

Boende och vårdinsatser för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen klassificerar sin utgivning i olika dokumenttyper. Detta är ett **Underlag från experter**. Det innebär att det bygger på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. Författarna svarar själva för innehåll och slutsatser. Socialstyrelsen drar inga egna slutsatser i dokumentet. Experternas sammanställning kan dock bli underlag för myndighetens ställningstaganden.

Artikelnr 2005-123-5

Sättning Maj-Len Sjögren
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2005

Förord

Socialstyrelsen rapporterar sedan några år tillbaka årligen till regeringen om tillståndet och utvecklingen inom vården och omsorgen om de äldre. Som ett underlag för lägesrapporten 2004, har Socialstyrelsen tagit initiativ till att analysera överlevnad och förändringar av boende- och vårdform bland äldre. Rapporten bygger på data från det så kallade Kungsholmsprojektet, en longitudinell studie som genomfördes vid Stockholms läns Äldrecentrum under åren 1987–2000.

Rapporten har författats av docent *Anders Wimo*. *Sven Erik Wånell* har redigerat materialet och FD *Ingemar Kåreholt* har varit statistisk konsult. Forskningsassistent *Mikael von Strauss* har tagit fram data om flyttning. I olika delar av rapporten har med dr *Hedda Agüero-Eklund*, med dr *Eva von Strauss* och FD *Kristina Larsson* medverkat, samtliga vid Stiftelsen Äldrecentrum.

Författarna ansvarar för rapportens innehåll och slutsatser.

Christer Neleryd
Enhetschef
Äldreenheten

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	9
Fler dementa, minskande resurser	9
Studiens syfte	9
<i>Material och metod</i>	10
Studiepopulation	10
Flyttning, svår fångat i dataregistren	10
<i>Levnadslängd</i>	12
<i>Boende och flyttningar</i>	15
Var sjunde person flyttade ytterligare en gång	16
Den demenssjuke bor kvar kortare tid i ordinärt boende	16
Kvinnor är i majoritet	18
Servicehusen – en mellanform	19
<i>Diskussion</i>	20
Särskilt boende – för demenssjuka?	20
Ökande eller minskande behov?	21
<i>Referenser</i>	23
<i>Bilagor</i>	27

Sammanfattning

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka möjligheterna att följa äldre demenssjukas boende och vård och omsorg över tid. Samhällets mål är att äldre ska kunna bo kvar i sitt hem så länge som möjligt, och om en flyttning till särskilt boende blir nödvändig att den inte ska behövas följas av ytterligare flyttning till annat särskilt boende. Det är därför av intresse att följa dels vilka grupper som flyttar till särskilt boende, dels hur länge de sedan bor i det särskilda boendet före sin död, och i vilken mån de flyttar vidare till annat särskilt boende.

Den studerade gruppen

I denna studie har 668 äldre Kungsholmsbor följts över tid. Gruppen utgör drygt en tredjedel av personerna i det så kallade Kungsholmsprojektet, en longitudinell studie som påbörjades 1987 med personer som då fyllt 75 år. Omfattande data finns om dessa personers hälsosituation, för denna studie har uppgifter kompletterats med datum för flyttning till och inom särskilt boende.

Personer med demenssjukdom dör tidigare än icke dementa personer

Flertalet av dessa personer hade avlidit under den period studien avser, fram till juni 2003. Medelöverlevnadstiden för dem som avlidit var drygt fem år (räknat från startdag för studien oktober 1987). Männen levde i genomsnitt 1,4 år kortare än kvinnorna. Personer med demenssjukdom levde i snitt 2,5 år kortare.

Sex av tio flyttade till särskilt boende

Fyra av tio bodde kvar i ordinärt boende fram till sin död, sex av tio hade flyttat från ordinärt till särskilt boende. En av sju hade efter flyttning till särskilt boende flyttat vidare till annat särskilt boende, vanligen från servicehus till sjukhem.

