-hem

BEVILJADINSATS

- 0 Övriga insatser: Någon annan insatstyp
- 1 Hemtjänst i ordinärt boende
- 2 Servicehus med eller utan hemtjänst
- 3 Särskilt boende med heldygnsomsorg

HÄRKOMST

- 1 Ej svar
- 2
- 3 Norden

- 4 Utanför Norden

RÖRELSEHINDER

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant
- 3 Inga rörelsehinder
- 4 Kan gå utomhus med hjälpmedel käpp, rollator och klarar mindre trappor
- 5 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
- 6 Beroende av levande städ och/eller rullstolsburen och ej i stånd att själv manövrera denna eller ta sig i och ur eller sängbunden

URININKONTINENS

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant Inga problem med urininkontinens, KAD som man sköter själv räknas
- 3 som kontinent
- 4 Lätt inkontinent misslyckas ibland
- 5 Svårt inkontinent misslyckas ofta
- 6 Ständigt inkontinent eller har KAD som man inte kan sköta själv

AVFÖRINGSINKONTINENS

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant Inga problem med avföringskontinens, Colostomi som man skötar själv räknas
- 3 som kontinent
- 4 Lätt inkontinent misslyckas ibland
- 5 Svårt inkontinent misslyckas ofta
- 6 Ständigt inkontinent

OTRYGGHET

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant
- 3 Inga besvär med oro och otrygghet
- 4 Lätta eller tillfälliga besvär med oro och otrygghet
- 5 Periodvis svåra besvär med oro och otrygghet
- 6 Ständigt svåra invalidiserande besvär med oro och otrygghet

NEDSTÄMDHET

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant
- 3 Inga besvär med nedstämdhet
- 4 Lätta eller tillfälliga besvär med nedstämdhet
- 5 Periodvis svåra besvär med nedstämdhet
- 6 Ständigt svåra invalidiserande besvär med nedstämdhet

KOGNITIV NEDSÄTTNING

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant
- 3 Inga minnessvårigheter
- 4 Vissa minnessvårigheter, ibland något oklar och förvirrad

5 Påtagliga minnessvårigheter, ofta oklar och förvirrad

6 Helt glömsk, ständigt mycket oklar och förvirrad

BAD/DUSCH

1 Ej svar

2 Frågan är inte relevant 3 Oberoende = att ta 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

4 Delvis beroende = får tvätthjälp med ryggen

5 Beroende = får hjälp att ta sig till tvättplats eller vatten framburet, tillsyn i dusch, hjälp med fötter och/eller underlivet alternativt total hjälp

KLÄDSEL

1 Ej svar

2 Frågan är inte relevant 3 Oberoende = hämtar själv kläder, klär på och av sig även ytterkläder, skor och strumpor knutande av skor får undvikas

4 Delvis beroende = får hjälp att ta på sig strumpor och ev. att knyta skor

5 Beroende = får hjälp att hämta kläder, eller med på/avklädning, eller förblir ofullständigt klädd eller total hjälp

TOALETTBESÖK

1 Ej svar

2 Frågan är inte relevant 3 Oberoende = kan själv utan hjälp göra detta, kan själv med stöd av hjälpmedel t ex käpp, gåstol, rollator etc

4 Delvis beroende = får hjälp att ta sig till toaletten/toalettstol eller med nattkärl

5 Beroende = får hjälp/övervakning, kan inte ta sig till toaletten eller använder bäcken, inkoninensskydd eller mobil toalettstol

FÖRFLYTTNING

1 Ej svar

2 Frågan är inte relevant 3 Oberoende = kan själv utan hjälp, kan själv med stöd av hjälpmedel t ex käpp, gåstol, sängstol etc

4 Delvis beroende = får hjälp av en annan person, obs inte två personer

5 Beroende = sängbunden, kan eller får inte lämna sängen, eller behöver lyftas av två personer

FÖDOINTAG

1 Ej svar

2 Frågan är inte relevant

3 Oberoende = kan själv föra maten in i munnen och sväljer

4 Delvis beroende = hjälp med att skära maten, öppna förpackningar

Beroende = hjälp med att få in maten i munnen, sondmatas eller har
5 näringsdropp

OMVÅRDNAD AV ANNAN PERSON

- 1 Ej svar
- 2 Frågan är inte relevant
- 3 Aldrig
- 4 Hjälp mindre än en gång i veckan
- 5 Hjälp en eller flera gånger i veckan
- 6 Hjälp dagligen

