INFORMELL OCH FORMELL VÅRD HOS ÄLDRE PERSONER I ORDINÄRT BOENDE

– förändringar och samspel över tid 2001-2015 i SNAC projektet

Anders Wimo, Ron Handels, Sölve Elmståhl, Cecilia Fagerström, Laura Fratiglioni, Ulrika Isaksson, Ole Larsen, Johan Sanmartin Berglund, Britt-Marie Sjölund, Anders Sköldunger, Maria Wahlberg

SNAC

www.snac.org

Författarnas tack

Den svenska nationella studien om åldrande, vård och omsorg – SNAC initierades och stöds ekonomisk av Socialdepartementet samt de deltagande regionerna, kommunerna, högskolorna och universiteten.

Denna studie finansieras även av FORTE, forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, samt Vetenskapsrådet. Vi tackar alla deltagare i SNAC för sitt deltagande och alla kolleger i SNAC-gruppen för sitt arbete med insamling och förvaltning av data.

Deltagande regioner:
Gävleborg, Blekinge, Skåne, Stockholm.

Deltagande kommuner :
Nordanstig, Stockholm, Karlskrona, Malmö, Ystad, Hässleholm, Osby, Eslöv.

INFORMELL OCH FORMELL VÅRD HOS ÄLDRE PERSONER I ORDINÄRT BOENDE
– förändringar och samspel över tid 2001-2015 i SNAC projektet

© 2020 SNAC

Grafisk form och produktion: Gradin Text & Bild AB

INFORMELL OCH FORMELL VÅRD HOS ÄLDRE PERSONER I ORDINÄRT BOENDE – förändringar och samspel över tid 2001-2015 i SNAC projektet

Anders Wimo[1,2,3], Ron Handels[2,4], Sölve Elmståhl[5,6], Cecilia Fagerström[7], Laura Fratiglioni[1,8], Ulrika Isaksson[9], Ole Larsen[5,6], Johan Sanmartin Berglund[9], Britt-Marie Sjölund[1,10], Anders Sköldunger[1,2,] Maria Wahlberg[1]

1. Aging Research Center, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm
2. Sektionen för Neurogeriatrik, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, Karolinska Institutet, Stockholm
3. Centrum för forskning och utveckling, Region Gävleborg och Uppsala Universitet
4. Maastricht University, Maastricht, Nederländerna.
5. Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds Universitet
6. VE geriatrik, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
7. Institutionen för vård och hälsovetenskap, Linnéuniversitetet, Kalmar
8. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, Stockholm
9. Blekinge Tekniska Högskola, Karlskrona
10. Avdelningen för vårdvetenskap, Akademin för hälsa och arbetsliv, Högskolan i Gävle

Innehåll

FÖRKORTNINGAR 5
SAMMANFATTNING 6
Bakgrund 6
Syfte 7
Metoder 7
Resultat 8
Slutsatser 9
INLEDNING OCH BAKGRUND 10
SNAC-PROJEKTET 13
SYFTE 15
FORSKNINGSFRÅGOR 15
METOD 15
Studiepopulationer 15
Datainsamling 15
Analys 16
Statistiska metoder 17
Ofullständiga data 17
ETIK 18
RESULTAT 19
Mönster 19
Kvantifierade resultat (timmar) 27
Könsskillnader 42
Grad av kognitiv nedsättning 51
Samhällstyp 53
Sammanfattande Jämförelser 56
DISKUSSION 61
Resultaten 61
Framtiden 62
Metodologiska aspekter 64
SLUTSATSER 67
REFERENSER 68

FÖRKORTNINGAR

ADL	Aktiviteter i Dagliga Livet
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
LAMIC	Low And Middle Income Countries
MMT	Mini Mental Test
MMSE	Mini Mental State Examination
PI	Principal Investigator
SD	Standard Deviation
SE	Standard Error
SNAC	Swedish National study on Aging and Care
Säbo	Särskilt boende
WHO	World Health Organization

SAMMANFATTNING

Bakgrund

SNAC-projektet, Swedish National study on Aging and Care, startade år 2000 på regeringens initiativ som en del av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Studien syftar till att genom uppbyggnaden av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, uppkomsten av vårdbehov hos de äldre och hur dessa behov möts på bästa sätt. I mer konkreta frågeställningar analyseras vilka faktorer påverkar äldres funktionsförmåga/ hälsoutveckling, hur vård/omsorgsorganisationen fungerar, samspelet mellan resursutnyttjande och individuella faktorer, vilka faktorer som påverkar var en person finns i vård/omsorgssystemet och samspelet mellan det formella och informella systemet och individfaktorer.

SNAC-populationen består av ett urval av personer över 60 års ålder, som bor i ordinärt boende (eget hem, hemmaboende) eller i särskilt boende (säbo) i fyra områden i Sverige: Nordanstigs kommun, Stockholm (Kungsholmen), Blekinge (Karlskrona) samt Skåne (fem kommuner).

Anhöriga och andra närståendes[1] informella insatser utgör en stor del av de samlade insatserna hos äldre personer. Resultat från olika undersökningar tyder på att de närståendes insatser är 2-3 gånger så omfattande som den formella vården och omsorgen i det ordinära boendet (i Sverige i huvudsak som hemtjänst) och hos demenssjuka personer är de närståendes insatser än mer omfattande. Från SNAC projektet har tidigare en vetenskaplig artikel publicerats som analyserar s k baslinjedata från perioden 2001-2003**.** Förutom att bekräfta att de närståendes insatser är mycket mer omfattande än hemtjänstens, så visades också att det finns risk att felskatta omfattningen om inte befolkningsbaserade data (t ex SNAC) används. Resultatet visade också att närståendes insatser till personer med demenssjukdom också var mer omfattande jämfört med ej demenssjuka.

Socialdepartementet har nu gett SNAC i uppdrag att följa upp resultatet från den studien och analysera tidstrender i samspelet mellan informell och formell vård hos personer äldre än 80 år i ordinärt boende, med eller utan kognitiv funktionsnedsättning, i SNAC-projektet.

[1] I fortsättningen används begreppet ”närstående” som ett samlingsnamn för anhöriga och andra närstående.

Analysen omfattar perioden 2001-2015. Under den perioden ökade antalet personer 80 år och äldre från ca 450 000 till ca 500 000 personer i Sverige. Samtidigt minskade andelen boende i säbo per 1000 80 år och äldre med 32%. Andelen personer med hemtjänst (per 1000 80 år och äldre) ökade under perioden med 24%.

Syfte

Analysera samspelet mellan informell och formell vård och tidstrender hos personer äldre än 80 år i ordinärt boende.

Metoder

Föreliggande rapport omfattar personer 80 år och äldre som deltagit i SNAC projektet mellan 2001 och 2015 som bodde ordinärt boende när de gick med i projektet.

Två övergripande analysansatser används:

- dels mönster (proportioner) i förändringar av informell och formell vård samt överlevnad,
- dels kvantifierade insatser både via hemtjänst och informella vårdare, uttryckt som timmar per månad.

Tidtrenderna har analyserats
- dels som jämförande tvärsnittsanalyser,
- dels longitudinellt då baslinjepopulationen från 2001-2003 följs över tid.

Ett flertal bakgrundsvariabler används för olika analyser: kön, boendesituation, område/ tätortsstatus och kognitiv status.
Då även små skillnader i ålder hos de äldsta kan medföra skillnader i resursnyttjande av formell vård har analyserna av tidsåtgång justerats för ålder.

Resultat

Mellan perioderna 2001-2003 och 2007-2009 hade 8% av de som bodde i ordinärt boende initialt flyttat till särskilt boende (säbo) och 56% hade avlidit. Framtill 2013-2015 hade 92% av de som bodde i ordinärt boende 2001-2003 avlidit.

Det har inte skett några påtagliga förändringar mellan 2001-2015 i omfattningen av den formella och den informella vården i hemmet.

Den informella vårdens omfattning, uttryckt i timmar per månad, är klart större än den formella vården: mellan 1,9-4,4 gånger utifrån olika jämförelser. Det finns ingen systematisk trend över tid hur dessa samband har förändrats.

Personer med kognitiv nedsättning har betydligt större insatser än de med ingen lätt nedsättning: 1,8-5,2 gånger mer utifrån olika jämförelser. Det fanns också ett klart samband mellan graden av kognitiv nedsättning och omfattningen av både den formella och informella vården, det vill säga ju mer nedsatt kognitiv funktion, desto större insatser.

Brukarna, oavsett om det gäller formell eller informell vård, har 1,9-7,1 gånger större insatser än ”alla”, det vill säga hela studiepopulationen.

Det finns inga påtagliga könsskillnader i omfattningen av den formella vården i hemmet. Det är en större andel av kvinnorna som har informell vård än män. Däremot är omfattningen (timmar per månad) av den informella vården hos brukarna cirka dubbelt så stor till män som till kvinnor.

Andelen som har formell vård i hemmet är större i storstad (28%) än i medelstorstad (23%) och liten ort/glesbygd (21%).

Den informella vården är betydligt vanligare i liten ort/glesbygd (56%) jämfört med medelstor stad (31%) och storstad (28%). Däremot fanns inget klart mönster när det gäller omfattningen (timmar/månad).

Slutsatser

Även om det inte skett några påtagliga förändringar i omfattningen av informell och formell vård i SNAC projektet mellan 2001-2015 så medför dock det ökande antalet äldre med hjälpbehov att påfrestningarna både på personal inom äldreomsorgen och familjer kommer att öka. Om till exempel de närståendes insatser skall vara av samma omfattning som rapporten visar och detta kombineras dels med de demografiska förändringarna med en kraftig ökning av de allra äldsta och ett kraftigt ökat antal demenssjuka och en relativ minskning av andelen personer i arbetsför ålder och dels med en fortsatt minskning av antalet platser i säbo och på sjukhus är framtidsperspektiven beträffande förutsättningarna för informell och formell vård oroande. Rapporten visar också att befolkningsbaserade studier är nödvändiga för att få fram representativa data.

INLEDNING OCH BAKGRUND

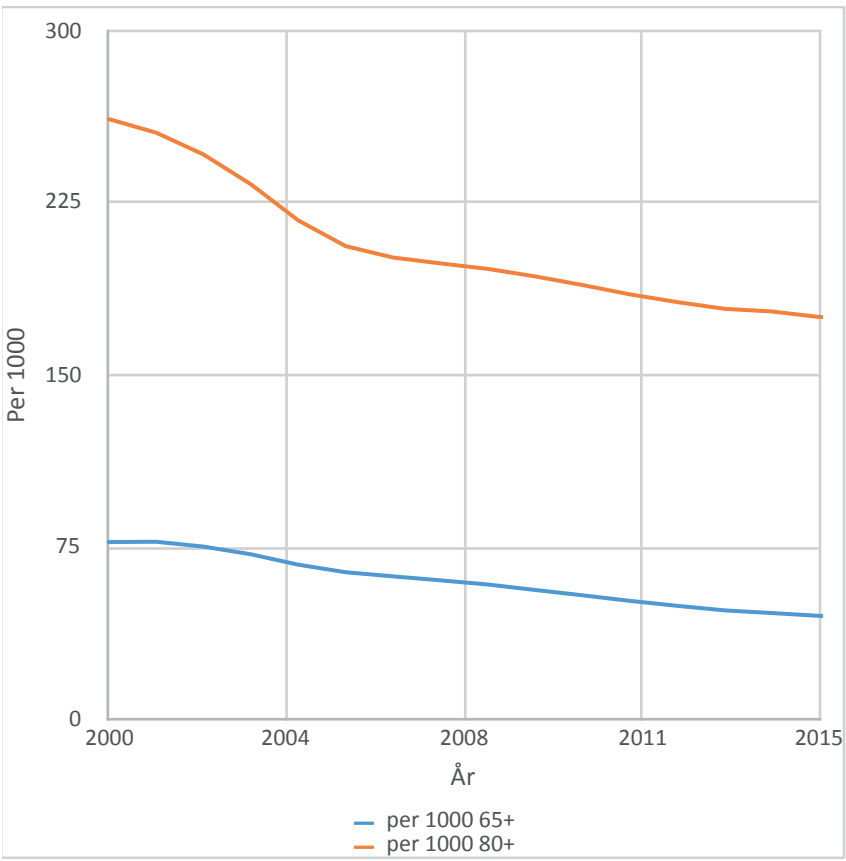
Anhöriga och andra närståendes informellas insatser utgör en stor del av de samlade insatserna till äldre personer. Resultat från andra undersökningar tyder på att de närståendes insatser är 2-3 gånger så omfattande som den formella vården och omsorgen i det ordinära boendet (i Sverige i huvudsak som hemtjänst) och hos demenssjuka personer är de närståendes insatser än mer omfattande (1).

Den demografiska utvecklingen i Sverige tyder på att under det närmaste decenniet kommer antalet mycket gamla personer (och därmed antalet demenssjuka) att öka påtagligt (tabell 1) (2) Andelen personer i arbetsför ålder (20-64 år) i förhållande till antalet 80 år och äldre (80+) har varit relativ konstant under perioden 2001-2015 men efter 2020 kommer detta att förändras påtagligt då antalet personer 80+ ökar betydligt snabbare än antalet personer i arbetsför ålder.

Tabell 1. *Demografiska förändringar i Sverige (2020-2030: prognoser). Källa: SCB (3).*

År	**65+**		**80+**		**20-64**	
	Antal	Andel av befolkningen	Antal	Andel av befolkningen	Antal	Antal 20-64/80+
2000	1 530 887	17,2%	452 562	5,1%	5 212 527	11,5
2005	1 565 377	17,3%	487 163	5,4%	5 323 219	10,9
2010	1 737 246	18,5%	496 904	5,3%	5 494 760	11,1
2015	1 947 227	19,8%	501 650	5,1%	5 664 175	11,3
2020	2 090 325	20,1%	544 821	5,2%	5 891 511	10,8
2025	2 226 312	21,4%	676 197	6,5%	6 029 385	8,9
2030	2 389 211	22,9%	805 771	7,7%	6 142 263	7,6

I en tidigare SNAC rapport har vi visat att antalet demenssjuka personer antas öka från cirka 140 000 idag till ca 190 000 år 2030 och ca 250 000 år 2050 (4). Samtidigt är den ekonomiska situationen i många kommuner (som har det huvudsakliga ansvaret för vård och omsorg av äldre) ansträngd. Det har även skett en omfattande strukturförändring i svensk äldrevård och sjukvård de senaste decennierna, från institutionella vård och omsorgsformer (till exempel särskilt boende, sjukhus) till vård och omsorg i ordinärt boende med stödverksamheter (hemtjänst, hemsjukvård, dagverksamhet, anhörigstöd). Antalet platser i särskild boende har minskat (Figur 1).