Demenssjukdom var den viktigaste orsaken för flyttning till särskilt boende. De flesta som fått diagnosen demens hade flyttat till särskilt boende, att jämföra med knappt hälften av de icke-dementa. Personer med demenssjukdom flyttade också i högre utsträckning till sjukhem och mer sällan till servicehus jämfört med personer utan demenssjukdom.

Långa boendetider i särskilt boende för demenssjuka

Även om den demenssjuke dör tidigare än den icke-demenssjuke så tyder data från denna studie att han/hon bor längre tid i särskilt boende. Dementa

levde kortare tid i ordinärt boende än icke-dementa och längre tid i särskilt boende. De som hade den bästa kognitiva förmågan levde längst, och bodde också längst del av sitt återstående liv i ordinärt boende.

Kvinnorna hade något längre boendetider i särskilt boende än män. Det är vanligare att kvinnor flyttade till särskilt boende (56 procent) än att män gjorde det (40 procent). Ett värdigt omhändertagande i det särskilda boendet är således särskilt angelägen för kvinnorna – de dominerar som boende, och också bland personalen.

Det särskilda boendet kan inte ses som en parentes i livets slut. Den genomsnittliga boendetiden var 3,6 år för personerna i denna studie, för personer som hade en diagnostiserad demenssjukdom var den i snitt 4,3 år, för personer som ej hade en diagnostiserad demenssjukdom var den 3,4 år. Boendetiderna år 2002 för hela Stockholms stad var i snitt 3,9 år för boende i sjukhem och 4,4 år för boende i gruppboende. De boendetider som Kungsholmsprojektet redovisar är således något kortare än de genomsnittliga boendetiderna i staden några år efter projektets avslutning.

Bakgrund

Fler dementa, minskande resurser

Antalet personer med demenssjukdom ökar i takt med befolkningsutvecklingen (1). Det har medfört en stor oro för att samhällets resurser för äldreomsorg inte skall vara tillräckliga (2, 3). Det ekonomiska läget bland kommuner och landsting är redan idag ansträngt. Till detta kommer svårigheter att rekrytera personal. Åldersstrukturen bland personalen inom den kommunala äldreomsorgen samt sjukvården medför att rekryteringsbehoven kommer att öka (4, 5).

För att kunna planera och dimensionera den framtida äldreomsorgen är ett viktigt kunskapsunderlag förloppet av demenssjukdomarna. För detta krävs longitudinella populationsbaserade studier. Det finns en tämligen omfattande forskning om hur äldres boendemönster i allmänhet ser ut och förändrats (6) men det är bristfälligt beskrivet hur boendet förändras vid olika sjukdomar och funktionsförmågor, till exempel hos dementa jämfört med andra äldre. Även om vi vet vilken boendeform och vilken vård och omsorg individerna för ögonblicket har, är det angeläget att veta när och hur denna förändras och vilka faktorer som möjligen kan förklara sådana förändringar. En sådan kunskap ger ett bättre underlag till diskussionerna kring äldrevårdens organisering och dimensionering än enbart tvärsnittsdata. Dessutom kan effekterna av olika interventioner bättre bedömas om dynamiken i boendet är känd. I Kungsholmsprojektets (7) databas finns möjlighet att inhämta sådan kunskap.

Studiens syfte

Syftet med föreliggande studie är att analysera överlevnad och förändringar av boendeform, när de sker och hur länge den enskilde bor i nästa boendeform. I studien analyseras boendet för dementa och icke-dementa och uppdelat på kön.

Material och metod

Studiepopulation

Kungsholmsprojektets första datasamling gjordes 1987–1989 (7). Sedan har den ursprungliga studiepopulationen (som omfattade 1 810 av 2 368 inbjudna personer) följts upp cirka vart tredje år. Vid varje mättillfälle registrerades probandens (den undersöktes) boende, samt i viss utsträckning omfattningen av hjälpinsatser i det ordinära boendet. Denna studie bygger på Kungsholmsprojektets fallkontrollstudie. Den består av 668 personer som valts ut bland de 1 810 personer som deltog i Kungsholmsprojektets baslinjeundersökning. Av de utvalda, (tabell 1) var cirka två tredjedelar icke-dementa och cirka en tredjedel hade olika grader och typer av kognitiv nedsättning.