VEMMAKE

- 1 J
- 2 N

VEMBARN

- 1 J
- 2 N

VEMANNAN

- 1 J

2 N

Bilaga 2. Tabellsammanställning

Tabell 1. Fördelning på PADL-grupper, procent

	PADL-grp 1	PADL-grp 2	PADL-grp 3	PADL-grp 4	PADL-grp 5
Bromma	25,8	44,1	20,4	7,9	1,9
Enskede-Årsta-Vantör	28,6	45,7	18,2	6,1	1,4
Farsta	25,4	45,0	18,0	10,2	1,4
Hägersten-Liljeholmen	34,6	43,9	15,3	5,9	0,4
Hässelby-Vällingby	27,3	45,7	18,1	7,6	1,4
Kungsholmen	25,7	47,3	20,0	6,3	0,9
Norrmalm	26,5	50,5	15,9	6,6	0,5
Rinkeby-Kista	24,9	50,2	17,5	6,8	0,6
Skarpnäck	32,1	46,7	15,1	5,3	0,8
Skärholmen	24,7	47,9	17,7	8,6	1,1
Spånga Tensta	30,1	44,8	16,8	7,3	1,0
Södermalm	28,6	46,9	16,5	6,9	1,0
Älvsjö	31,2	44,2	17,8	6,4	0,5
Östermalm	27,5	44,0	19,6	8,3	0,7
Hemlösa	25,8	58,1	12,9	3,2	0,0
Samtliga	27,9	46,1	17,7	7,2	1,0

Tabell 2. Fördelning på boendeform, totalt, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-o omsorgsboende
Bromma	70,0	3,9	26,1
Enskede-Årsta-Vantör	67,5	11,2	21,3
Farsta	67,3	4,3	28,4
Hägersten-Liljeholmen	69,4	2,2	28,4
Hässelby-Vällingby	71,2	4,7	24,1
Kungsholmen	67,2	6,0	26,7
Norrmalm	70,2	1,8	28,0
Rinkeby-Kista	67,3	8,4	24,3
Skarpnäck	73,9	1,9	24,2
Skärholmen	72,8	4,1	23,1
Spånga Tensta	63,1	14,1	22,7
Södermalm	71,0	4,7	24,4
Älvsjö	70,4	6,0	23,5
Östermalm	70,1	1,5	28,4

Hemlösa	7,0	18,6	74,4
---------	-----	------	------

Samtliga	69,4	5,1	25,5
----------	------	-----	------

Tabell 3. Fördelning på boendeform, PADL-grp 1, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende
Bromma	91,2	3,2	5,7
Enskede-Årsta-Vantör	91,9	6,5	1,6
Farsta	91,5	3,3	5,2
Hägersten-Liljeholmen	91,5	3,1	5,3
Hässelby-Vällingby	94,2	3,5	2,3
Kungsholmen	93,2	5,3	1,5
Norrmalm	92,0	2,5	5,5
Rinkeby-Kista	81,5	14,8	3,7
Skarpnäck	95,5	1,6	2,9
Skärholmen	92,0	2,5	5,6
Spånga Tensta	66,0	28,9	5,1
Södermalm	95,4	2,7	1,9
Älvsjö	96,8	3,3	0,0
Östermalm	94,5	1,4	4,1
Hemlösa	12,5	25,0	62,5
Samtliga	91,6	4,8	3,6

Tabell 4. Fördelning på boendeform, PADL-grp 2, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende
Bromma	81,0	4,4	14,7
Enskede-Årsta-Vantör	71,8	11,6	16,6
Farsta	79,4	5,3	15,3
Hägersten-Liljeholmen	73,8	2,5	23,7
Hässelby-Vällingby	76,6	5,6	17,9
Kungsholmen	73,9	8,4	17,8
Norrmalm	76,0	2,1	21,9
Rinkeby-Kista	73,1	7,3	19,6
Skarpnäck	80,3	2,8	16,9
Skärholmen	79,0	4,5	16,6

Spånga Tensta	75,4	12,1	12,5
Södermalm	75,2	6,6	18,2
Älvsjö	76,4	9,2	14,4
Östermalm	79,0	1,7	19,3
Hemlösa	5,6	33,3	61,1
Samtliga	76,2	5,9	17,9