Figur 1. *Antalet boende i säbo per 1000 65 och 80 år och äldre.*

Källa: Socialstyrelsen (5). Pga olika redovisningssätt under perioden får uppgifterna betraktas som en skattad trend.

Samtidigt har det skett en expansion av olika insatser till personer i ordinärt boende, till exempel hemtjänst (tabell 2, nästa sida).

Tabell 2. *Antalet personer med hemtjänst, 2001 och 2015.*

			Hemtjänst	Population	per 1000
2001	65+		121 700	1 530 887	79,5
	80+		84 800	452 562	187,4
2015	65+		164 610	1 947 227	84,5
	80+		116 896	501 650	233,0
2001-2015	65+				
	Förändring		35,3%		6,3%
	80+				
	Förändring		37,8%		24,4%

Källa: Socialstyrelsen (5). Pga olika redovisningssätt under perioden får uppgifterna betraktas som en skattad trend.

Speciellt personer med demenssjukdom utgör en sårbar grupp. Förutom behov av stöd för att kompensera funktionsförluster i ADL-förmåga, medför den kognitiva nedsättningen även stora behov i vardagsaktiviteter och i många fall även behov av tillsyn (6).

Även om vi Sverige upplever situationen inom vård och omsorg om äldre som bekymmersam så är situationen i andra delar av världen än mer problematisk, framförallt i medel och låginkomstländer (kallas ofta LAMIC- low and middle income countries). I Sverige har vi en etablerad infrastruktur för äldre, både kommunalt och inom landsting/regionvården. I LAMIC är omfattningen av denna infrastruktur liten eller mer eller mindre icke existerande. I en rapport från Alzheimer Disease International visades att cirka 5% av demenssjuka bodde/ vårdades i institutionella vård och boendeformer i LAMIC, medan motsvarande siffra var cirka 31% i höginkomstländer (7). 58% av de demenssjuka i LAMIC vårdades av närstående medan motsvarande siffra i höginkomstländerna var 42%.

Den vetenskapliga litteraturen kring samspelet mellan informell och formell vård är förhållandevis heterogen rent metodologiskt. Framförallt är urvalet av studiepopulationer kritiskt i diskussionen om hur resultaten kan generaliseras. Även om det tveklöst är så att närståendes insatser är omfattande och avgörande för hur äldreomsorgen fungerar så medför så kallade kliniska studiepopulationer eller så kallade ”convenience samples” (”bekvämlighetspopulationer”), där de ingående personerna och närstående mer

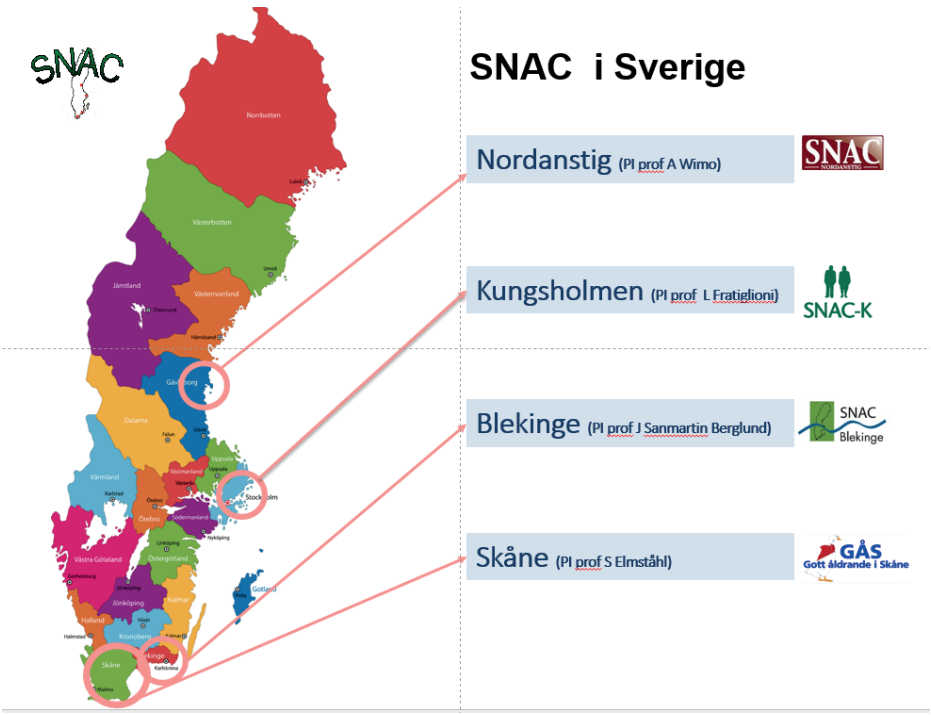
eller mindre är kända av vård och omsorgssystemen, att omfattningen av insatser överskattas om resultaten extrapoleras till hela populationen av t ex demenssjuka (8). Ett annat metodologiskt problem är att få klarhet i vad som ingår i tidsuppgifterna kring omfattningen av informell och formell vård. Stöd i s k basal ADL (hygien, äta, klä sig, toalettbesök, förflyttning inomhus med mera) ingår i de flesta studierna, liksom även så kallad instrumentell ADL (mer komplexa aktiviteter, till exempel laga och handla mat, sköta sin ekonomi, använda telefon andra tekniska apparater/hjälpmedel, transporter med mera). En stor del av de närståendes insatser utgörs av tillsyn och övervakning för att förhindra eller förebygga allvarliga händelser som till exempel fall och andra olyckor, fara för eld med mera). Även om detta är svårt att kvantifiera, så utgör tillsyn likafullt en stor del av de närståendes insatser.

SNAC-PROJEKTET

SNAC-projektet, Swedish National study on Aging and Care, startade år 2000 på regeringens initiativ som en del av den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113). Studien syftar till att genom uppbyggnaden av longitudinella områdesdatabaser inom äldreområdet skapa förutsättningar för forskning och analys av olika frågor kring åldrandet, uppkomsten av vårdbehov hos de äldre och hur dessa behov möts på bästa sätt. Mer konkreta frågeställningar är:

- Vilka faktorer påverkar äldres funktionsförmåga/hälsoutveckling?
- Hur fungerar vård/omsorgsorganisationen?
- Samspel mellan resursutnyttjande och individuella faktorer. Vilka faktorer påverkar var en person finns i vård/omsorgssystemet?
- Hur är samspelet mellan det formella och informella systemet och individfaktorer?

SNAC-populationen består av ett urval av personer över 60 års ålder, som bor i ordinärt boende eller i särskilt boende i fyra områden i Sverige (Figur 2): Nordanstigs kommun, Stockholm (Kungsholmen), Blekinge (Karlskrona) samt Skåne (fem kommuner).



Figur 2. *SNAC-områdena i Sverige*

I vart och ett av de fyra områdena har deltagarna slumpmässigt valts ut genom att inordnas i olika ålderskohorter och som sedan med vissa intervall inbjudits till provtagning och undersökning. Undersökningarna görs genom strukturerade personliga intervjuer, kliniska undersökningar och psykologiska tester utförda av specialutbildade sjuksköterskor, läkare och psykologer enligt en standardiserad manual.

Den stora fördelen med SNAC är att data är populationsbaserade och att det är klart definierat vilka insatser som mäts, vilket gör att risken för överskattning är mindre (9). I SNAC-projektet finns en omfattande intervjubaserad populationsbaserad longitudinell databas där omfattningen av både formell vård (hemtjänst, hemsjukvård) och informell vård (i form av stöd i basal och instrumentell ADL samt tillsyn (Nordanstig).

Från SNAC finns en studie (1) där baslinjedata kring samspelet mellan informell och formell vård analyserats i en tvärsnittsstudie. På grund av förändringar i omgivningsfaktorer, befolkningsstruktur, vårdstruktur, med mera är det rimligt att förvänta sig förändringar i mönstren i samspelet mellan informell och formell vård över tid.

SYFTE

Analysera samspelet mellan informell och formell vård och tidstrender hos personer äldre än 80 år i ordinärt boende.

FORSKNINGSFRÅGOR

Hur omfattande är den informella och formella vården hos äldre personer vid de olika mättillfällena i SNAC (jämförande tvärsnittsanalys)?

Hur är överlevnads och flyttningsmönster i studiepopulationerna (longitudinell analys)?

Vilka förändringar har skett mellan de olika mättillfällena av omfattningen av formell och informell vård och omsorg (longitudinell analys)?

Finns det skillnader i omfattningen av formell och informell vård och omsorg liksom överlevnads och flyttmönster mellan personer med och utan kognitiv funktionsnedsättning (tvärsnitts- och longitudinell analys)?

Analysen kommer att ske utifrån ett flertal bakgrundsfaktorer (se nedan).

METOD

Studiepopulationer

SNAC-populationen består av ett urval av personer över 60 års ålder, som bor i ordinärt boende eller i särskilt boende. I vart och ett av de fyra områdena har deltagarna slumpmässigt valts ut genom att inordnas i olika ålderskohorter som sedan med vissa intervall inbjudits till provtagning och undersökning. För de yngre kohorterna (60, 66, 72 och 78 år) är intervallet 6 år medan det för de äldre kohorterna (81, 84, 87, 90, 93, 96 och 99+) är tre år.

SNAC-populationen rekryterades mellan 2001 och 2004 (baslinjen) och av de 12995 individer som tillfrågades, tackade 8421 (64,8 %) ja till att delta.

I denna rapport ligger fokus på personer 80 år och äldre, då det är i denna åldersgrupp som hjälpbehoven antas öka jämfört med ”yngre äldre”

Datainsamling

Även om data samlades in självständigt vid varje område (region), genomförs en likartad insamling av data i alla fyra områdena. Undersökningarna görs genom strukturerade

personliga intervjuer, kliniska undersökningar och psykologiska tester utförda av specialutbildade sjuksköterskor, läkare och psykologer enligt en standardiserad manual. I korthet insamlas uppgifter om demografiska faktorer, sjukdomar, livsstil, aktiviteter i dagliga livet (ADL), kognition, medicinanvändning och resursutnyttjande.

Analys

Med informell vård avses i denna rapport omsorgsinsatser på grund av funktionsnedsättning som utförs av anhöriga och andra närstående (i fortsättningen benämnda ”närstående”). Med formell vård avses omsorgsinsatser i form av hemtjänst.

Två övergripande analysansatser används:

1) dels mönster i förändringar av informell och formell vård utifrån följande kodning vid baslinjen i SNAC 2001-2003 (1) (jämförande tvärsnittsanalyser):

A. Ingen formell och ingen informell vård
B. Någon formell eller informell vård
C. Någon formell vård (med eller utan samtidig informell vård)
D. Någon informell vård (med eller utan samtidig formell vård)
E. Enbart formell vård
F. Enbart informell vård
G. Både formell och informell vård
A+B=100%; A+E+F+G=100%
Vid de longitudinella analyserna sker samma kodning som ovan samt med tillägg av två koder: Permanent flyttat till särskilt boende (säbo) samt avliden.

Denna ansats har använts i en tidigare studie från Nordanstigsprojektet (10).

2) Kvantifierade insatser både via hemtjänst och informella vårdare, uttryckt som timmar per månad. Kvantifieringen bygger på delar av det så kallade RUD-instrumentet (Resource Utilization in Dementia) (11), där tidsskattningarna validerats på ett omfattande sätt (12-14). Dessa data presenteras dels för hela studiepopulationen, dels för så kallade brukare (nyttjare) av formell respektive informell vård. I en tidigare publikation från SNAC (8) har vi använt begreppen ”user – non user”. Här använder vi alltså begreppet brukare av såväl informell som formell vård som motsvarighet till ”user”. De kvantifierade insatserna avser i föreliggande rapport stöd i basal och instrumentell ADL, men inte tillsyn.

Statistiska metoder

Deskriptiv statistik används för att beskriva studiepopulationerna (medelvärden, fördelningar). Analys av deskriptiva flyttningsmönster har analyserats med Chi2 test.

Ett flertal bakgrundsvariabler används för olika analyser: kön, boendesituation, område/ tätortsstatus, kognitivt status.
Kognitivt status har indelats i ”ingen – mycket lätt nedsatt kognitiv funktion” och ”nedsatt kognitiv funktion”. Mini Mental State Examination(MMSE) (15) (Mini Mental Test, MMT på svenska), är ett instrument som mäter kognitiv funktion och som används i hela världen. MMT har en poängsättning mellan 0-30 poäng där en högre poäng anger bättre kognitiv funktion än en låg. Poäng mellan 24-30 har kodats som ”ingen – mycket lätt nedsatt kognitiv funktion” och 0-23 poäng som ”nedsatt kognititiv funktion” (1).
Då även små skillnader i ålder hos de äldsta kan medföra skillnader i resursnyttjande har analyserna av tidsåtgång justerats för ålder.

Eftersom andelen svar som saknas varierar mellan de olika variablerna och det även skett avrundningar, så förekommer en del diskrepanser mellan de olika tabellerna, som dock inte påverkar huvudresultaten.

Ofullständiga data

Ett vanligt problem i befolkningsstudier är ofullständiga data. Detta kan i princip ha två orsaker: personer som har inbjudits är inte med över huvud taget (yttre bortfall) och hos de

personer som deltar saknas en del uppgifter (inre bortfall). Det yttre bortfallet är svårt att kartlägga förutom rent demografiska data, men vanliga orsaker är att personerna inte vill deltaga, inte har tid, är för sjuka, och (vid uppföljningar) har flyttat
Vid baslinjeundersökningen 2001- 2004 uppgick andelen personer som inbjudits, men ej kommit till undersökning, till totalt 34% sedan inbjudna personer som hunnit avlida före undersökningen frånräknats. I den första återundersökningen 2004 - 2007 var bortfallet, frånräknat dem som avlidit mellan undersökningarna, 15% och variationen var ganska liten mellan områdena. I den tredje omgången var bortfallet bland de tidigare undersökta, frånräknat avlidna, 16%. För de nytillkomna kohorterna var bortfallet naturligt nog högre, 29%. Bortfallet i den fjärde undersökningsomgången, 2010-2012 var 14% för de återundersökta. Bortfallet i återundersökningen 2013-2015 har ännu inte analyserats färdigt, men bedöms vara av samma storleksordning som tidigare.

Bortfallet i SNAC-befolkningsstudien är att betrakta som lågt vid en internationell jämförelse, särskilt med beaktande av den omfattande tidsinsats som deltagarna frivilligt ger. Analyser av bortfallet, som gjorts på data från SNAC-Kungsholmen styrker att detta inte är selektivt och att erhållna resultat alltså bör kunna generaliseras till hela den studerade befolkningen.

I denna rapport har det inre bortfallet ersatts med så kallade imputering enligt statistiska metoder. Där data saknas helt har ingen imputering skett. För detaljer om imputeringsmetoder, se bilaga 1.