Tabell 1. Studiepopulationen i detta urval från Kungsholmsprojektet.

	Antal	Procent
Ej demens	443	66,3
Alzheimers sjukdom (AD)	121	18,1
Dementa – ej AD	76	11,4
Möjlig demens	14	2,1
Ospecificerad demens	14	2,1
Total	668	100

Många av personerna i gruppen möjlig demens hör troligen till gruppen Mild Cognitive Impairment, (MCI) (8), men i vår analys ingår dessa i gruppen demenssjuka. Populationen beskrivs närmare i bilaga 1.

För att återspegla fördelningen mellan dementa och icke-dementa i ursprungspopulationen (1 810 personer) i Kungsholmsprojektet har en viktning skett av de icke-dementa (se bilaga 1).

Flyttning, svårfångat i dataregistren

Med flyttning avses i denna studie flyttning till/mellan olika boendeformer; ordinärt boende och särskilda boendeformer. Med särskilt boende avses sjukhem, ålderdomshem, servicehus och gruppboende eller motsvarande. Före Ädelreformen 1992 räknades sjukhemsvistelse som sjukvård medan permanent vistelse på sjukhem (om nu det begreppet används) nu är en form av särskilt boende. I Stockholm är servicehus och sjukhem de vanligast förekommande boendeformerna.

Det exakta datumet för förändringen av boendet hämtades ur olika register. Den typen av uppgifter är svårare att hitta före Ädelreformen eftersom t ex sjukhemsvård då var sjukvård medan boende på ålderdomshem var ett boende. Efter Ädelreformen överfördes ansvaret för sjukhemmen och

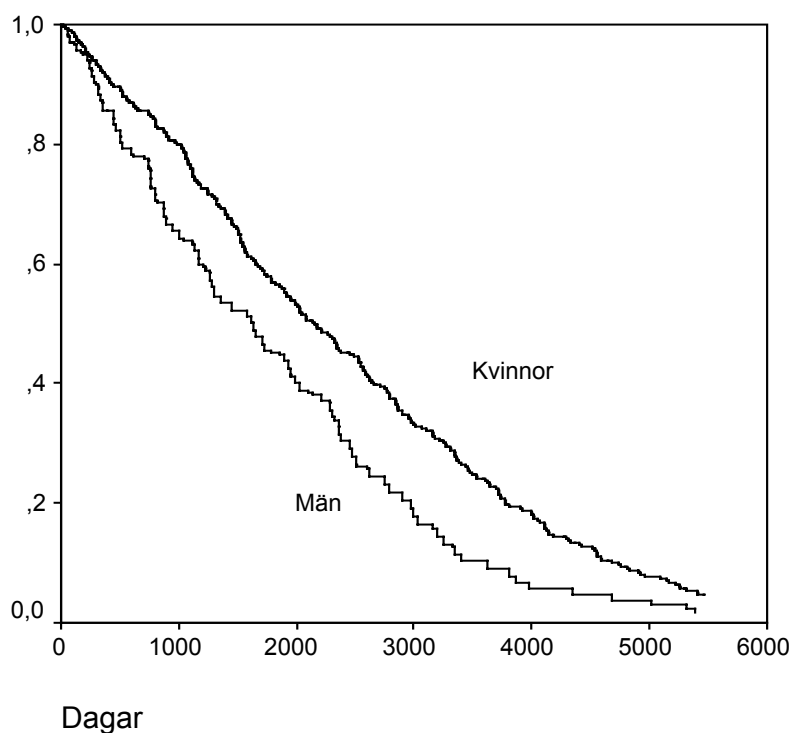
gruppboende för dementa till kommunerna. Därigenom blev all långtidsvård ett boende och således kan då permanenta förändringar i boendet spåras. Datainsamlingen och de statistiska metoder som använts redovisas närmare i bilaga 1.