Tabell 5. Fördelning på boendeform, PADL-grp 3, procent

	Ordinärt boende	Servicehus- boende	Vård-o omsorgsboende
Bromma	44,8	3,6	51,9
Enskede-Årsta-Vantör	39,2	14,8	46,0
Farsta	38,0	7,3	54,7
Hägersten-Liljeholmen	35,5	2,1	62,4
Hässelby-Vällingby	56,1	5,7	38,2
Kungsholmen	38,7	6,8	54,6
Norrmalm	49,6	0,8	49,6
Rinkeby-Kista	49,1	6,1	44,7
Skarpnäck	41,7	0,9	57,4
Skärholmen	60,3	2,6	37,1
Spånga Tensta	51,7	4,6	43,7
Södermalm	46,1	4,7	49,2
Älvsjö	35,7	8,6	55,7
Östermalm	49,4	1,5	49,0
Hemlösa	0,0	0,0	100,0
Samtliga	45,2	5,3	49,5

Tabell 6. Fördelning på boendeform, PADL-grp 4, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-o omsorgsboende
Bromma	27,9	1,2	70,9
Enskede-Årsta-Vantör	30,0	13,8	56,3
Farsta	27,3	0,8	72,0
Hägersten-Liljeholmen	18,5	1,9	79,6

Hässelby-Vällingby	30,2	6,3	63,5
Kungsholmen	36,9	0,0	63,1
Norrmalm	38,0	0,0	62,0
Rinkeby-Kista	54,6	4,6	40,9
Skarpnäck	27,5	0,0	72,5
Skärholmen	39,3	5,4	55,4
Spånga Tensta	47,4	2,6	50,0
Södermalm	24,5	2,0	73,5
Älvsjö	28,0	4,0	68,0
Östermalm	30,3	0,9	68,8
Hemlösa	0,0	0,0	100,0

Samtliga	31,0	3,0	66,0
----------	------	-----	------

Tabell 7. Fördelning på boendeform, PADL-grp 5, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-o omsorgsboende
Bromma	19,1	0,0	81,0
Enskede-Årsta-Vantör	16,7	5,6	77,8
Farsta	50,0	0,0	50,0
Hägersten-Liljeholmen	25,0	0,0	75,0
Hässelby-Vällingby	29,4	0,0	70,6
Kungsholmen	0,0	0,0	100,0
Norrmalm	25,0	0,0	75,0
Rinkeby-Kista	75,0	0,0	25,0
Skarpnäck	50,0	0,0	50,0
Skärholmen	42,9	0,0	57,1
Spånga Tensta	60,0	0,0	40,0
Södermalm	0,0	4,6	95,5
Älvsjö	0,0	0,0	100,0
Östermalm	0,0	0,0	100,0
Hemlösa			

Samtliga	24,0	1,4	74,7
----------	------	-----	------

Tabell 8. Medelålder per stadsdel

	Ordinärboend	Servicehusboende	Vård-omsorgsboend	Totalt
Bromma	85,18	82,61	87,29	85,63
Enskede-Årsta-Vantör	84,33	86,19	86,42	84,99
Farsta	84,80	88,44	86,80	85,53
Hägersten-Liljeholmen	84,26	88,87	86,25	84,93
Hässelby-Vällingby	84,22	88,46	86,58	84,99
Kungsholmen	84,81	86,05	86,82	85,42
Norrmalm	84,17	82,86	84,85	84,34
Rinkeby-Kista	79,56	83,17	83,67	80,86
Skarpnäck	83,45	85,61	85,67	84,03
Skärholmen	82,99	84,85	84,72	83,46
Spånga Tensta	82,38	84,08	85,41	83,31
Södermalm	83,70	85,88	85,42	84,22
Älvsjö	84,78	87,29	86,28	85,28
Östermalm	85,35	87,77	88,04	86,15
Hemlösa	72,00	75,13	72,66	73,07
Samtliga	84,10	86,15	86,14	84,71

Tabell 9. Andel 85 år och äldre

	Ordinärtboende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	59,6	45,8	68,1	61,3
Enskede-Årsta-Vantör	56,7	65,4	64,0	59,2
Farsta	56,8	72,1	68,3	60,7
Hägersten-Liljeholmen	54,9	77,4	60,4	57,0
Hässelby-Vällingby	55,3	72,8	66,8	58,8
Kungsholmen	55,1	58,0	60,3	56,6
Norrmalm	52,9	40,9	57,4	53,9
Rinkeby-Kista	27,6	45,5	50,0	34,5
Skarpnäck	52,2	61,1	58,2	53,8
Skärholmen	46,4	54,6	58,3	49,4
Spånga Tensta	42,8	47,8	56,8	46,7