Etik

Både vid starten av SNAC liksom vid uppföljningarna har SNAC genomgått etikprövning i de dåvarande etikkommitteerna och de nuvarande etikprövningsnämnderna.

RESULTAT

Mönster

Jämförande tvärsnitt

Totalt ingick knappt ca 12 000 personer 80 år och äldre i databasen (tabell 3). Ca 85-90% bodde i ordinärt boende. Det fanns en tendens till att andelen kvinnor minskade.

Tabell 3. *Studiepopulation vid de olika undersökningstillfällena, 80 år och äldre.*

FAS	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015	Alla
Alla 80 år och äldre						
Antal	3 052	2 373	2 328	2 016	2 086	11 855
Ålder (medel, SD)	86,4 (4,5)	86,2 (4,8)	86,2 (4,9)	86,1 (4,8)	85,4 (4,7)	86,1 (4,7)
% kvinnor	66,2%	62,8%	61,0%	57,3%	56,0%	61,2%
% ensamboende						
% boende i ordinärt boende	84,6%	85,3%	85,6%	86,3%	90,4%	86,2%
MMT (medel, SD)	23,9 (6,6)	24,4 (6,1)	24,5 (5,5)	24,5 (6,0)	25,3 (6,0)	24,5 (6,0)
Alla 80 år, ordinärt boende						
Antal	2 460	1 613	1 850	1 658	1 689	9 270
Ålder (medel, SD)	85,7 (4,2)	85,5 (4,5)	85,5 (4,4)	85,4 (4,4)	84,8 (4,2)	85,4 (4,3)
% kvinnor	63,8%	64,5%	58,8%	54,9%	56,0%	59,9%
% ensamboende						
MMT (medel, SD)	25,6 (4,0)	26,0 (3,7)	25,8 (3,5)	25,9 (3,6)	26,3 (3,7)	25,9 (3,7)

Ungefär 52-66% av de i ordinärt boende hade ingen formell eller informell vård vid de olika mättillfällena (tabell 4). Det fanns inget tydligt mönster till förändring över tid. Informell vård var vanligare än formell vård.

Tabell 4. *Formell vård (hemtjänst och hemsjukvård) och informell vård (%) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende, 80 år och äldre).*

FAS	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015	Alla
A. Ingen formell eller informell vård	54,7%	56,9%	51,9%	53,2%	66,2%	56,4%
B. Formell eller informell vård	45,3%	43,1%	48,1%	46,8%	33,8%	43,6%
C. Formell vård	25,3%	24,5%	28,5%	26,1%	21,8%	25,3%
D. Informell vård	33,5%	31,9%	35,6%	35,9%	23,1%	32,2%
E. Enbart formell vård	11,8%	11,1%	12,5%	10,8%	10,7%	11,4%
F. Enbart informell vård	20,0%	18,6%	19,5%	20,7%	12,0%	18,3%
G. Både formell och informell vård	13,4%	13,4%	16,1%	15,3%	11,1%	13,9%
Alla (antal)	2367	1563	1781	1617	1613	8941
Alla	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A+B=100%; A+E+F+G=100%

När studiepopulationen uppdelas utifrån kognition, så hade personer med nedsatt kognition mer stödinsatser (tabell 5 och tabell 6).

Tabell 5. *Formell vård (hemtjänst och hemsjukvård) och informell vård (%) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende, 80 år och äldre). Normal eller mycket lätt nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015	Alla
A. Ingen formell eller informell vård	61,3%	63,1%	57,8%	57,9%	71,8%	62,3%
B. Formell eller informell vård	38,7%	36,9%	42,2%	42,1%	28,2%	37,7%
C. Formell vård	19,7%	19,8%	24,0%	22,8%	17,5%	20,7%
D. Informell vård	28,2%	26,3%	30,2%	30,7%	18,4%	26,9%
E. Enbart formell vård	10,4%	10,7%	12,0%	11,4%	9,8%	10,8%
F. Enbart informell vård	19,0%	17,2%	18,2%	19,3%	10,7%	17,0%
G. Både formell och informell vård	9,3%	9,1%	12,0%	11,4%	7,7%	9,9%
Alla (antal)	1 831	1 264	1 412	1 282	1 322	7 111
Alla	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A+B=100%; A+E+F+G=100%

Tabell 6. *Formell vård (hemtjänst och hemsjukvård) och informell vård (%) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende, 80 år och äldre). Nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2013-2015	Alla
A. Ingen formell eller informell vård	31,8%	29,5%	28,9%	30,3%	39,8%	31,7%
B. Formell eller informell vård	68,2%	70,5%	71,1%	69,7%	60,2%	68,3%
C. Formell vård	44,4%	45,8%	46,5%	42,3%	43,4%	44,6%
D. Informell vård	50,8%	56,8%	56,8%	60,9%	45,2%	54,1%
E. Enbart formell vård	17,4%	13,7%	14,3%	8,8%	14,9%	14,2%
F. Enbart informell vård	23,8%	24,7%	24,6%	27,5%	16,7%	23,8%
G. Både formell och informell vård	27,1%	32,1%	32,2%	33,5%	28,5%	30,3%
Alla (antal)	484	271	329	284	221	1 589
Alla	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A+B=100%; A+E+F+G=100%

Förändringar över tid (longitudinella förändringar)

Andelen som flyttar till säbo från ordinärt boende minskar över tid (8%-2,4%) medan andelen avlidna som väntat ökar över tid och vid uppföljningen 2013-2015 var knappt 7% av ursprungspopulationen fortfarande i livet (92% avlidna av de som bodde i ordinärt boende 2001-2003 och 98% avlidna av de som bodde i säbo 2001-2003) (tabell 7, nästa sida).

Tabell 7. *Förändringsmönster (%) i boende och överlevnad för 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre (n=3052).*

FAS	Ordinärt boende 2001-2003	Säbo 2001-2003	Alla
2001-2003	2 460	449	2 909
	84,6%	15,4%	100%
2004-2006	1 723	392	2 115
Ordinärt boende	60,1%	3,6%	49,6%
Säbo	8,0%	26,3%	11,3%
Avlidna	32,0%	70,2%	39,1%
Summa	100%	100%	100%
2007-2009	2 060	420	2 480
Ordinärt boende	36,5%	2,1%	30,6%
Säbo	7,7%	10,2%	8,1%
Avlidna	55,9%	87,6%	61,3%
Summa	100%	100%	100%
2010-2012	2 155	440	2 595
Ordinärt boende	16,2%	1,4%	13,7%
Säbo	6,5%	3,0%	5,9%
Avlidna	77,4%	95,7%	80,5%
Summa	100%	100%	100%
2013-2015	2 238	440	2 678
Ordinärt boende	5,9%	0,5%	5,0%
Säbo	2,4%	1,4%	2,2%
Avlidna	91,7%	98,2%	92,8%
Summa	100%	100%	100%

Förändringar 2001-2003 till 2007-2009

Andelen utan insatser hos de kvarboende i hemmet minskar som väntat över tid (tabell 8). Dock har fortfarande cirka 43% av de som inte hade några insatser 2001-2003 inga insatser vid uppföljningen 2007-2009 heller. Av de som inte hade några insatser 2001-2003 har en tredjedel fått formell vård och drygt 42% fått informell vård.

Tabell 8. *Förändringsmönster (%) för 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre (ordinärt boende) till uppföljning 2007-2009 ordinärt boende. Alla (avlidna och säbo-boende, se tabell 7).*

2007-2009→ 2001-2003↓	Uppföljda hemma-boende 2001	A. Ingen formell eller informell vård	B. Formell eller informell vård	C. Formell vård	D. Informell vård	E. Enbart formell vård	F. Enbart informell vård	G. Både formell och informell vård
A. Ingen formell eller informell vård	522/712	224	298	174	219	79	124	95
		42,9% (p<0,001)	57,1% (p<0,001)	33,3% (p<0,001)	42,0% (p<0,001)	15,1% (p=0,01)	23,8% (p=0,27)	18,2% (p<0,001
B. Formell eller informell vård	190/712	18	172	135	127	45	37	90
		9,5% (p<0,001)	90,5% (p<0,001)	71,1% (p<0,001)	66,8% (p<0,001)	23,7% (p=0,01)	19,5% (p=0,27)	47,4% (p<0,001)
C. Formell vård	79/712	1	78	75	49	29	3	46
		1,3% (p<0,001)	98,7% (p<0,001)	94,9%% (<0,001)	62,0% (p=0,01)	36,7% (p<0,001)	3,8% (p<0,001)	58,2% (p<0,001)
D. Informell vård	145/711	18	127	91	105	22	36	69
		12,4% (p<0,001)	87,6% (p<0,001)	62,8% (p<0,001)	72,4% (p<0,001)	15,2% (p=0,46)	24,8% (p=0,51)	47,6% (p<0,001)
E. Enbart formell vård	44/711	0	44	44	21	23	1	20
		0,0% (p<0,001)	100,0% (p<0,001)	97,7% (p<0,001)	47,7% (p=1,00)	52,3% (p<0,001)	2,3% (p<0,001)	45,5% (p=0,004)
F. Enbart informell vård	111/711	17	94	60	78	16	34	44
		15,3% (p<0,001)	84,7% (p<0,001)	54,1% p=(0,02)	70,3% (p<0,001)	14,2% (p=0,42)	30,6% (p=0,04)	39,6% (p=0,01
G. Både formell och informell vård	34/711	1	33	31	27	6	2	25
		2,9% (p<0,001)	97,1% (p<0,001)	91,2% (p<0,001)	79,4% (p<0,001)	17,6% (p=1,00)	5,9% (p=0,02)	73,5% (p<0,001)

A+B=100%; A+E+F+G=100%; data saknas fr 1 person för C-G.

Något fler av de med ingen eller enbart lätt nedsatt kognitiv funktion (jämfört med ”alla”) som inte hade insatser 2001-2003 hade inga insatser 2007-2010 (tabell 9).

Tabell 9. *Förändringsmönster (%) för 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre (ordinärt boende) till uppföljning 2007-2009. Normal eller mycket lätt nedsatt kognitiv funktion 2001-2003 (avlidna och säbo-boende, se tabell 7).*

2007-2009 → 2001-2003 ↓	Uppföljda hemma-boende 2001	A. Ingen formell eller informell vård	B. Formell eller informell vård	C. Formell vård	D. Informell vård	E. Enbart formell vård	F. Enbart informell vård	G. Både formell och informell vård
A. Ingen formell eller informell vård	477/633	214	263	151	191	72	112	79
		44,9% P<0,001)	55,1% P<0,001)	31,7% P<0,001)	40,0% P<0,001)	15,1% (p=0,04)	23,5% (p=0,45)	16,6% P<0,001)
B. Formell eller informell vård	167/644	18	149	115	112	37	34	78
		10,8% P<0,001)	89,2% P<0,001)	68,9% P<0,001)	67,1% P<0,001)	22,2% (p=0,04)	20,4% (p=0,45)	46,7% P<0,001)
C. Formell vård	66/644	1	65	62	43	22	3	40
		1,5% (<0,001)	98,5% (<0,001)	93,9% (<0,001)	65,2% (<0,001)	33,3% (0,003)	4,5% (<0,001)	60,6% (<0,001)
D.Informell vård	128/643	18	110	77	91	19	33	58
		14,1% (p<0,001)	85,9% (p<0,001)	60,2% (p<0,001)	71,1% (p<0,001)	14,8% (p=0,51)	25,8% (p=0,35)	45,3% (p<0,001)
E. Enbart formell vård	38/643	0	38	37	20	18	1	19
		0% (p<0,001)	100% (p<0,001)	99,4% (p<0,001)	52,6% (p=0,51)	47,4% (<0,001)	2,6% (p=0,001)	50,0% (p=0,001)
F. Enbart informell vård	101/643	17	84	53	69	15	31	38
		16,8% (p<0,001)	83,2% (p<0,001)	52,5% (p=0,02)	68,3% (p<0,001)	14,9% (p=0,67)	30,7% (p=0,05)	37,6% (p=0,01)
G. Både formell och informell vård	27/643	1	26	24	22	4	2	20
		3,7% (p<0,001)	96,3% (p<0,001)	88,9% (p<0,001)	81,5% (p<0,001)	14,8% P=(1,00)	7,4% (p=0,06)	74,1% (p<0,001)

A+B=100%; A+E+F+G=100%

Antalet överlevande personer med nedsatt kognition i kategorierna C-G från 2001 var så pass få att det inte var meningsfullt att analysera dessa.

Jämfört med de med normal eller enbart lätt nedsatt kognitiv funktion har en större andel av de som har en nedsatt kognitiv funktion fått formell vård (51%) och/eller informell vård (63%) (tabell 10).

Tabell 10. *Förändringsmönster (%) för 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre (ordinärt boende) till uppföljning 2007-2009. Nedsatt kognitiv funktion (avlidna och säbo-boende, se tabell 7).*

2007-2009 → 2001-2003 ↓	Uppföljda hemma-boende 2001	A. Ingen formell eller informell vård	B. Formell eller informell vård	C. Formell vård	D. Informell vård	E. Enbart formell vård	F. Enbart informell vård	G. Både formell och informell vård
A. Ingen formell eller informell vård	43/63	10	33	22	27	6	11	16
		23,3% (p=0,02)	76,7% (p=0,02)	51,2% (p=0,01)	62,8% (p=0,78)	14,0% (p=0,17)	25,6% (p=0,52)	37,2% (p=0,27)
B. Formell eller informell vård	20/63	0	20	17	14	6	3	11
		0,0% (p=0,02)	100,0% (p=0,02)	85,0% (p=0,01)	70,0% (p=0,78)	30,0% (p=0,17)	15,0% (p=0,52)	55,0% (p=0,27)

Förändringar 2001-2003 till 2013-2015

Då antalet som var i livet 2013-2015 var så pass få, var det inte meningsfullt att dela upp dessa med avseende på kognition eller på kategorierna C-G från 2001. Av de som var i livet och inte hade några insatser 2001-2003 hade fortfarande cirka 26% inga insatser (dock är den observationen inte statistiskt signifikant vid jämförelse med de som hade insatser) (tabell 11). Däremot var det statistiskt signifikant att en tredjedel av de som inte hade insatser vid baslinjen hade fått insatser med både formell och informell vård.

Tabell 11. *Förändringsmönster (%) för 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre (ordinärt boende) till uppföljning 2013-2015 (avlidna och säbo-boende, se tabell 7).*

2007-2009 → 2001-2003 ↓	Uppföljda hemma-boende 2001	A. Ingen formell eller informell vård	B. Formell eller informell vård	C. Formell vård	D. Informell vård	E. Enbart formell vård	F. Enbart informell vård	G. Både formell och informell vård
A. Ingen formell eller informell vård	108/117	28	80	65	51	29	15	36
		25,9% (p=0,45)	74,1% (p=0,45)	60,2% (p=0,15)	47,2% (p=0,09)	26,9% (p=0,44)	13,9% (p=0,60)	33,3% (p=0,01)
B. Formell eller informell vård	9/117	1	8	8	7	1	1	7
		11,1% (p=0,45)	88,9% (p=0,45)	88,9% (p=0,15)	77,8% (p=0,09)	11,1% (p=0,44)	11,1% (p=0,60)	77,8% (p=0,01)

Kvantifierade resultat (timmar)

Resultaten i tabellerna 12-37 har samma struktur. Resultaten är justerade för ålder.