Registerstudier medför olika svårigheter. Så har till exempel perioder av sluten sjukhusvård inte undersökts i detta fall. Skulle det visa sig att vissa personer vistats en lång period inom slutenvård, borde detta registreras. Ett annat problem kan uppstå om en person byter boendeform flera gånger, om det finns perioder med korttidsboende etc. En viktig potentiell felkälla var också att vissa personer som avlidit mellan två mätpunkter kan ha ändrat boende innan de avled. Därför har avlidnas ändringar av boendeform också analyserats.

Eftersom dödsdatum har registrerats på samtliga som avlidit har överlevnadstid från den dag då personen inkluderades i Kungsholmsprojektet analyserats. För dessa har vi för närvarande dödsdata för tiden från baslinjen och nästan 16 år framåt, till och med juni 2003 (ca 5 700 dagar). Då vi dessutom har flyttningsdatum innan baslinjen i Kungsholmsprojektet kan vi också analysera förändringar i boende och överlevnad för populationen innan baslinjen. Dessa analyser blir dock av enklare karaktär eftersom uppgifter om funktionsförmåga, diagnos med mera inte finns.

Levnadslängd

Av de 668 som 1987 ingick i populationen hade till och med den 30 juni 2003 totalt 627 personer (94 procent) avlidit. Dödsdatum finns på samtliga som avlidit. Som väntat finns ett klart samband mellan hur gammal personen var vid studiens start och överlevnad. Män har genomsnittligt sett kortare levnadslängd än kvinnor, vilket också gäller för den här populationen (figur 1).



Figur 1. Överlevnad (dagar) hos män och kvinnor (justerat för ålder).

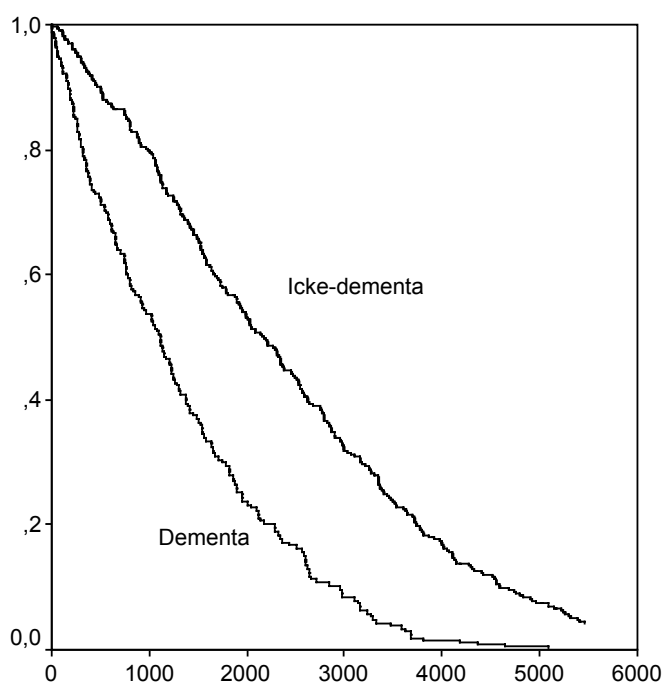
Den genomsnittliga överlevnadstiden för dem som avlidit var drygt fem år. Männerna levde i genomsnitt ca 1,4 år kortare än kvinnorna. Personer med demenssjukdom levde i snitt 2,5 år kortare (tabell 2, figur 2).

Tabell 2. Överlevnadstid (dagar) för avlidna t.o.m. 2003-06-30 från studiens början hos män och kvinnor respektive dementa och icke-dementa.

Avlidna	Andel avlidna	Medelålder vid baslinjen	Medelålder vid dödsfall	Medelöverlevnad justerat för ålder (dagar)	95% KI ¹ för åldersjusterad medelöverlevnad
Män (n=118)*	93,6%	83,6	88,4	1 650	1407–1893
Kvinnor (n=508)*	92,1%	84,9	90,7	2 154	2038–2270
Dementa (n=404)	98,7%	85,2	88,4	1 245	1081–1410
Icke-dementa (n=222)	91,4%	84,6	90,3	2 176	2054–2298
Alla (n=626)*	92,3%	84,6	90,3	2 060	1954–2166

*Viktat

Det finns ett klart samband mellan demens och kortare överlevnad (figur 2).