Södermalm	50,8	67,2	58,3	53,4
Älvsjö	57,5	67,7	64,5	59,7
Östermalm	58,0	65,4	70,1	61,5
Hemlösa	0,0	12,5	3,1	4,7
Samtliga	53,3	60,9	62,1	55,9

Tabell 10. Andel kvinnor, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	74,9	42,4	74,1	73,4
Enskede-Årsta-Vantör	71,8	65,8	70,5	70,9
Farsta	71,6	66,2	72,4	71,6
Hägersten-Liljeholmen	73,2	71,0	69,9	72,2
Hässelby-Vällingby	68,0	69,1	70,4	68,6
Kungsholmen	74,5	64,2	70,7	72,8
Norrmalm	71,9	45,5	71,1	71,2
Rinkeby-Kista	72,1	74,2	61,1	69,6
Skarpnäck	70,5	50,0	67,8	69,5
Skärholmen	67,7	66,7	68,5	67,9
Spånga Tensta	71,5	72,8	63,5	69,9
Södermalm	69,7	70,3	72,0	70,3
Älvsjö	69,6	54,8	73,6	69,7
Östermalm	72,1	80,8	76,3	73,4
Hemlösa	0,0	0,0	15,6	11,6
Samtliga	71,4	65,3	70,7	70,9

Tabell 11. Andel ensamboende, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	84,4	84,8	81,2	83,6
Enskede-Årsta-Vantör	81,0	86,8	82,4	81,9
Farsta	79,4	83,8	79,6	79,7
Hägersten-Liljeholmen	84,9	96,8	82,2	84,4
Hässelby-Vällingby	74,9	88,9	79,1	76,6
Kungsholmen	85,7	92,6	86,6	86,3
Norrmalm	83,3	86,4	84,6	83,7

Rinkeby-Kista	73,4	77,3	77,4	74,7
Skarpnäck	84,0	100,0	88,6	85,4
Skärholmen	73,7	78,8	78,1	74,9
Spånga Tensta	65,2	85,9	75,7	70,5
Södermalm	84,3	85,2	80,1	83,3
Älvsjö	82,3	87,1	72,7	80,4
Östermalm	82,2	80,8	81,4	82,0
Hemlösa	100,0	100,0	96,9	97,7
		86,4	81,4	81,4
Samtliga	81,0			

Tabell 12. Andel med utomnordisk härkomst, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	5,7	7,6	3,7	5,3
Enskede-Årsta-Vantör	12,9	10,0	7,5	11,4
Farsta	9,3	4,4	7,5	8,6
Hägersten-Liljeholmen	6,6	3,2	6,9	6,6
Hässelby-Vällingby	12,1	7,9	5,5	10,5
Kungsholmen	5,8	5,7	7,4	6,2
Norrmalm	8,9	0,0	8,7	8,7
Rinkeby-Kista	56,1	34,9	32,8	48,7
Skarpnäck	12,9	0,0	10,4	12,1
Skärholmen	30,9	9,1	15,0	26,3
Spånga Tensta	33,7	16,5	24,4	29,3
Södermalm	5,7	6,5	6,7	6,0
Älvsjö	5,7	3,5	6,6	5,8
Östermalm	7,8	4,2	5,8	7,2
Hemlösa	0,0	12,5	10,7	10,5
		9,9	8,9	11,4
Samtliga	12,5			

Tabell 13. Andel med minst ett ADL-beroende, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	57,4	66,7	93,1	66,9

Enskede-Årsta-Vantör	53,0	82,8	88,2	63,6
Farsta	53,1	71,6	88,2	63,4
Hägersten-Liljeholmen	49,9	60,0	84,6	60,0
Hässelby-Vällingby	54,0	68,4	88,0	62,0
Kungsholmen	50,7	75,0	91,9	62,4
Norrmalm	57,6	55,0	84,1	64,7
Rinkeby-Kista	69,3	47,6	87,9	71,8
Skarpnäck	54,0	72,2	87,6	62,3
Skärholmen	63,5	80,0	85,1	68,9
Spånga Tensta	67,6	38,2	84,3	67,0
Södermalm	48,5	72,2	90,0	59,5
Älvsjö	49,9	83,9	88,9	60,4
Östermalm	56,5	69,2	92,0	66,2
Hemlösa	66,7	50,0	50,0	51,4
		72,5	88,4	63,6
Samtliga	54,6			