1.Tvärsnittsdata

1.1 Formell vård

Alla oavsett de har insatser eller ej:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 12)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 13)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 14)
Brukare dvs de som nyttjar en resurs:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 15)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 16)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 17)

1.2 Informell vård

Alla oavsett de har insatser eller ej:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 18)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 19)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 20)
Brukare dvs de som nyttjar en resurs:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 21)
	Oavsett kognitiv funktion, ålder 70-79 (tabell 22)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 23)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 24)
2. Longitudinella resultat	Översikt (tabell 25)

2.1 Formell vård

Alla oavsett de har insatser eller ej:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 26)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 27)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 28)
Brukare dvs de som nyttjar en resurs:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 29)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 30)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 31)

2.2 Informell vård

Alla oavsett de har insatser eller ej:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 32)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 33)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 34)
Brukare dvs de som nyttjar en resurs:	Oavsett kognitiv funktion (tabell 35)
	Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 36)
	Nedsatt kognitiv funktion (tabell 37)

Tvärsnittsdata

Formell vård

Alla

Det har inte skett några signifikanta förändringar av de formella insatserna över tid (tabell 12-14). De formella insatserna är klart större hos personer med kognitiv nedsättning, jämfört med de som har ingen eller lätt nedsättning.

Tabell 12. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år).*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	2 353	4,3	0,4	3,4	5,1	74,5%
2004-2006	1 530	3,5	0,6	2,5	4,6	75,5%
2007-2009	1 559	5,3	0,5	4,3	6,4	71,2%
2010-2012	1 569	3,6	0,5	2,5	4,7	73,9%
2013-2015	1 583	3,5	0,5	2,4	4,5	77,8%
ALLA	8 594	4,0	0,2	3,6	4,5	74,5%

2015 hade 23,3% av 80+ hemtjänst enligt Socialstyrelsen (16), att jämföra med 22,2% enligt ovan (100-77,8). År 2001 hade 18,7% hemtjänst, att jämföra med 25,5% enligt ovan.

Tabell 13. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	1 834	2,5	0,2	2,0	2,9	80,1%
2004-2006	1 243	2,7	0,3	2,2	3,3	80,2%
2007-2009	1 244	3,1	0,3	2,6	3,7	75,8%
2010-2012	1 263	2,4	0,3	1,8	3,0	77,2%
2013-2015	1 305	2,1	0,3	1,5	2,6	82,3%
ALLA	6 889	2,6	0,1	2,3	2,8	79,1%

Tabell 14. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	471	10,9	2,1	6,8	15,1	55,3%
2004-2006	259	7,6	2,8	2,0	13,1	54,4%
2007-2009	279	14,1	2,7	8,8	19,5	52,8%
2010-2012	256	9,2	2,8	3,6	14,8	57,9%
2013-2015	209	11,0	3,2	4,8	17,3	55,0%
ALLA	1 474	10,6	1,2	8,2	13,0	55,0%

Brukare av formell vård

Inte heller hos brukarna har det skett några statistiska förändringar över tid (tabell 15-17).

Tabell 15. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	527	20,1	1,9	16,3	23,8
2004-2006	357	15,7	2,3	11,1	20,2
2007-2009	388	21,2	2,2	16,8	25,5
2010-2012	320	17,8	2,4	13,0	22,6
2013-2015	263	18,5	2,7	13,2	23,8
ALLA	1 855	18,6	1,0	16,6	20,7

Utifrån beräkningar på data från Socialstyrelsen (16) är timinsatserna här något lägre (cirka 19 timmar per månad jämfört med ca 30 timmar per månad). SNAC data ligger i det lägre tidsintervallet enligt Socialstyrelsens data (19-37 timmar/månad).

Även hos brukarna är insatserna klart större till personer med nedsatt kognitiv funktion (tabell 16-17).

Tabell 16. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	324	14,5	1,2	12,2	16,9
2004-2006	238	14,6	1,4	11,8	17,3
2007-2009	259	14,8	1,3	12,2	17,4
2010-2012	235	13,2	1,4	10,4	15,9
2013-2015	177	13,5	1,6	10,3	16,7
ALLA	1233	14,1	0,6	12,9	15,3

Tabell 17. *Formella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Nedsatt kognitiv funktion. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	188	28,8	5,2	18,6	38,9
2004-2006	110	18,8	6,7	5,6	32,1
2007-2009	118	32,9	6,5	20,2	45,7
2010-2012	79	28,8	7,9	13,2	44,4
2013-2015	69	30,3	8,6	13,5	47,1
ALLA	564	27,9	3,2	21,7	34,1

Informell vård

Alla

De informella insatserna (tabell 18 -24) är klart större än de formella insatserna.

Tabell 18. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år), alla.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	2 056	9,4	1,3	7,0	11,9	66,4%
2004-2006	1 483	12,6	1,5	9,7	15,5	68,1%
2007-2009	1 485	11,9	1,5	9,0	14,8	64,3%
2010-2012	1 457	14,4	1,5	11,4	17,3	64,0%
2013-2015	1 501	8,3	1,5	5,4	11,2	76,9%
ALLA	7 982	11,3	0,6	10,1	12,6	67,7%

Tabell 19. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	1 649	6,3	0,9	4,4	8,1	71,6%
2004-2006	1 214	7,7	1,1	5,5	9,9	73,7%
2007-2009	1 207	7,8	1,1	5,7	10,0	69,7%
2010-2012	1 177	8,7	1,1	6,5	10,9	69,2%
2013-2015	1 249	5,2	1,1	3,1	7,4	81,6%
ALLA	6 496	7,1	0,5	6,2	8,1	73,0%

Här är ”gapet” mellan personer med normal eller lätt nedsatt kognitiv funktion å ena sidan och nedsatt kognitiv funktion å andra sidan (tabell 19-20) större än för de formella insatserna.

Tabell 20. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Nedsatt kognitiv funktion.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	367	21,1	4,7	11,8	30,4	49,1%
2004-2006	241	33,8	5,8	22,3	45,3	44,0%
2007-2009	247	30,0	5,8	18,7	41,3	43,1%
2010-2012	231	30,5	6,0	18,8	42,2	39,4%
2013-2015	185	22,2	6,7	9,1	35,3	54,8%
ALLA	1 271	27,5	2,6	22,4	32,6	46,0%

Brukare av informell vård

De informella insatserna hos brukarna är omfattande (tabell 21-24). Likaledes här är insatserna klart mer omfattande till personer med nedsatt kognitiv funktion.

Tabell 21. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	477	42,2	4,9	32,6	51,8
2004-2006	421	45,2	5,2	35,0	55,4
2007-2009	426	41,6	5,2	31,5	51,8
2010-2012	417	49,4	5,2	39,1	59,6
2013-2015	254	45,6	6,7	32,5	58,8
ALLA	1 995	44,8	2,5	40,0	49,6

Tabell 22. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende, 70-79 år). Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	114	70,9	14,1	43,1	98,8
2007-2009	142	75,9	12,7	51,0	100,8
2013-2015	97	96,7	15,3	66,7	126,8
ALLA	353	81,2	8,1	65,2	97,1

De informella insatserna till ”yngre äldre” (här definierat som mellan 70-79 år) är större än hos de ”äldre-äldre” (här definierat som 80 år och äldre) (tabell 21-22).

Tabell 23. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	335	31,9	4,3	23,5	40,3
2004-2006	290	32,9	4,6	23,8	42,0
2007-2009	292	32,1	4,6	23,1	41,2
2010-2012	287	35,4	4,6	26,2	44,5
2013-2015	167	36,7	6,1	24,7	48,6
ALLA	1 371	33,8	2,2	29,5	38,1

Tabell 24. *Informella insatser (timmar per månad) vid de olika uppföljningarna (ordinärt boende,> 80 år). Nedsatt kognitiv funktion. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	126	65,1	11,5	42,4	87,7
2004-2006	122	66,6	11,7	43,7	89,5
2007-2009	122	61,4	11,7	38,5	84,3
2010-2012	118	56,7	11,9	33,3	80,0
2013-2015	64	61,6	16,1	29,9	93,2
ALLA	552	62,3	5,7	51,1	73,4

Förändringar över tid (longitudinella data)

Den största förändringen i baslinjepopulationen från 2001-2003 är naturligtvis att alltfler avlider över tid (se tabell 7). Trots stigande ålder hos de överlevande bibehåller de i ordinärt boende sin kognitiva funktion på en relativt hög nivå (tabell 25, nästa sida). Liknande förändringstrend finns i säbo men på en lägre kognitionsnivå, vilket visar att selektionseffekterna är starka när de longitudinella mönstren analyseras (de sjukligaste och mest sköra avlider). Eftersom dödligheten är så pass uttalad blir den statistiska kraften i de longitudinella analyserna svagare än vid tvärsnittsundersökningarna.

Tabell 25. *Förändringsmönster för 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre hos personer i ordinärt boende och personer i säbo.*

FAS	Ordinärt boende	Säbo	Alla
2001-2003			
antal	2 396	402	2 798
MMT	25,6	15,3	24,1
95% konfidensintervall MMT	25,4-25,8	14,3-16,3	23,9-24,4
Ålder	85,7	89,3	86,2
2004-2006			
antal	1 021	213	1 234
MMT	25,5	14,2	23,5
95% konfidensintervall MMT	25,2-25,7	12,9-15,4	23,2-23,9
Ålder	87,9	91,1	88,4
2007-2009			
antal	736	177	913
MMT	25,2	16,7	23,5
95% konfidensintervall MMT	24,9-25,4	15,5-18,0	23,1-23,9
Ålder	89,9	92,8	90,5
2010-2012			
antal	341	127	468
MMT	25,0	15,4	22,4
95% konfidensintervall MMT	24,5-25,4	13,8-17,0	21,7-23,1
Ålder	92,6	93,3	92,8
2013-2015			
antal	116	45	161
MMT	24,1	13,4	21,1
95% konfidensintervall MMT	23,1-25,1	10,6-16,2	19,8-22,4
Ålder	94,4	95,9	94,8

Formell vård

Alla

Antalet överlevande personer minskar kraftigt över tid. Mönstren är här likartat som vid tvärsnittsundersökningarna, det vill säga, det har inte skett några större förändringar över tid och personer med nedsatt kognitiv funktion har större insatser jämfört med de som har ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion (tabell 26-28). Jämfört med tvärsnittsundersökningarna (tabell 12-14) är insatserna något större.

Tabell 26. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	2 275	4,3	0,3	3,6	5,0	74,5%
2004-2006	973	4,5	0,5	3,5	5,6	68,5%
2007-2009	569	7,6	0,7	6,2	8,9	56,6%
2010-2012	300	7,0	0,9	5,2	8,9	52,9%
2013-2015	86	7,6	1,8	4,1	11,0	37,4%

Tabell 27. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	1 793	2,4	0,3	1,9	3,0	80,1%
2004-2006	758	3,5	0,4	2,7	4,3	74,3%
2007-2009	410	6,1	0,5	5,0	7,2	61,5%
2010-2012	220	4,9	0,8	3,4	6,4	54,3%
2013-2015	55	3,8	1,5	0,9	6,8	41,6%

Tabell 28. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla. Nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	435	11,3	1,3	8,7	13,8	55,3%
2004-2006	193	8,8	1,9	5,0	12,6	48,4%
2007-2009	140	10,7	2,3	6,2	15,1	43,0%
2010-2012	69	14,2	3,2	7,8	20,6	44,8%
2013-2015	22	15,4	5,7	4,1	26,6	22,9%

Brukare av formell vård

Hos brukarna (tabell 29-31) sker inga påtagliga förändringar över tid och det är inga större skillnader jämfört med tvärsnittsdata (tabell 15-17).

Tabell 29. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	486	20,2	1,2	17,8	22,6
2004-2006	285	15,5	1,6	12,4	18,7
2007-2009	229	18,8	1,8	15,3	22,3
2010-2012	117	18,0	2,5	13,1	23,0
2013-2015	40	16,3	4,3	7,8	24,7

Tabell 30. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	309	14,2	1,1	12,0	16,4
2004-2006	186	14,2	1,4	11,4	17,0
2007-2009	149	16,8	1,6	13,6	19,9
2010-2012	86	12,5	2,1	8,4	16,6
2013-2015	23	9,1	4,1	1,2	17,1

Tabell 31. *Formella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare. Nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	162	30,2	2,8	24,7	35,8
2004-2006	90	18,9	3,8	11,4	26,4
2007-2009	74	20,2	4,2	11,9	28,4
2010-2012	30	32,7	6,6	19,7	45,6
2013-2015	14	24,2	9,6	5,2	43,1

Informell vård

Den informella vården på populationsnivå visar en viss tendens att öka mellan 2001-2012 (tabell 32), medan perioden 2013 -2015 visat något lägre nivåer, men skillnaden är inte statistiskt signifikant.

Alla

Tabell 32. *Informella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	2 056	9,6	1,3	7,1	12,2	66,4%
2004-2006	957	14,7	1,9	11,0	18,4	62,0%
2007-2009	556	15,7	2,5	10,9	20,6	51,3%
2010-2012	279	16,1	3,5	9,3	23,0	45,7%
2013-2015	102	13,3	5,8	2,0	24,6	52,1%

Tabell 33. *Informella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	1 649	6,4	1,1	4,2	8,7	71,6%
2004-2006	749	10,0	1,7	6,7	13,3	68,1%
2007-2009	401	10,5	2,3	6,0	15,0	57,0%
2010-2012	204	14,4	3,2	8,0	20,7	50,6%
2013-2015	66	6,8	5,7	-4,3	17,9	59,0%

Tabell 34. *Informella insatser. Förändring för 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Alla. Nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall	Andel ”icke-brukare”
2001-2003	367	21,0	4,4	12,5	29,6	49,1%
2004-2006	185	29,2	6,1	17,2	41,2	41,1%
2007-2009	136	29,9	7,2	15,9	44,0	35,6%
2010-2012	65	22,0	10,3	1,7	42,3	32,2%
2013-2015	26	22,1	16,4	-10,0	54,2	40,6%

Brukare av informell vård

För de överlevande ”brukarna” av informell vård finns en svag, icke statistiskt signifikant tendens till minskning av den informella vårdens omfattning (tabell 35-37).