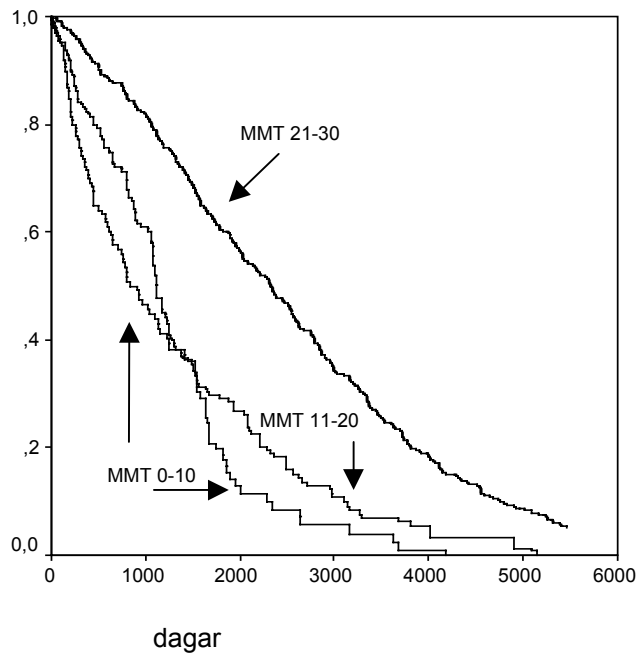


Figur 2. Överlevnadskurva (dagar från studiens början) för dementa och icke-dementa, justerat för ålder och kön.

När olika grader av kognitiv funktion analyseras (uttryckt som Mini Mental Test, MMT²) blir bilden likartad (figur 3). Speciellt påtaglig är skillnaden mellan dem som har små eller inga nedsättningar (MMT 21-30) och övriga.

¹ Konfidensintervall; inom denna spännvidd ligger med 95 procents sannolikhet det rätta värdet

² MMT är ett vanligt test för kognitiv förmåga, med en skala från 1 (lägst funktion) till 30.



Figur 3. Överlevnad (justerat för ålder) vid olika grader av kognitiv funktion, uttryckt som Mini mental test (MMT).

Boende och flyttningar

Vid studiens början 1987 bodde 179 personer i särskilt boende, 488 i ordinarie boende (tabell 3). Efter 1987 flyttade ytterligare 250 personer till särskilt boende. Dessutom finns också ett mindre antal flyttningar från ett särskilt boende till ett annat. Vi har lyckats finna flyttdatum på 370 av de 402 flyttningarna (92 procent). Den första säkert identifierade flyttningen skedde den 5 mars 1980. Totalt sett kan vi därmed följa boende- och flyttmönstret med datum för 95 procent av samtliga.

Tabell 3. Boende vid studiens början.

	Ordinärt boende	Servicehus	Sjukhem	Annat	Alla
Ej demens	388 (88%)	36 (8%)	15 (3%)	3 (1%)	442 (100 %)
Demens	100 (44%)	18 (8%)	89 (40%)	18 (8%)	225 (100 %)
Alla	488 (73%)	54 (8%)	104 (16%)	21 (3%)	667 (100 %)

Redan vid baslinjen, 1987, bodde mer än hälften av dem som då hade en demenssjukdom i särskilt boende, att jämföra med bara drygt var tionde av dem utan demensdiagnos. Servicehus var vanligaste formen för särskilt boende för dem utan demenssjukdom, sjukhem och andra liknade boendeformer vanligast för dem med demenssjukdom.

Tabell 4. Flyttningar från ordinärt boende till särskilt boende för studiepopulationen sedan den 5 mars 1980.