Tabell 14. Andel beroende i samtliga ADL, procent

	Ordinärt boende	Servicehus-boende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	6,9	5,6	38,6	15,0
Enskede-Årsta-Vantör	6,7	21,4	35,0	14,3
Farsta	7,3	16,4	32,4	14,5
Hägersten-Liljeholmen	4,8	6,7	31,1	12,3
Hässelby-Vällingby	8,7	18,4	32,6	14,3
Kungsholmen	6,5	13,2	32,0	13,2
Norrmalm	6,4	0,0	27,9	12,0
Rinkeby-Kista	11,1	9,5	32,4	16,1
Skarpnäck	4,4	5,6	28,1	10,0
Skärholmen	7,1	13,3	33,3	13,1
Spånga Tensta	9,8	3,4	30,6	13,4

Södermalm	5,3	8,1	34,0	12,2
Älvsjö	6,8	9,7	28,0	11,8
Östermalm	8,8	11,5	35,7	15,9
Hemlösa	0,0	12,5	0,0	2,9
Samtliga	6,9	12,6	32,8	13,5

Tabell 15. Andelen svårt eller mkt svårt kognitivt nedsatta, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	9,3	3,6	49,5	19,5
Enskede-Årsta-Vantör	8,5	8,0	54,4	18,2
Farsta	10,7	4,6	58,6	23,3
Hägersten-Liljeholmen	5,6	10,3	44,0	16,4
Hässelby-Vällingby	11,3	2,6	54,5	20,3
Kungsholmen	6,9	3,9	44,7	16,4
Norrmalm	10,2	5,0	42,3	18,9
Rinkeby-Kista	7,9	4,8	36,0	14,3
Skarpnäck	6,5	5,9	40,2	14,4
Skärholmen	8,1	6,7	51,1	16,0
Spånga Tensta	12,5	4,5	50,4	19,6
Södermalm	7,8	2,5	53,3	18,4
Älvsjö	8,7	3,3	55,9	19,1
Östermalm	7,5	0,0	41,4	16,5
Hemlösa	0,0	12,5	35,7	28,2
Samtliga	8,6	5,0	48,7	18,3

Tabell 16. Andelen med svåra eller mkt svåra rörelsehinder, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	35,1	36,9	65,7	43,1
Enskede-Årsta-Vantör	33,2	60,5	51,7	40,1
Farsta	32,5	60,6	57,0	40,4
Hägersten-Liljeholmen	29,3	40,0	55,0	36,7
Hässelby-Vällingby	32,3	55,1	57,1	38,8
Kungsholmen	39,0	50,0	59,1	44,7
Norrmalm	40,1	31,8	54,3	43,9
Rinkeby-Kista	36,1	33,9	54,1	40,2
Skarpnäck	30,0	44,4	54,5	36,1
Skärholmen	38,7	37,5	53,0	41,9
Spånga Tensta	34,7	16,9	57,9	37,3
Södermalm	35,5	56,0	56,7	41,5
Älvsjö	30,5	58,1	49,6	36,5
Östermalm	37,5	57,7	60,3	43,9
Hemlösa	0,0	12,5	13,8	12,5
Samtliga	34,7	48,4	56,5	40,8

Tabell 17. Andelen med svår eller mkt svår urininkontinens, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	11,0	20,4	39,6	19,1
Enskede-Årsta-Vantör	11,1	18,2	28,0	15,6
Farsta	14,4	19,4	41,9	21,9
Hägersten-Liljeholmen	7,4	15,4	34,1	15,1
Hässelby-Vällingby	12,2	17,1	38,0	18,1
Kungsholmen	10,2	13,7	29,8	15,4
Norrmalm	12,1	15,8	27,9	16,5
Rinkeby-Kista	18,5	12,7	33,1	21,4
Skarpnäck	10,2	5,9	32,0	15,1
Skärholmen	13,0	19,2	26,8	16,3
Spånga Tensta	11,1	4,8	30,9	14,4
Södermalm	9,7	16,5	32,2	15,5

Älvsjö	12,5	16,1	34,6	17,8
Östermalm	10,5	9,1	30,9	16,0
Hemlösa	33,3	0,0	19,2	16,2