Tabell 35. *Informella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	477	41,6	4,6	32,5	50,6
2004-2006	326	43,1	5,6	32,2	54,0
2007-2009	234	37,3	6,6	24,4	50,2
2010-2012	121	37,2	9,1	19,3	55,2
2013-2015	39	34,8	16,1	3,2	66,4

Tabell 36. *Informella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	335	31,7	4,7	22,5	40,9
2004-2006	220	34,1	5,8	22,7	45,5
2007-2009	144	29,2	7,2	15,0	43,3
2010-2012	79	37,1	9,7	18,0	56,1
2013-2015	20	22,5	19,3	-15,3	60,4

Tabell 37. *Informella insatser. Förändring (timmar) hos 2001-2003 års baslinjepopulation, då 80 år och äldre. Ordinärt boende vid samtliga mättillfällen. Brukare. Nedsatt kognitiv funktion vid respektive tillfälle.*

FAS	Antal	Timmar/ månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	126	61,2	10,4	40,7	81,8
2004-2006	98	55,1	11,8	31,8	78,4
2007-2009	82	49,6	12,9	24,2	75,1
2010-2012	37	38,6	19,3	0,8	76,5
2013-2015	13	44,1	32,5	-19,8	108,0

Könsskillnader

Formell vård

Mönster - formell vård

Eftersom det är fler kvinnor än män i materialet presenteras mönstren på två sätt, dels könsfördelning av de som har respektive inte har formell eller informell vård, dels hur stor andel av respektive kön som har respektive inte har formell eller informell vård. Kvinnor har i större utsträckning formell vård utifrån bägge betraktelsesätten (tabell 38, nästa sida).

Tabell 38. *Könsskillnader, mönster i mottagande av formell vård, ordinärt boende 80 år och äldre.*

FAS		Fördelning på kön av de som har/inte har formell vård				Andel av kön som har formell vård			
		Man	Kvinna	Alla	p-värde	Man	Kvinna	Alla	p-värde
2001-2003	Har ej formell vård	41,1%	58,9%	100%		84,0%	69,0%	74,5%	
n=2 400	Har formell vård	22,9%	77,1%	100%		16,0%	31,0%	25,5%	
	Alla	36,5%	63,5%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
2004-2006	Har ej formell vård	38,4%	61,6%	100%		81,1%	72,3%	75,5%	
n=1 571	Har formell vård	27,5%	72,5%	100%		18,9%	27,7%	24,5%	
	Alla	35,8%	64,2%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
2007-2009	Har ej formell vård	44,2%	55,8%	100%		76,0%	67,7%	71,2%	
n=1 827	Har formell vård	34,3%	65,7%	100%		24,0%	32,3%	28,8%	
	Alla	41,3%	58,7%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
2010-2012	Har ej formell vård	49,0%	51,0%	100%		80,2%	68,7%	73,9%	
n=1 621	Har formell vård	34,3%	65,7%	100%		19,8%	31,3%	26,1%	
	Alla	45,2%	54,8%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
2013-2015	Har ej formell vård	48,2%	51,8%	100%		84,7%	72,3%	77,8%	
n=1 636	Har formell vård	30,5%	69,5%	100%		15,3%	27,7%	22,2%	
	Alla	44,3%	55,7%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
Alla	Har ej formell vård	44,0%	56,0%	100%		81,3%	69,9%	74,5%	
n=9 055	Har formell vård	29,6%	70,4%	100%		18,7%	30,1%	25,5%	
	Alla	40,3%	59,7%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001

Kvantitativa data (timmar) – formell vård

Det är inga större könsskillnader när det gäller omfattningen av formell vård och inga större förändringar över tid heller (tabell 39-41).

Tabell 39. *Formell vård. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre, mottagare av formell vård. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	112	17,3	2,8	11,7	22,9
	Kvinnor	415	20,9	1,5	18,0	23,8
	Alla	527	20,1	1,3	17,6	22,7
	Kvot kv/m		1,21			
2004-2006	Män	93	15,7	2,0	11,8	19,6
	Kvinnor	264	15,7	1,2	13,4	18,0
	Alla	357	15,7	1,0	13,7	17,7
	Kvot kv/m		1,00			
2007-2009	Män	108	21,5	7,5	6,8	36,2
	Kvinnor	280	21,0	4,6	11,9	30,2
	Alla	388	21,1	3,9	13,4	28,9
	Kvot kv/m		0,98			
2010-2012	Män	113	18,3	2,8	12,7	23,8
	Kvinnor	207	17,5	2,1	13,4	21,6
	Alla	320	17,8	1,7	14,5	21,1
	Kvot kv/m		0,96			
2013-2015	Män	80	19,1	3,6	12,0	26,3
	Kvinnor	183	18,0	2,4	13,3	22,8
	Alla	263	18,4	2,0	14,4	22,3
	Kvot kv/m		0,97			
ALLA	Män	506	18,5	1,9	14,6	22,3
	Kvinnor	1 349	19,0	1,2	16,7	21,3
	Alla	1 855	18,8	1,0	16,9	20,8
	Kvot kv/m		1,02			

Tabell 40. *Formell vård. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre, mottagare av formell vård. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	80	16,2	2,0	12,3	20,1
	Kvinnor	244	14,1	1,1	11,8	16,3
	Alla	324	14,6	1,0	12,6	16,5
	Kvot kv/m		0,87			
2004-2006	Män	62	14,6	2,7	9,4	19,8
	Kvinnor	176	14,6	1,6	11,5	17,7
	Alla	238	14,6	1,4	11,9	17,3
	Kvot kv/m		1,00			
2007-2009	Män	69	17,0	2,8	11,5	22,4
	Kvinnor	190	14,0	1,7	10,7	17,3
	Alla	259	14,8	1,4	12,0	17,6
	Kvot kv/m		0,82			
2010-2012	Män	81	15,2	2,3	10,7	19,8
	Kvinnor	154	12,1	1,7	8,8	15,4
	Alla	235	13,2	1,4	10,5	15,8
	Kvot kv/m		0,80			
2013-2015	Män	52	15,7	3,7	8,4	23,0
	Kvinnor	125	12,5	2,4	7,8	17,2
	Alla	177	13,4	2,0	9,5	17,3
	Kvot kv/m		0,80			
ALLA	Män	344	15,7	1,2	13,5	18,0
	Kvinnor	889	13,6	0,7	12,2	15,0
	Alla	1 233	14,2	0,6	13,0	15,4
	Kvot kv/m		0,87			

Tabell 41. *Formell vård. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre, mottagare av formell vård. Nedsatt kognitiv funktion. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	29	20,1	7,9	4,5	35,6
	Kvinnor	159	30,1	3,4	23,4	36,7
	Alla	188	28,5	3,1	22,4	34,6
	Kvot kv/m		1,50			
2004-2006	Män	29	18,3	2,9	12,5	24,1
	Kvinnor	81	18,9	1,7	15,4	22,3
	Alla	110	18,7	1,5	15,8	21,6
	Kvot kv/m		1,03			
2007-2009	Män	34	27,5	23,1	-18,2	73,3
	Kvinnor	84	35,3	14,7	6,2	64,4
	Alla	118	33,0	12,3	8,6	57,5
	Kvot kv/m		1,29			
2010-2012	Män	31	25,8	7,9	10,0	41,5
	Kvinnor	48	31,0	6,3	18,3	43,6
	Alla	79	28,9	4,9	19,1	38,7
	Kvot kv/m		1,24			
2013-2015	Män	18	29,2	10,3	8,5	49,8
	Kvinnor	51	31,4	6,1	19,1	43,6
	Alla	69	30,8	5,2	20,3	41,3
	Kvot kv/m		1,08			
ALLA	Män	141	23,8	5,9	12,1	35,5
	Kvinnor	423	29,3	3,4	22,5	36,0
	Alla	564	27,9	3,0	22,1	33,7
	Kvot kv/m		1,23			

Informell vård – mönster

Liknande mönster finns för informell vård som för formell vård, det vill säga en större andel kvinnor har informella insatser, men här är könsskillnaderna inte lika uttalade (tabell 42).

Tabell 42. *Könsskillnader, mönster i mottagande av informell vård, ordinärt boende 80 år och äldre.*

FAS		Fördelning på kön av de som har/inte har informell vård				Andel av kön som har informell vård			
		Man	Kvinna	Alla	p-värde	Man	Kvinna	Alla	p-värde
2001-2003	Har ej informell vård	40,5%	59,5%	100%		73,8%	62,1%	66,4%	
n=2379	Har informell vård	28,4%	71,6%	100%		26,2%	37,9%	33,6%	
	Alla	36,4%	63,6%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001
2004-2006	Har ej informell vård	37,1%	62,9%	100%		71,1%	66,4%	68,1%	
n=1589	Har informell vård	32,1%	67,9%	100%		28,9%	33,6%	31,9%	
	Alla	35,5%	64,5%	100%	0,06	100%	100%	100%	0,06
2007-2009	Har ej informell vård	43,0%	57,0%	100%		68,4%	61,5%	64,3%	
n=1785	Har informell vård	35,8%	64,2%	100%		31,6%	38,5%	35,7%	
	Alla	40,4%	59,6%	100%	0,002	100%	100%	100%	0,002
2010-2012	Har ej informell vård	45,6%	54,4%	100%		64,8%	63,5%	64,0%	
n=1624	Har informell vård	44,2%	55,8%	100%		35,2%	36,5%	36,0%	
	Alla	45,1%	54,9%	100%	0,60	100%	100%	100%	0,60
2013-2015	Har ej informell vård	45,9%	54,1%	100%		79,9%	74,6%	76,9%	
n=1621	Har informell vård	38,5%	61,5%	100%		20,1%	25,4%	23,1%	
	Alla	44,2%	55,8%	100%	0,01	100%	100%	100%	0,01
Alla	Har ej informell vård	42,3%	57,7%	100%		71,7%	65,1%	67,7%	
n=8998	Har informell vård	35,1%	64,9%	100%		28,3%	34,9%	32,3%	
	Alla	40,0%	60,0%	100%	<0,001	100%	100%	100%	<0,001

Däremot är det stora könsskillnader i omfattningen av informell vård, beträffande brukarna, där kvinnor erhåller mindre omfattande informell vård (tim/mån) än män (tabell 43-45). Således är det en större andel kvinnor som har informell vård (tabell 42) men när väl informell vård ges, så får männen större insatser än kvinnorna.

Tabell 43. *Informell vård. Könsskillnader, Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre mottagare av formell vård. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	132	64,1	10,7	43,0	85,1
	Kvinnor	345	33,0	6,6	20,0	45,9
	Alla	477	41,6	5,6	30,5	52,7
	Kvot kv/m		0,51			
2004-2006	Män	139	66,9	7,1	53,0	80,8
	Kvinnor	282	33,9	5,0	24,2	43,7
	Alla	421	44,8	4,1	36,7	52,9
	Kvot kv/m		0,51			
2007-2009	Män	144	71,1	6,6	58,1	84,0
	Kvinnor	282	26,5	4,7	17,2	35,7
	Alla	426	41,6	4,0	33,8	49,3
	Kvot kv/m		0,37			
2010-2012	Män	165	75,2	10,8	53,9	96,5
	Kvinnor	252	33,6	8,8	16,4	50,8
	Alla	417	50,1	6,9	36,6	63,6
	Kvot kv/m		0,45			
2013-2015	Män	98	67,1	7,6	52,1	82,2
	Kvinnor	156	33,5	6,0	21,6	45,4
	Alla	254	46,5	4,8	36,9	56,0
	Kvot kv/m		0,50			
ALLA	Män	678	69,1	4,1	61,2	77,1
	Kvinnor	1 317	32,1	2,9	26,3	37,8
	Alla	1 995	44,7	2,4	40,0	49,3
	Kvot kv/m		0,46			

Tabell 44. *Informell vård. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre mottagare av informell vård. Ingen eller lätt nedsatt kognitiv funktion. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	102	59,5	9,9	40,0	78,9
	Kvinnor	233	19,6	6,5	6,7	32,4
	Alla	335	31,7	5,5	20,8	42,6
	Kvot kv/m		0,33			
2004-2006	Män	92	45,4	6,4	32,7	58,0
	Kvinnor	198	26,8	4,4	18,2	35,4
	Alla	290	32,7	3,6	25,5	39,9
	Kvot kv/m		0,59			
2007-2009	Män	90	46,2	6,9	32,7	59,7
	Kvinnor	202	25,9	4,6	16,9	34,9
	Alla	292	32,2	3,8	24,6	39,7
	Kvot kv/m		0,56			
2010-2012	Män	110	51,8	7,6	36,9	66,6
	Kvinnor	177	25,6	6,0	13,9	37,3
	Alla	287	35,6	4,7	26,3	44,9
	Kvot kv/m		0,49			
2013-2015	Män	68	60,2	8,3	43,8	76,7
	Kvinnor	99	21,0	6,9	7,4	34,6
	Alla	167	37,0	5,5	26,1	47,8
	Kvot kv/m		0,35			
ALLA	Män	462	52,4	3,6	45,3	59,5
	Kvinnor	909	23,9	2,6	18,8	28,9
	Alla	1 371	33,5	2,1	29,3	37,6
	Kvot kv/m		0,46			

Tabell 45. *Informell vård. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre mottagare av informell vård. Nedsatt kognitiv funktion. Brukare. Justerat för ålder.*

FAS		Antal	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2003	Män	27	76,8	30,5	16,4	137,2
	Kvinnor	99	57,0	15,9	25,6	88,4
	Alla	126	61,2	14,0	33,6	88,9
	Kvot kv/m		0,74			
2004-2006	Män	44	109,5	14,9	80,1	139,0
	Kvinnor	78	42,4	11,1	20,4	64,4
	Alla	122	66,6	9,2	48,3	84,9
	Kvot kv/m		0,39			
2007-2009	Män	50	105,4	13,8	78,1	132,8
	Kvinnor	72	29,8	11,5	7,0	52,5
	Alla	122	60,8	9,4	42,1	79,4
	Kvot kv/m		0,28			
2010-2012	Män	51	98,9	21,6	56,2	141,6
	Kvinnor	67	30,0	18,8	-7,2	67,2
	Alla	118	59,8	14,4	31,2	88,4
	Kvot kv/m		0,30			
2013-2015	Män	21	83,7	19,9	43,9	123,4
	Kvinnor	43	55,2	13,8	27,5	82,8
	Alla	64	64,5	11,3	41,9	87,2
	Kvot kv/m		0,66			
ALLA	Män	193	98,2	9,1	80,3	116,1
	Kvinnor	359	43,1	6,7	30,1	56,2
	Alla	552	62,4	5,5	51,7	73,1
	Kvot kv/m		0,44			

Grad av kognitiv nedsättning

Då antalet personer som bor hemma med grav kognitiv funktionsnedsättning är så pass få, har materialet inte delats upp på fas. Mini Mental Test (MMT) har använts för att dela in i grad av kognitiv nedsättning: Ingen - mycket mild=MMT 24-30, mild =MMT 18-23, måttlig = MMT 10-17 och grav = MMT 0-9 (17).