	Ej flyttat till särskilt boende	Flyttat	Alla
Ej avliden	21 (3 %)	20 (3 %)	41 (6 %)
Avliden	244 (37 %)	382 (57 %)	626 (94 %)
Alla	265 (40 %)	402 (60 %)	667 (100 %)

En majoritet, sex av tio, hade fram till 2003 flyttat till särskilt boende (tabell 4). Fyra av tio bodde kvar i sitt ordinarie boende fram till livets slut.

Den yngste ”flyttaren” var 69 år när denne flyttade till särskilt boende. I tabell 5 redovisas flyttningmönstren för alla personer, oavsett om den skedde före eller efter 1987. Av de personer som 1987 diagnostiserades som demenssjuka (225 personer) har bara var sjätte kunnat bo kvar i ordinärt boende, att jämföra med hälften av dem som då inte fick den diagnosen. Sex av tio med demenssjukdom har flyttat till sjukhem, mot var fjärde av dem utan den diagnosen.

Tabell 5. Flyttningsmönster från och med 69 års ålder.

	Dementa		Icke-dementa	
	Antal	%	Antal	%
Ej flyttat till särskilt boende	37	16	228	52
Ordinärt till servicehus	22	10	64	14
Ordinärt till ålderdomshem	1	<1	20	5
Ordinärt till sjukhem	138	61	104	24
Ordinärt till psykiatrisk klinik	5	2	9	2
Ordinärt till gruppboende ³	0	0	7	2
Ordinärt till annan form av särskilt boende	22	10	10	2
Alla	225	100	442	100

Med dementa avses i denna tabell de personer som vid Kungsholmsprojektets start diagnostiserades som demenssjuka.

Var sjunde person flyttade ytterligare en gång

Det finns totalt 56 andra flyttningar i databasen (av vilka vi har flyttdatum på 53) och samtliga dessa har varit flyttningar mellan olika former av särskilt boende. Det innebär att 13 procent, var sjunde, fått flytta en gång till. Fem personer hade flyttat tre gånger. Vanligast är att personen flyttat från servicehus till sjukhem (se tabell 10 i bilaga 2). 8 procent av dem som vid studiens start diagnostiserades som demenssjuka har därefter flyttat från servicehus vidare till annan form av särskilt boende mot 2 procent av de icke-dementa.

Det är möjligt att det finns ett mörkertal eftersom det är osäkert om alla flyttningar mellan särskilda boendeformer i samma hus kunnat spåras.

Den demenssjuke bor kvar kortare tid i ordinärt boende

De dementa som bodde i ordinärt boende vid baslinjen, och har flyttat till särskilt boende, flyttade cirka 4,5 år (1 659 dagar) tidigare än icke-dementa (tabell 6).

³ Att så få flyttat till gruppboende förklaras främst av att utbudet av gruppboende tidigare varit begränsat på Kungsholmen.

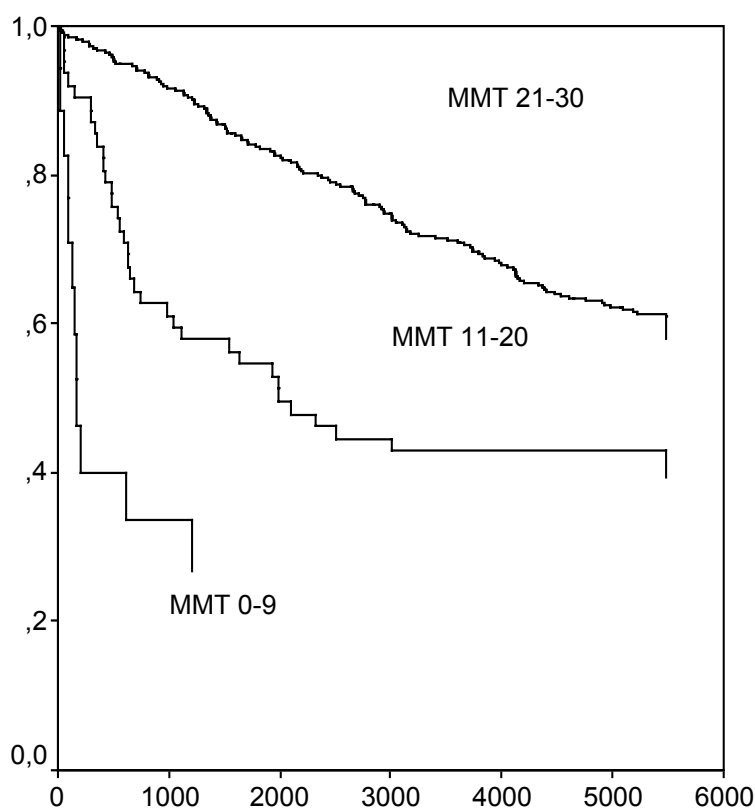
Tabell 6. Tid (dagar) innan flyttning från ordinärt boende till särskilt boende från studiens start, för dementa och icke-dementa. Justerat för ålder.