		15,2	33,2	17,0
Samtliga	11,4			

Tabell 18. Andelen med svår eller mkt svår avföringsinkontinens, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	3,6	2,4	17,3	7,0
Enskede-Årsta-Vantör	3,1	9,3	15,2	6,3
Farsta	5,3	1,6	14,7	7,6
Hägersten-Liljeholmen	1,2	0,0	16,1	5,1
Hässelby-Vällingby	3,7	7,5	18,2	6,5
Kungsholmen	2,7	0,0	12,5	5,0
Norrmalm	3,6	0,0	12,0	5,6
Rinkeby-Kista	5,6	1,6	8,4	5,9
Skarpnäck	2,7	0,0	12,4	4,7
Skärholmen	4,3	3,7	9,4	5,4
Spånga Tensta	3,9	0,0	13,3	5,2
Södermalm	2,7	3,6	16,3	5,9
Älvsjö	4,4	7,1	15,3	6,8
Östermalm	3,4	4,8	16,5	6,8
Hemlösa	0,0	0,0	8,3	5,9

		3,9	14,6	6,1
Samtliga	3,5			

Tabell 19. Medelvärde SNAC-index

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	3,95	4,33	10,48	5,64
Enskede-Årsta-Vantör	3,60	6,01	9,63	5,12
Farsta	4,03	5,13	10,28	5,71
Hägersten-Liljeholmen	2,96	3,75	8,58	4,49
Hässelby-Vällingby	4,11	5,63	9,88	5,43
Kungsholmen	3,75	4,72	9,52	5,23
Norrmalm	3,85	3,00	8,36	4,96
Rinkeby-Kista	4,54	3,70	8,24	5,26

Skarpnäck	3,37	3,27	9,25	4,64
Skärholmen	4,34	5,50	9,34	5,44
Spånga Tensta	4,46	2,26	9,18	5,00
Södermalm	3,42	4,81	9,78	4,96
Älvsjö	3,40	5,56	9,90	4,92
Östermalm	3,90	4,65	9,78	5,41
Hemlösa	3,00	2,75	4,67	4,06

		4,67	9,54	5,19
Samtliga	3,78			

Tabell 20. Medelvärde Katz index

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	2,63	3,13	5,25	3,30
Enskede-Årsta-Vantör	2,44	4,04	4,71	3,07
Farsta	2,51	3,56	4,81	3,14
Hägersten-Liljeholmen	2,26	2,60	4,46	2,88
Hässelby-Vällingby	2,66	3,51	4,66	3,11
Kungsholmen	2,38	3,26	4,86	3,01
Norrholm	2,57	2,55	4,39	3,04
Rinkeby-Kista	3,04	2,32	4,50	3,32
Skarpnäck	2,33	2,88	4,60	2,87
Skärholmen	2,91	3,34	4,63	3,30
Spånga Tensta	3,10	1,93	4,75	3,28
Södermalm	2,27	3,09	4,78	2,88
Älvsjö	2,48	3,85	4,76	3,04
Östermalm	2,71	3,40	4,95	3,30
Hemlösa	3,00	2,13	2,50	2,45
		3,23	4,73	3,09
Samtliga	2,53			

Tabell 21. Andel med svår eller mkt svår otrygghet, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	10,0	25,0	39,5	18,6
Enskede-Årsta-Vantör	10,8	24,1	44,4	19,3
Farsta	11,0	14,1	39,8	18,9
Hägersten-Liljeholmen	9,9	20,7	30,7	16,0

Hässelby-Vällingby	15,3	30,3	43,9	22,2
Kungsholmen	10,7	21,3	41,2	19,1
Norrmalm	11,9	35,0	33,1	18,3
Rinkeby-Kista	12,0	15,6	34,1	17,6
Skarpnäck	10,0	22,2	32,2	15,4
Skärholmen	11,9	20,0	44,5	19,6
Spånga Tensta	8,3	18,5	27,3	13,9
Södermalm	9,6	16,3	47,0	18,9
Älvsjö	11,0	20,0	41,7	18,6
Östermalm	8,3	26,1	36,6	16,1
Hemlösa	0,0	12,5	40,0	30,6