Det finns ett tydligt samband mellan graden av kognitiv nedsättning och den formella vårdens insatser (tabell 46-47).

Tabell 46. *Formell vård. Grad av kognitiv nedsättning, ordinärt boende, 80 år och äldre. Justerat för ålder. Alla, 2001-2015.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
Mycket mild	6 889	2,7	0,3	2,2	3,2
Mild	1 229	8,4	0,6	7,2	9,6
Måttlig	200	14,0	1,5	11,1	17,0
Svår	45	30,9	3,2	24,7	37,2
Alla	8 363	4,0	0,2	3,5	4,4

Tabell 47. *Formell vård. Grad av kognitiv nedsättning, ordinärt boende, 80 år och äldre. Justerat för ålder. Brukare, 2001-2015.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
Mycket mild	1 233	14,2	1,2	11,8	16,6
Mild	433	25,9	2,1	21,8	30,0
Måttlig	105	29,3	4,2	21,0	37,5
Svår	26	55,9	8,5	39,3	72,5
Alla	1 797	18,5	1,0	16,5	20,5

Även för den informella vården finns detta samband och de få i ordinärt boende med en grav kognitiv nedsättning har mycket omfattande informell vård (tabell 48-49).

Tabell 48. *Informell vård. Grad av kognitiv nedsättning, ordinärt boende, 80 år och äldre. Justerat för ålder. Alla, 2001-2015.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
Mycket mild	6 496	7,2	0,6	5,9	8,4
Mild	1 075	21,0	1,5	17,9	24,0
Måttlig	160	41,2	4,0	33,4	49,1
Svår	36	127,5	8,4	111,1	144,0
Alla	7 767	10,3	0,6	9,2	11,5

Tabell 49. *Informell vård. Grad av kognitiv nedsättning, ordinärt boende, 80 år och äldre. Justerat för ålder. Brukare, 2001-2015.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
Mycket mild	1 371	32,8	2,6	27,8	37,8
Mild	431	54,9	4,6	45,9	63,8
Måttlig	100	70,3	9,5	51,7	88,8
Svår	21	221,3	20,6	181,0	261,6
Alla	1 923	41,8	2,2	37,4	46,1

Samhällstyp

Samhällstyp delas i SNAC in i tre nivåer: liten ort/glesbygd (<12 500 invånare), medelstor stad (12 501-100 000 invånare) och storstad (>100 000 invånare).

SNAC-N (Nordanstig) är enbart liten ort/glesbygd, SNAC-K (Kungsholmen, Stockholm) är enbart storstad, SNAC-B (Blekinge, Karlskrona) är enbart medelstor stad) medan i SNAC-S (Skåne, GÅS) finns alla tre samhällstyper: Malmö storstad, Eslöv, Hässleholm och Ystad medelstora städer och Osby liten ort/glesbygd.

Mönster

Andelen som har formell vård är större i storstad jämfört med medelstor stad och liten ort/ glesbygd (p<0,001) (tabell 50).

Tabell 50. *Samhällstyp, mönster i mottagande av formell vård, ordinärt boende 80 år och äldre.*

2001-2015 (alla)	Storstad	Medelstor stad	Liten ort/ glesbygd	Alla
Antal	5 337	2 595	1 123	9 055
Har inte formell vård	72,3%	77,2%	78,8%	74,5%
Har formell vård	27,7%	22,8%	21,2%	25,5%
Alla	100%	100%	100%	100%

Andelen som erhåller informell vårt är klart större i liten ort/glesbygd (p<0,001) (tabell 51).

Tabell 51. *Samhällstyp, mönster i mottagande av informell vård, ordinärt boende 80 år och äldre.*

2001-2015 (alla)	Storstad	Medelstor stad	Liten ort/ glesbygd	Alla
Antal	5 328	2 553	1 117	8 998
Har inte informell vård	71,9%	69,3%	44,4%	67,7%
Har informell vård	28,1%	30,7%	55,6%	32,3%
Alla	100%	100%	100%	100%

Kvantitativa data (timmar)

Det finns inget entydigt mönster i formell vård i hela studiepopulationen (tabell 52).

Tabell 52. *Samhällstyp, mottagande av formell vård, timmar per månad, ordinärt boende 80 år och äldre. Justerat för ålder. Alla.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2015					
Storstad	5 239	4,1	0,3	3,6	4,7
Medelstort stad	2 236	3,4	0,5	2,5	4,3
Liten ort/glesbygd	1 119	5,0	0,6	3,7	6,3
Alla	8 594	4,1	0,2	3,6	4,5

Det finns dock en icke signifikant tendens att brukare av formell vård erhåller mer insatser ju mindre storleken på samhället är (tabell 53).

Tabell 53. *Samhällstyp, mottagande av formell vård, timmar per månad, ordinärt boende 80 år och äldre. Justerat för ålder. Brukare.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2015					
Storstad	1 279	17,6	1,2	15,2	20,0
Medelstort stad	354	20,3	2,3	15,7	24,8
Liten ort/glesbygd	222	23,8	2,9	18,1	29,5
Alla	1 855	18,8	1,0	16,9	20,8

Den informella vården var ju vanligare i glesbygd, vilket också återspeglas på populationsnivån (tabell 54) men för de kvantitativa insatserna (timmar) hos brukarna gäller inte detta (tabell 55).

Tabell 54. *Samhällstyp, mottagande av informell vård, timmar per månad, ordinärt boende 80 år och äldre. Justerat för ålder. Alla.*

	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2015					
Storstad	4 998	9,0	0,8	7,4	10,5
Medelstort stad	1 924	10,6	1,3	8,0	13,1
Liten ort/glesbygd	1 060	22,6	1,7	19,2	26,0
Alla	7 982	11,2	0,6	9,9	12,4

Tabell 55. *Samhällstyp, mottagande av informell vård, timmar per månad, ordinärt boende 80 år och äldre. Justerat för ålder. Brukare.*

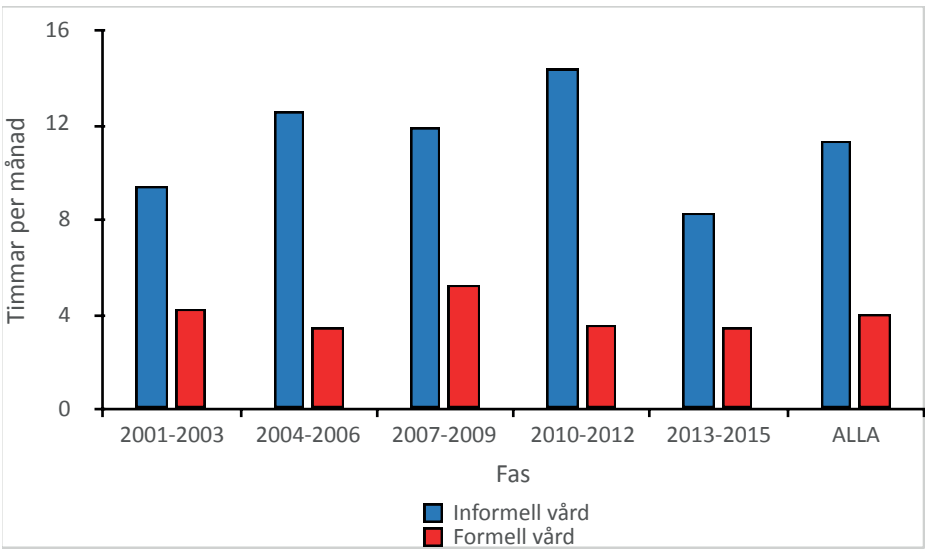
	Antal observationer	Timmar per månad	SE	95% nedre konfidens-intervall	95% övre konfidens-intervall
2001-2015					
Storstad	1 167	40,0	3,1	33,9	46,1
Medelstort stad	264	74,4	6,5	61,6	87,2
Liten ort/glesbygd	564	40,4	4,5	31,6	49,2
Alla	1 995	44,7	2,4	40,0	49,3

Sammanfattande Jämförelser

Här sammanfattas huvudresultaten utifrån fyra perspektiv: informell/formell vård, kognitionsnivå , ”alla”/brukare samt kön.

Informell och formell vård

Den informella vårdens omfattning, uttryckt i timmar per månad, är klart större än den formella vården (Figur 3).



Figur 3. *Jämförelse Informell vård och formell vård.*

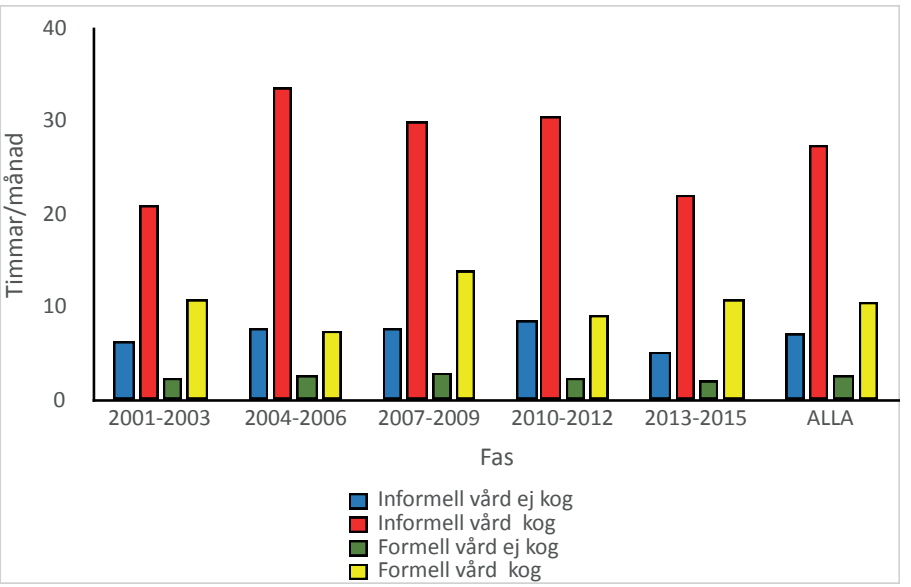
Uttryckt som kvoter är den informella vården mellan 1,9-4,4 gånger högre än den formella utifrån olika jämförelser (tabell 56). Det finns ingen systematisk trend över tid hur dessa samband har förändrats.

Tabell 56. *Kvot mellan informella och formella insatser. Timmar per månad.*

	Alla			Brukare		
FAS	Alla	Lätt/ingen kognitiv nedsättning	Kognitiv nedsättning	Alla	Lätt/ingen kognitiv nedsättning	Kognitiv nedsättning
2001-2003	2,2	2,5	1,9	2,1	2,2	2,3
2004-2006	3,6	2,9	4,4	2,9	2,3	3,5
2007-2009	2,2	2,5	2,1	2,0	2,2	1,9
2010-2012	4,0	3,6	3,3	2,8	2,7	2,0
2013-2015	2,4	2,5	2,0	2,5	2,7	2,0
ALLA	2,8	2,7	2,6	2,4	2,4	2,2

Kognition

Personer med kognitiv nedsättning har också klart större insatser än de med ingen-lätt nedsättning, oavsett om det är formella eller den informella vården (Figur 4) som studeras.



Figur 4. Informell och formell vård: *jämförelse i insatser mellan personer med ingen/liten kognitiv nedsättning (Ej kog) och kognitiv nedsättning (Kog).*

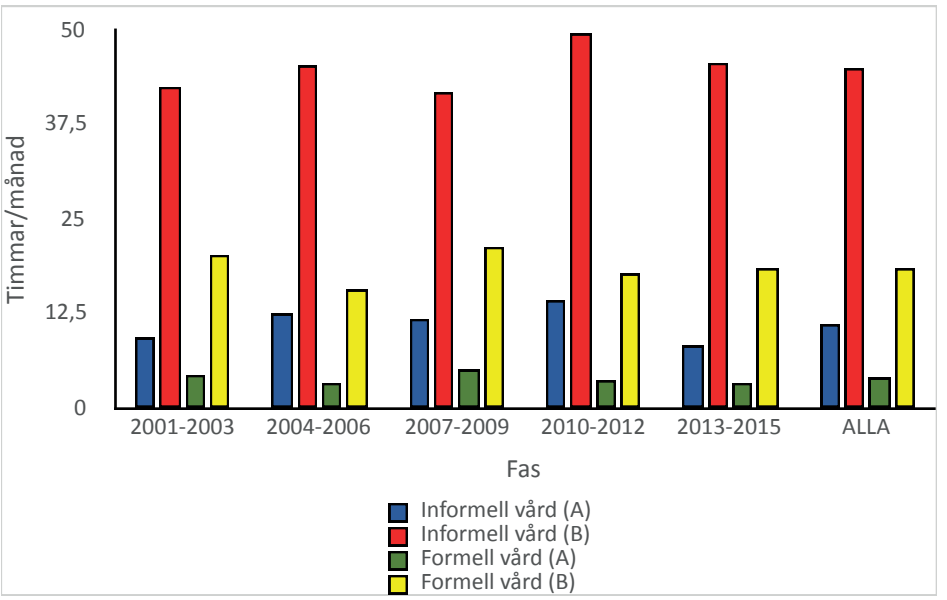
Uttryckt som kvoter har personer med kognitiv nedsättning 1,3-5,2 gånger mer insatser utifrån olika jämförelser (tabell 57)

Tabell 57. *Kvot mellan kognitiv nedsättning och Ingen/lätt kognitiv nedsättning.*

	Alla		Brukare	
FAS	Informell vård	Formell vård	Informell vård	Formell vård
2001-2003	3,3	4,4	2,0	2,0
2004-2006	4,4	2,8	2,0	1,3
2007-2009	3,8	4,5	1,9	2,2
2010-2012	3,5	3,8	1,6	2,2
2013-2015	4,3	5,2	1,7	2,2
ALLA	3,9	4,1	1,8	2,0

Alla och brukare

Både beträffande den informella och formella vården är det en stor skillnad när ”alla” respektive brukare jämförs (Figur 5).