	Tid till flyttning till särskilt boende för dem som flyttat	95% KI
Dementa (n=63)	824	529–1119
Icke-dementa (n=146)	2 483	2289–2676
Alla*	1 983	1780–2186

*viktat

Den som vid baslinjen 1987 diagnostiserades som demenssjuk och då bodde i ordinärt boende hade genomsnittligt sett flyttat till särskilt boende efter 2,3 år (824 dagar). Den som då inte hade en demenssjukdom men sedan flyttat till särskilt boende kunde bo kvar i det ordinära boendet i 6,8 år (2 483 dagar).

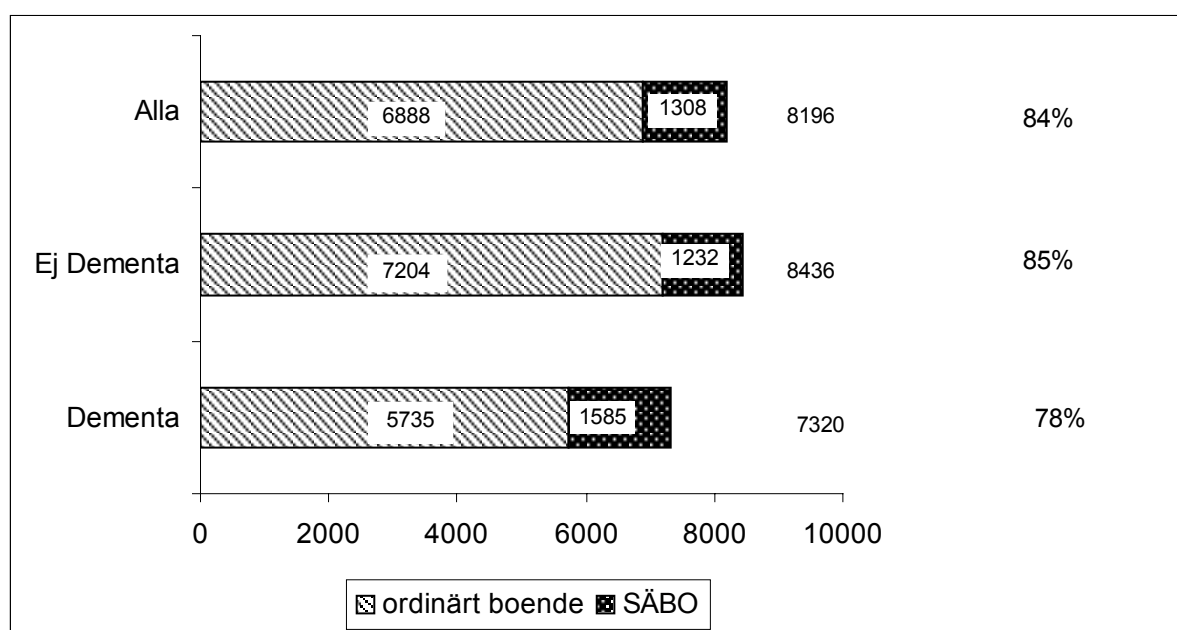
Om demens ersätts med MMT-klass (grad av nedsatt kognition) framgår sambandet mellan kognition och flyttning till särskilt boende ännu tydligare (figur 4).