		21,3	39,3	18,3
Samtliga	10,7			

Tabell 22. Andel med svår eller mkt svår nedstämdhet, procent

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Vård-omsorgsboende	Totalt
Bromma	11,2	26,9	24,1	15,1
Enskede-Årsta-Vantör	12,4	23,5	28,1	16,6
Farsta	11,3	23,8	21,5	14,5
Hägersten-Liljeholmen	10,6	14,8	22,9	14,0
Hässelby-Vällingby	14,7	35,3	28,5	18,2
Kungsholmen	10,0	18,7	26,4	14,2
Norrmalm	18,0	35,0	30,0	21,5
Rinkeby-Kista	14,3	15,9	24,9	16,9
Skarpnäck	11,4	26,7	20,6	13,8
Skärholmen	12,0	16,7	27,7	15,8
Spånga Tensta	10,4	18,4	17,9	13,1
Södermalm	9,3	12,5	29,4	14,1
Älvsjö	10,2	17,2	30,1	14,1
Östermalm	8,0	20,8	19,3	11,1
Hemlösa	0,0	14,3	16,7	15,2
Samtliga	11,5	20,3	25,2	15,2

Tabell 23. Genomsnittligt antal tim. hemtjänst

A. PADL-grp 1

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	2,96	7,43	3,08
Enskede-Årsta-Vantör	3,52	9,77	3,92

Farsta	2,35	11,30	2,67
Hägersten-Liljeholmen	3,39	8,86	3,53
Hässelby-Vällingby	3,61	10,20	3,85
Kungsholmen	2,77	8,80	3,03
Norrmalm	2,75	4,75	2,80
Rinkeby-Kista	2,74	2,54	2,72
Skarpnäck	3,36	7,67	3,42
Skärholmen	2,70	7,67	2,81
Spånga Tensta	2,93	4,85	3,35
Södermalm	2,76	4,07	2,79
Älvsjö	3,73	13,50	4,07
Östermalm	3,31	9,00	3,38
Hemlösa	1,00	-	1,00

Samtliga	3,06	7,30	3,23
----------	------	------	------

B. PADL-grp 2

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	8,17	11,06	8,29
Enskede-Årsta-Vantör	9,07	12,39	9,51
Farsta	6,79	11,63	7,06
Hägersten-Liljeholmen	9,43	8,78	9,41
Hässelby-Vällingby	9,27	11,78	9,45
Kungsholmen	7,17	12,86	7,70
Norrmalm	8,31	11,88	8,41
Rinkeby-Kista	8,02	6,35	7,91
Skarpnäck	9,34	8,22	9,30
Skärholmen	7,58	12,82	7,81
Spånga Tensta	7,26	8,04	7,35
Södermalm	7,74	13,26	8,12
Älvsjö	7,49	14,31	8,24
Östermalm	9,80	14,30	9,90
Hemlösa	6,00	8,33	7,75

Samtliga	8,29	11,71	8,51
----------	------	-------	------

C. PADL-grp 3

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	17,01	16,75	16,99
Enskede-Årsta-Vantör	17,11	16,94	17,06
Farsta	16,70	18,80	17,00
Hägersten-Liljeholmen	19,38	17,67	19,28
Hässelby-Vällingby	17,40	16,92	17,36
Kungsholmen	18,14	15,77	17,81
Norrmalm	17,56	17,00	17,55
Rinkeby-Kista	17,64	13,83	17,27
Skarpnäck	21,48	27,00	21,59
Skärholmen	14,73	21,33	15,00
Spånga Tensta	14,76	17,00	14,85
Södermalm	18,38	17,06	18,26
Älvsjö	16,56	25,00	17,97
Östermalm	21,21	19,00	21,14
Hemlösa			

		17,49	17,86
Samtliga	17,90		

D. PADL-grp 4 – 5

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	31,29	20,00	30,90
Enskede-Årsta-Vantör	24,22	27,91	25,29
Farsta	27,11	8,00	26,70
Hägersten-Liljeholmen	24,45	25,00	24,50
Hässelby-Vällingby	22,97	19,67	22,46
Kungsholmen	20,08		20,08
Norrmalm	25,25		25,25
Rinkeby-Kista	23,04	9,50	22,10
Skarpnäck	28,50		28,50
Skärholmen	23,17	18,33	22,63
Spånga Tensta	25,10	23,00	25,00
Södermalm	24,62	24,00	24,58
Älvsjö	21,71	21,00	21,63
Östermalm	31,12	2,00	30,26
Hemlösa			