Figur 5. *Informell och formell vård: jämförelse i insatser mellan personer ”alla” (A) samt brukare (B).*

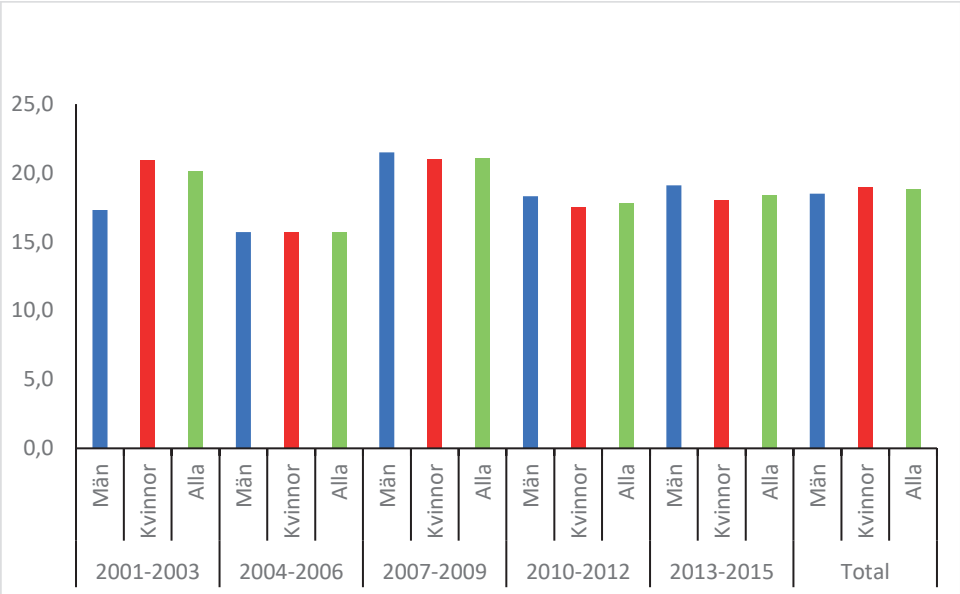
Brukarna, oavsett det gäller formell eller informell vård, har 1,9-7,1 gånger större insatser än ”alla” det vill säga hela studiepopulationerna (tabell 58).

Tabell 58. *Kvot mellan brukare och ”alla”.*

	Alla		Lätt/ingen kognitiv nedsättning		Kognitiv nedsättning	
FAS	Informell vård	Formell vård	Informell vård	Formell vård	Informell vård	Formell vård
2001-2003	4,5	4,7	5,1	5,8	3,1	2,6
2004-2006	3,6	4,5	4,3	5,4	2,0	2,5
2007-2009	3,5	4	4,1	4,8	2,0	2,3
2010-2012	3,4	4,9	4,1	5,5	1,9	3,1
2013-2015	5,5	5,3	7,1	6,4	2,8	2,8
ALLA	4,0	4,7	4,8	5,4	2,3	2,6

Könsskillnader

Det är inga påtagliga könsskillnader i de formella insatserna (brukare, timmar per månad) (Figur 6).



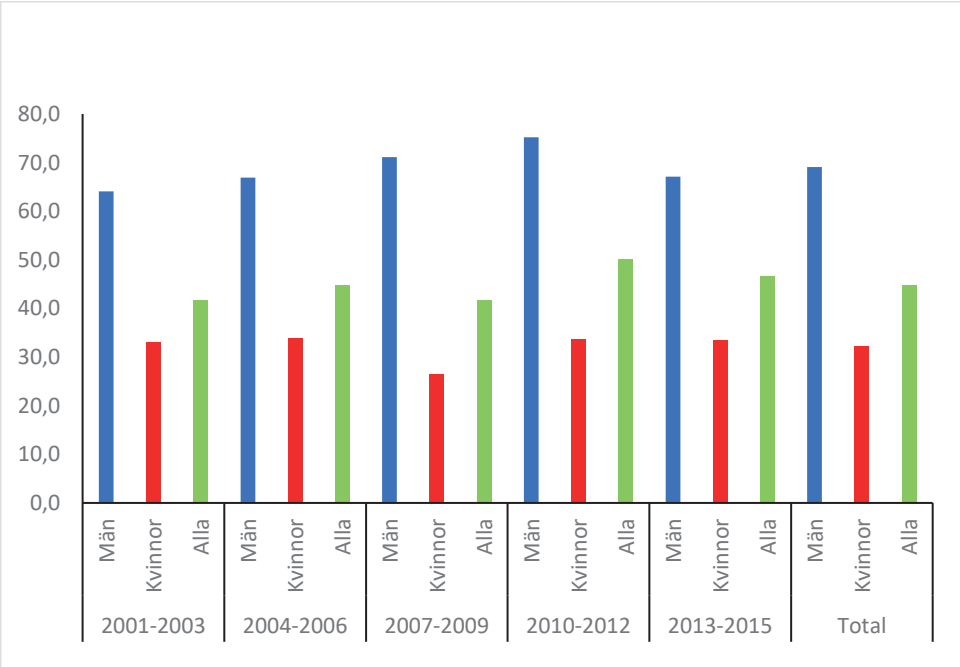
Figur 6. *Formell vård, timmar per månad. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre, mottagare av formell vård. Brukare. Justerat för ålder.*

Däremot finns det skillnader i mönster, så tillsvidare att kvinnor erhåller formell vård i större omfattning (tabell 59).

Tabell 59. *Könsskillnader i formell vård.*

FAS	Kvot tim/ månad (brukare)	Andel kvinnor av de som har vård	Andel av kvinnor som får vård	Andel av män som får vård
2001-2003	1,21	77%	31%	16%
2004-2006	1,00	73%	28%	19%
2007-2009	0,98	66%	32%	24%
2010-2012	0,96	66%	31%	20%
2013-2015	0,97	70%	28%	15%
ALLA	1,02	70%	30%	19%

Däremot finns det skillnader i omfattningen av de informella insatserna (tim/månad, brukare). Kvinnor får mindre insatser än män (figur 7).



Figur 7. *Informell vård, timmar per månad. Könsskillnader, ordinärt boende, 80 år och äldre mottagare av informell vård. Brukare. Justerat för ålder.*

Även här är det en större andel kvinnor som får insatser (tabell 60). Således är andelen kvinnor som får informella insatser större än andelen män, men när väl insatserna kommer så får kvinnor mindre (timmar/månad).

Tabell 60. *Könsskillnader i informell vård.*

FAS	Kvot tim/ månad *	Andel kvinnor av de som har vård	Andel av kvinnor som får vård	Andel av män som får vård
2001-2003	0,51	72%	38%	26%
2004-2006	0,51	68%	34%	32%
2007-2009	0,37	64%	39%	32%
2010-2012	0,45	56%	37%	55%
2013-2015	0,50	62%	25%	20%
ALLA	0,46	65%	35%	28%

* *kvinnor/män, brukare*

DISKUSSION

Resultaten

Under perioden 2001-2015 ökade antalet personer 80 år och äldre från ca 450 000 till cirka 500 000 personer i Sverige (motsvarande drygt 5% av befolkningen under perioden) (3). Samtidigt minskade andelen boende i säbo per 1000 80 år och äldre med 32% (5). Andelen personer med hemtjänst (per 1000 80 år och äldre) ökade under perioden med 24% (5). Det har alltså skett en förskjutning från säbo till insatser i det ordinära boendet.

I SNAC populationen har det har dock inte skett några påtagliga förändringar mellan 2001-2015 i omfattningen av den formella och den informella vården i hemmet.

Liksom i tidigare undersökningar (1) är den informella vården betydligt mer omfattande än den formella vården, både som mönster/andelar och kvantifierat i timmar. Den allmänt spridda uppfattningen att den informella vården är 3 gånger större än den formella vården tycks grovt stämma även om det finns en variation när detta bryts ner i olika delar (1,9-4,4 gånger mer omfattande uttryckt som timmar per månad). Även om det kanske är osannolikt att den informella vården skulle behöva växlas in till formell vård med en faktor 1:1 (det vill säga full substitution) bekräftar våra resultat att äldreomsorgen inte skulle fungera utan de närståendes insatser. Att mönstren inte förändrats påtagligt över tid är inte direkt överraskande. De demografiska förändringarna är inte speciellt omfattande under perioden och inte heller den arbetsföra befolkningens andel i förhållande till de äldre (80+).

Personer med kognitiv nedsättning har klart mer omfattande insatser än de med ingen-lätt nedsättning: 1,8-5,2 gånger mer (timmar/månad) utifrån olika jämförelser i vårt material. Det fanns också ett klart samband mellan graden av kognitiv nedsättning och omfattningen av både den formella och informella vården: ju mer nedsatt kognitiv funktion, desto mer insatser. De flesta med grav demenssjukdom bor i säbo, men den lilla gruppen personer med grav demenssjukdom som bor hemma har mycket stora insatser av närstående i en omfattning som inte är möjlig att tillgodose med hemtjänst (detta skulle kunna vara möjligt för yngre demenssjuka med LSS insatser men dessa ingår inte i föreliggande rapport). Demenssjuka personer är därför en utsatt grupp som behöver mycket stöd. Hemtjänsten kan hos demenssjuka i ordinärt boende dels tillgodose behov av så kallade basal ADL och instrumentell ADL men knappast tillsynsbehovet. I föreliggande rapport presenteras inte data om tillsyn, men detta finns i ett av SNAC-områdena (Nordanstig) och kommer att presenteras senare. Utifrån andra studier med det så kallade RUD-instrumentet på

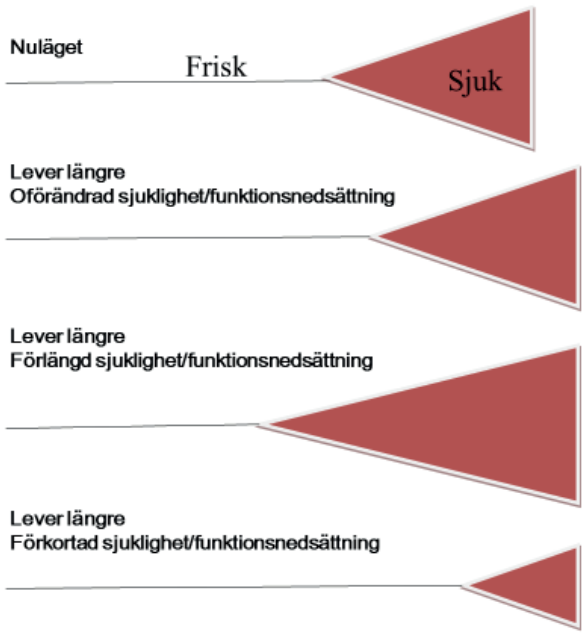
demenssjuka, brukar dock tillsynsbehovet, något förenklat, vara av samma omfattning som basal och instrumentell ADL tillsammans (18), det vill säga för denna grupp skulle då den totala informella vården var cirka dubbelt så stor.

Det är en större andel av kvinnor som har både formell och informell vård, även när detta korrigerats för det faktum att det finns fler kvinnor i materialet. Det finns inga påtagliga könsskillnader i omfattningen av den formella vården i hemmet. Däremot är insatserna till brukarna av informell vård (timmar per månad) mer omfattande till män (cirka dubbelt så stor) än till kvinnor. Mönstren är således komplexa. I föreliggande rapport har inte givarna av informell vård specifikt analyserats (data om detta finns och kommer att presenteras i kommande arbeten), men indirekt återspeglas könsmönstren.

Andelen som har formell vård är större i storstad jämfört med medelstor stad/liten ort, även om skillnaden inte är speciellt stor. Däremot är det en klart större andel som erhåller informell vård i liten ort/glesbygd jämfört med storstad och medelstor stad. Det finns alltså ett visst samband när det gäller brukarmönstret: mer formell vård i storstad och mer informell vård i liten ort/glesbygd. Orsakerna till detta kan dock vår rapport inte svara på. Det finns uppfattningar att på landsbygden är avstånden stora men man hjälper varandra mer än i storstaden. Det krävs dock fördjupade studier för att bättre klarlägga orsaksmönstren. Kvantifierat hos brukarna (timmar per månad) är det dock ingen större skillnad. Finns det behov så tycks det inte vara någon större skillnad var man bor.

Framtiden

Rent demografiskt är perioden 2000-2015 ganska stabil jämfört med tämligen dramatiska förändringar som kommer att ske under 2020 talet med en kraftig ökning av framförallt åldersgruppen 80 år och äldre, som har de största hjälpbehoven. Enbart en demografisk framskrivning är dock problematisk. En annan viktig fråga är hur de äldstas funktionsförmåga och hjälpbehov utvecklas. Inom den gerontologiska forskningen har detta kretsat kring tre utvecklingslinjer (som alla bygger på att vi lever längre): framflyttad men oförändrad, förlängd eller förkortad period av sjuklighet/funktionsförmåga innan vi avlider (Figur 8) (19-21). Tidigare diskuterades dessa teorier mest i form av sjuklighet men en annan viktig parameter är, givet en viss sjuklighet, hur funktionsförmågan (både fysisk och kognitiv) förändras. Det kan till exempel vara så att vi blir sjukare (på grund av bra medicinsk behandling mm) men har bättre funktionsförmåga.



Figur 8. *Teorier för utveckling av sjuklighet och funktionsförmåga.*

Vilka mönster som kommer att vara dominerande är under debatt, men i SNAC finns det förutsättningar att följa mönster av både sjuklighet och funktionsförmåga.

Metodologiska aspekter

Bortfall

Ett uppenbart problem i befolkningsstudier är bortfall; både så kallad yttre bortfall (det vill säga personer som över huvud taget inte deltager i en studie) och inre bortfall (det vill säga en person är med men det saknas vissa uppgifter i de data som insamlas). Bortfall finns i alla befolkningsstudier. Speciellt det yttre bortfall är problematiskt. Om resultaten från en befolkningsstudie skall generaliseras till hela den befolkning som urvalet representerade (till exempel alla äldre än 60 år) och bortfallet är stort kan det medföra att resultaten kan ifrågasättas. Enkelt uttryckt finns det två typer av yttre bortfall: slumpmässigt och inte slumpmässigt. Förutsatt att studien är tillräckligt stor är ett slumpmässigt bortfall inget större problem, resultaten är ändå generaliserbara. Ett icke slumpmässigt (”systematiskt”) bortfall är mer problematiskt. En vanlig situation är att de sjukaste inte vill eller kan deltaga. Då överskattas situationen till det bättre, vilket får konsekvenser om resultaten skall användas i exempelvis samhällsplaneringen. I vår rapport är det framförallt resultaten för 2013-2015 som sticker ut ”till det bättre”. Ibland sker tillfälliga förändringar i populationer (både i samhället och i befolkningsstudier) som kan vara svåra att förklara. Förutom att data från 2013-2015 måste analyseras mer så kan också kommande uppföljningar i SNAC ge mer information i denna fråga.

Representativitet

SNAC genomförs i fyra områden: Hälsingland (Nordanstigs kommun), Stockholm (Kungsholmen), Blekinge (Karlskrona) och Skåne (fem kommuner). Vi har dessutom delat in de deltagande kommunerna i tre samhällstyper: storstad, medelstor stad och liten ort/ glesbygd (vilket är en förenklad indelning). Antalet deltagare i områdena varierar också. Representerar detta Sverige?

Självfallet kan ett urval till en befolkningsstudie inte fullt representera den befolkning som resultaten skall generaliseras till utan ofta behövs olika justeringar, vilket vi i denna rapport inte har gjort. Som framgår av tabell 61 finns framförallt en obalans mellan medelstor och stor stad, medan liten kommun/glesbygd är tämligen representativa.