		21,61	25,20
--	--	-------	-------

Samtliga	25,52
-----------------	-------

E. Totalt

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	8,47	10,98	8,59
Enskede-Årsta-Vantör	8,25	15,58	9,26
Farsta	7,47	13,53	7,81
Hägersten-Liljeholmen	8,15	12,04	8,26
Hässelby-Vällingby	9,19	13,26	9,46
Kungsholmen	7,35	11,99	7,69
Norrmalm	8,40	10,57	8,46
Rinkeby-Kista	8,69	6,30	8,51
Skarpnäck	8,44	9,13	8,46
Skärholmen	8,25	12,61	8,46
Spånga Tensta	8,39	6,91	8,18
Södermalm	7,47	12,90	7,77
Älvsjö	7,91	16,28	8,55
Östermalm	9,83	14,32	9,92
Hemlösa	8,00	8,33	8,17

		12,64	8,56
Samtliga	8,29		

F. Totalt, med standardisering för PADL-grp

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
Bromma	8,11	11,55	8,28
Enskede-Årsta-Vantör	8,51	13,22	8,99
Farsta	7,02	12,67	7,38
Hägersten-Liljeholmen	8,91	11,11	9,03
Hässelby-Vällingby	8,63	12,65	8,87
Kungsholmen	7,28	11,77	7,68
Norrmalm	7,95	10,45	8,11
Rinkeby-Kista	7,74	6,85	7,69
Skarpnäck	9,23	11,08	9,35
Skärholmen	7,18	13,27	7,42
Spånga Tensta	7,18	9,49	7,45
Södermalm	7,74	12,07	8,02
Älvsjö	7,66	16,31	8,39
Östermalm	9,50	13,24	9,65

Hemlösa	3,32	4,34	4,19
Samtliga	8,10	12,06	8,34

Tabell 23. Fördelning på PADL-grupper per boendeform

	Ordinärt boende	Servicehusboende	Totalt
PADL-grp 1	35,9	25,6	35,2
PADL-grp 2	49,3	52,1	49,5
PADL-grp 3	11,3	17,9	11,7
PADL-grp 4	3,2	4,2	3,2
PADL-grp 5	0,4	0,3	0,3

Tabell 24. Andel med informell hjälp minst en gång per vecka, procent

Bromma	47,7
Enskede-Årsta-Vantör	50,2
Farsta	49,9
Hägersten-Liljeholmen	41,9
Hässelby-Vällingby	51,5
Kungsholmen	37,5
Norrmalm	42,6
Rinkeby-Kista	59,0
Skarpnäck	49,3
Skärholmen	49,5
Spånga Tensta	60,9
Södermalm	43,7
Älvsjö	52,8
Östermalm	50,1
Hemlösa	11,8
Samtliga	47,9

Tabell 25. Andel med hjälp av make/maka minst en gång per vecka, procent

Bromma	10,9
---------------	-------------

Enskede-Årsta-Vantör	9,7
Farsta	11,7
Hägersten-Liljeholmen	10,1
Hässelby-Vällingby	14,2
Kungsholmen	9,4
Norrmalm	11,0
Rinkeby-Kista	9,7
Skarpnäck	9,0
Skärholmen	14,1
Spånga Tensta	14,8
Södermalm	11,4
Älvsjö	10,9
Östermalm	12,5
Hemlösa	0,0
Samtliga	11,3

Tabell 26. Andel med hjälp av barn minst en gång per vecka, procent

Bromma	45,3
Enskede-Årsta-Vantör	46,2
Farsta	58,7
Hägersten-Liljeholmen	40,5
Hässelby-Vällingby	45,4
Kungsholmen	45,6
Norrmalm	41,5
Rinkeby-Kista	50,9
Skarpnäck	51,6
Skärholmen	44,0
Spånga Tensta	52,7
Södermalm	42,6
Älvsjö	50,4
Östermalm	43,0
Hemlösa	2,3
Samtliga	46,1

Tabell 27. Andel med hjälp av annan minst en gång per vecka, procent

Bromma	19,6
Enskede-Årsta-Vantör	17,5
Farsta	18,2
Hägersten-Liljeholmen	14,8
Hässelby-Vällingby	16,2
Kungsholmen	22,2
Norrmalm	22,9
Rinkeby-Kista	31,0
Skarpnäck	20,9
Skärholmen	21,0
Spånga Tensta	15,5
Södermalm	18,7
Älvsjö	17,5
Östermalm	23,9
Hemlösa	9,3
Samtliga	19,6