Tabell 61. *Demografisk jämförelse mellan SNAC populationer och Riket (%).*

	SNAC 80+ 2001-2003	Sverige 2001-2003	
	80+	0+	80+
Storstad	52,7 %	29,5%	29,3%
Medelstor stad	36,0 %	60,1%	59,4%
Liten ort/glesbygd	11,4 %	10,4%	11,4%
	100 %	100 %	100 %

Behovet av befolkningsstudier

Som framgår av tabellerna när ”alla” jämförs med brukare så är det stora skillnader i tidsåtgång. I den vetenskapliga litteraturen beträffande omfattningen av informell och informell vård finns en klar överrepresentativitet av studiepopulationer som kan klassificeras som ”kliniska” eller ”bekvämlighetspopulationer” (engelska: convenience samples), det vill säga de ingående personerna är på olika sätt kända av vård och omsorgssystemen (22). Om sådana resultat generaliseras till ”hela” populationen som är av intresse (till exempel landets demenssjuka) finns en risk att omfattningen överskattas. Nu går det inte att direkt säga att överskattningsrisken är lika stor som i tabell 58, men det är viktigt att klarlägga om studier är befolkningsbaserade eller ej där omfattningen av olika stödinsatser diskuteras.

Ålder

Kanske något överraskande har ”yngre äldre” större informella insatser än ”äldre-äldre” (tabell 21-22). Sannolikt beror detta på att de yngre har en partner i större utsträckning som kan ge informell vård (vid undersökningarna 2001-2004 och 2010-2012 ingick inga yngre än 80 år).

Tvärsnittsdata vs longitudinella resultat

Databasen i SNAC är upplagd så att det går att göra jämförelser vid en speciell tidpunkt (eller kortare period; i SNAC en Fas) eller att följa en grupp personer över tid. Då det i SNAC dessutom inkluderas nya åldersgrupper kontinuerligt (60 åringar och 81 åringar) går det också att studera så kallade kohorteffekter, det vill säga hur förändras situationen för en grupp med till exempel samma ålder över tid.

Jämförande tvärsnitt (som i SNAC) är dock ej helt jämförbara med om helt nya kohorter skulle inkluderas vid varje mättillfälle. Till exempel, kohorten 2001 var stor, men 2004 års uppföljningens tillskott (som omfattar 81 år och äldre) av 78 åringar som åldrats till 81 kan ej kompensera dödligheten från 2001 och nya 81 åringar kompenserar ej heller dödligheten. De nya 81 åringarna är dessutom ”preinklusionsselekterade” det vill säga mycket skröpliga potentiella nya 81 åringar har i stor utsträckning redan avlidit.

När personer följs longitudinellt är det rimligt att anta att deras sjuklighet ökar och funktionsförmåga försämras. När vi studerar ordinärt boende så sker dock vissa selektionseffekter mellan mätningarna. Många av de mest hjälpbehövande och sjuka flyttar till säbo eller också avlider de, vilket gör att de kvarboende i ordinärt boende representerar ett positivt urval som sjuklighets- och funktionsmässigt inte försämras så mycket som man kanske väntat.

SNAC-databasen erbjuder här stora möjligheter att studera dynamiken i hälso- och funktionsutvecklingen när tvärsnittsdata jämförs med longitudinella data.

Bakgrundsdata (demografi, resurser)

Alla undersökningar av individer (till exempel SNAC) sker i en vid varje tillfälle given befolkning med en given organisation med resurser för vård och omsorg. Allt detta är föränderligt. Demografin förändras över tid, liksom resurser (omfattning, organisation). Därför måste de individbaserade resultaten i vår rapport relateras till dessa förändringar (till exempel tabellerna 1-2 och Figur 1). Den mest påtagliga förändringen är växlingen från boende i säbo till ordinärt boende med ökad hemtjänst. Med tanke på de förväntade stora demografiska förändringarna efter 2020 är det mycket viktigt att inte enbart studera hur resurser nyttjas på individnivå men också att följa hur detta samverkar med demografin och de samlade resurserna för vård och omsorg. I denna rapport har vi inte studerat effekterna i relation till resurserna för sluten och öppen medicinsk vård, men detta kommer att ske i en kommande rapport från SNAC.

Kognition och demens

Vi har utvecklat en algoritm för sättande av demensdiagnoser i våra databaser (4), som fångar upp ca 85% av personer med demenssjukdom. Utöver detta behövs ett fördjupat arbete i SNACs databaser. I vår rapport bygger analyserna på kognition och inte på demensdiagnoser. Skälet till detta är att arbetet med att sätta demensdiagnoser utöver det som algoritmen genererar inte är färdigt för alla uppföljningarna i alla områden. Vi har därför valt att dela upp populationerna i två grupper: ”ingen-mycket lätt nedsatt kognitiv funktion” och ”nedsatt kognitiv funktion”. Då är sannolikheten stor att de flesta i gruppen ”nedsatt kognitiv kognition” har en demenssjukdom men att en del personer med mild demenssjukdom hamnar i gruppen ”ingen-mycket lätt nedsatt kognitiv funktion”. Detta kan medföra att nyttjandet av resurser överskattas i gruppen ”nedsatt kognitiv funktion”. Eftersom antalet personer som ej är demenssjuka i gruppen ”ingen-mycket lätt nedsatt kognitiv funktion” är betydligt fler än det antalet med mild demenssjukdom i den gruppen, blir den eventuella överskattningen där mycket liten. En annan aspekt är att det pågår diskussioner om att ersätta begreppet ”demens” med ”kognitiv sjukdom”. I till exempel den femte upplagan av det amerikanska klassifikationssystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM 5 ligger betoningen mer på kognitionsbegreppet än på demensbegreppet (23). Denna diskussion är dock ännu inte avslutad, och när WHOs nya International Classification of Diseases, ICD-11 (24) implementeras bringas förhoppningsvis mer klarhet.

SLUTSATSER

Även om det inte skett några påtagliga förändringar i omfattningen av informell och formell vård i SNAC projektet mellan 2001-2015 så medför dock det framtida ökande antalet äldre med hjälpbehov att påfrestningarna både på personal och familjer ökar. Om till exempel de närståendes insatser skall vara av samma omfattning som rapporten visar och detta kombineras dels med de demografiska förändringarna med en kraftig ökning av de allra äldsta, dels ett kraftigt ökat antal demenssjuka, dels en relativ minskning av andelen personer i arbetsför ålder och dels med en fortsatt minskning av antalet platser i säbo och på sjukhus, är framtidsperspektiven oroande. Rapporten visar också att stora longitudinella befolkningsbaserade studier är nödvändiga för att få fram representativa data.

REFERENSER

1. Wimo A, Elmstahl S, Fratiglioni L, Sjolund BM, Skoldunger A, Fagerstrom C, et al. Formal and Informal Care of Community-Living Older People: A Population-Based Study from the Swedish National Study on Aging and Care. The journal of nutrition, health & aging. 2017;21(1):17-24.

2. Wimo A, Jönsson L, Fratiglioni L, Sandman P, Gustavsson A, Sköldunger A. Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Report No.: 2014-6-3.

3. SCB. Statistikdatabasen: Statistiska Centralbyrån (SCB); 2019.

4. Fratiglioni L, Ding M, Santoni G, Berglund J, Elmståhl S, Fagerström C, et al. Demensförekomst i Sverige: geografiska och tidsmässiga trender 2001-2013. Resultat från den svenska nationella studien om åldrande, vård och omsorg - SNAC. Stockholm: Aging Research Center; 2018.

5. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens statistikdatabas 2019.

6. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. Lancet Neurol. 2016;15(5):455-532.

7. Wimo A, Gauthier S, Wortmann M, Barbarino P, Prince M. Global estimates of informal care time of dementia in 2015. London: ADI; 2018.

8. Lagergren M, Fagerstrom C, Sjolund BM, Berglund J, Fratiglioni L, Nordell E, et al. Horizontal and vertical targeting: a population-based comparison of public eldercare services in urban and rural areas of Sweden. Aging Clin Exp Res. 2016;28(1):147-58.

9. Lagergren M, Fratiglioni L, Hallberg IR, Berglund J, Elmstahl S, Hagberg B, et al. A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC). Aging Clin Exp Res. 2004;16(2):158-68.

10. Wimo A, Sjolund B, Skoldunger A, Johansson L, Nordberg G, von Strauss E. Incremental patterns in the amount of informal and formal care among non-demented and demented elderly persons results from a 3-year follow-up population-based study. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26(Jan):56-64.

11. Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L, Winblad B, Hsu MA, Gannon B. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. Alzheimers Dement. 2013;9:429-35.

12. Neubauer S , Holle R, Menn P, Grassel E. A valid instrument for measuring informal care time for people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2009;24:275-82.

13. Wimo A, Jonsson L, Zbrozek A. The Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument is valid for assessing informal care time in community-living patients with dementia. The journal of nutrition, health & aging. 2010;14(8):685-90.

14. Wimo A, Nordberg G. Validity and reliability of assessments of time Comparisons of direct observations and estimates of time by the use of the resource utilization in dementia (RUD)-instrument. Arch Gerontol Geriatr. 2006;44:71-81.

15. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.

16. Statistikdatabasen [Internet]. Socialstyrelsen. 2018 [cited 6 Nov 2018]. Available from: http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg.

17. Aguero-Torres H, Qiu C, Winblad B, Fratiglioni L. Dementing disorders in the elderly: evolution of disease severity over 7 years. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002;16(4):221-7.

18. Wimo A, Reed CC, Dodel R, Belger M, Jones RW, Happich M, et al. The GERAS Study: a prospective observational study of costs and resource use in community dwellers with Alzheimer's disease in three European countries--study design and baseline findings. J Alzheimers Dis. 2013;36(2):385-99.

19. Fries JF. Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med. 1980;303:130-5.

20. Parker MG, Thorslund M. Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. Gerontologist. 2007;47(2):150-8.

21. Modig K, Drefahl S, Ahlbom A. Medellivslängden ökar inte lika mycket längre - Sverige har kommit på efterkälken - och kanske närmar vi oss gränsen for hur gamla vi kan bli. Läkartidningen. 2018;115.

22. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010. The global economic impact of dementia. Alzheimer Disease International, London, 2010 (Report).

23. APA. DSM-5. American Psychiatric Association; 2013.

24. WHO. ICD-11 is here Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 2020-02-07]. Available from: https://www.who.int/classifications/icd/en/.

Bilaga 1.

Imputeringsmetoder för att ersätta saknade data

Personer som saknar mätningar har exkluderats, liksom där uppgift om ålder och kön saknas (1 person).

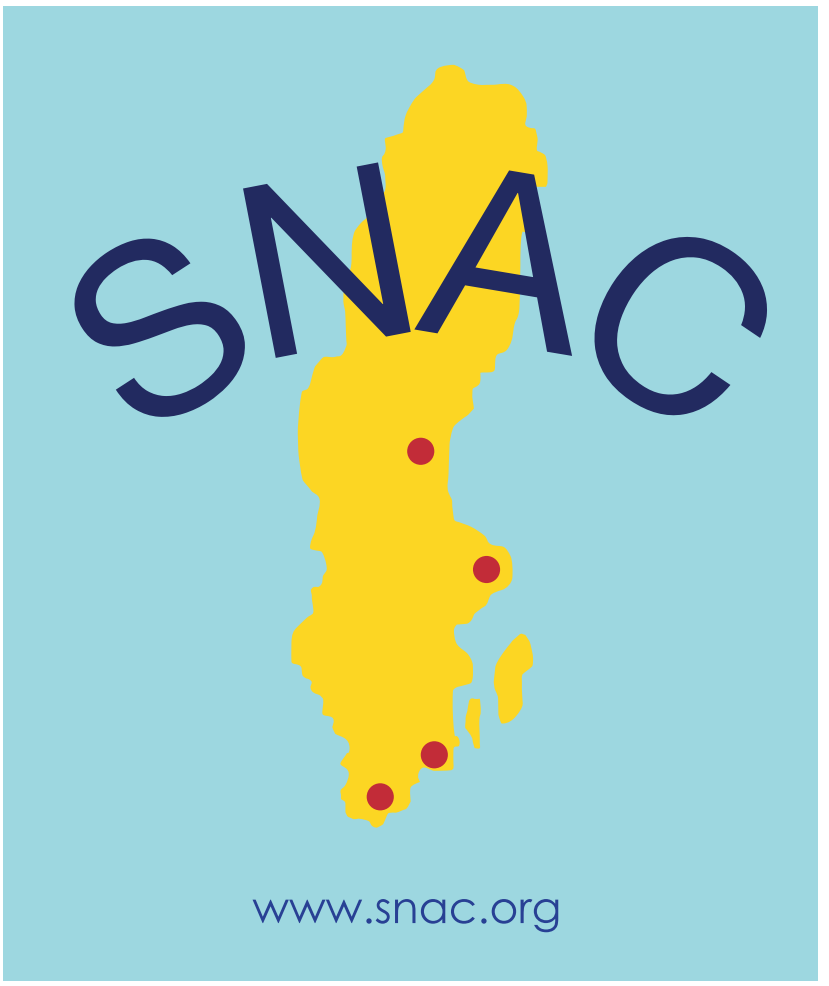
En så kallade logit model användes för att imputera boende och en dikotom så kallade klassifierare för huruvida stöd i informell vård (personlig och instrumentell ADL) fanns. Om modellen predikterade att informell vård förelåg, imputerades (efter så kallade log transformation) omfattningen (timmar).

Där data om boendesituation (7,5%), MMT (6,2%), informell vård - instrumentell ADL timmar (vet ej; 2,7%, saknas 8,8% eller ej svar (6,7%), informell vård – personlig ADL timmar (vet ej 0,6%, saknas (7,3%, ej svar (6,7%) har så kallade ”chained equations” använts.

Så kallade predictive mean matching användes för MMT och föregående MMT och så kallade log transformation användes för informell vård (timmar personlig och instrumentell ADL).

Prediktorer var ålder, kön, år efter baslinjen.

Anteckningar



Vid förfrågningar om rapporten kontakta:

Professor Anders Wimo, SNAC Nordanstig
Anders.Wimo@ki.se

Vill du ha ett eget exemplar eller veta mer om SNAC: kontakta
Nationella SNAC: https://www.snac.org

SNAC-Nordanstig: https://www.snacnordanstig.se, Anders.Skoldunger@ki.se, Britt-Marie.Sjolund@hig.se

SNAC-Kungsholmen: https://www.snac-k.se

SNAC-Skåne/GÅS: https://www.geriatrik.lu.se/gott-aldrande-i-skane

SNAC-Blekinge: https://www.bth.se/forskning/forskningsomraden/manniska-halsa-och-teknik/snac-b