Figur 4. Tid (dagar) innan flyttning från ordinärt boende till särskilt boende vid olika grader av kognitiv nedsättning (justerat för kön och ålder).

Även när utgångspunkten tas från den ålder då ännu ingen flyttat till särskilt boende (69 års ålder) är det tydligt att personer med demenssjukdom hade

en klart kortare boendetid i ordinärt boende och särskilt boende jämfört med icke-dementa (figur 5) bland dem som faktiskt flyttat till särskilt boende. Här bör dock påpekas att "69-års perspektivet" inte är populationsbaserat eftersom det finns en grupp personer som var 69 år, men som av olika skäl (avlidit, flyttat) inte inkluderades i Kungsholmsprojektet 1987. Dessutom baseras indelningen i "dementa" och "icke-dementa" på situationen 1987. De som hade en demenssjukdom har en klart kortare överlevnad än de som vid baslinjen inte fick någon demensdiagnos. Eftersom demenssjukdomen ledde till tidigare flyttning till särskilt boende kom dock personen med demenssjukdom att bo i särskilt boende längre, cirka 4,3 år och för icke-dementa knappt ett år kortare (figur 5).



Figur 5. Genomsnittlig boendetid från 69 års ålder (dagar) för dem som flyttat till särskilt boende (viktat).

Kvinnor är i majoritet

Kvinnorna är i majoritet i äldreboenden. Från andra studier vet vi att detta främst beror på att kvinnorna lever längre än männen och i högre utsträckning är ensamstående de sista åren av sitt liv. Det är därför ett väntat resultat att betydligt fler kvinnor än män i Kungsholmsstudien flyttat till särskilt boende (tabell 7).

Tabell 7. Boendeförändringar efter kön, viktat.

	Ej flyttat	Flyttat
Män	60%	40%
Kvinnor	44%	56%
Alla	47%	53%

Chi2-test $p < 0,001^4$

Av dem som flyttat till särskilt boende hade kvinnorna en längre tid i ordinarie boende innan flyttning och även boendetiden i särskilt boende var längre (tabell 8). Könsskillnaderna är dock relativt små och inte statistiskt säkerställda.

Tabell 8. Medelboendetid (dagar) i ordinarie boende och särskilt boende från 69 års ålder för personer som sedan avlidit. Justerat för ålder, viktat.

	Medelboendetid ordinärt boende	95% KI	Medelboendetid särskilt boende	95% KI
Män	6 923	6634-7212	467	276-658
Kvinnor	7 192	7050-7334	716	623-809
Alla	7 140	7068-7212	668	631-705

Servicehusen – en mellanform

I Stockholm är servicehus en vanligt förekommande form av särskilt boende. Det har diskuterats om servicehus är en optimal form av äldreboende, bl.a. eftersom den fysiska utformningen skapar problem att klara omfattande omvårdnadsinsatser, särskilt för personer med demenssjukdom. Servicehus på Kungsholmen på 80-talet var en boendeform som ofta tillgreps därför att personen bodde omodernt, inte för att han/hon i övrigt behövde vad man idag menar med särskilt boende. Därför kan det vara av intresse att se om det finns några skillnader i flyttmönster och boendetider för servicehus jämfört med andra former av särskilt boende.

Inte oväntat kan vi då konstatera att personer med demenssjukdom i mindre utsträckning flyttat till servicehus än personer utan demensdiagnos, och att personer utan demensdiagnos bott betydligt längre i servicehus än i andra former av särskilt boende. Boendetiderna för personer med demenssjukdom i särskilt boende förändras relativt marginellt om servicehus inkluderas eller exkluderas, medan den för personer utan demensdiagnos halveras om servicehusboende inte räknas med.

⁴ Hög sannolikhet att angivna värden är korrekta, enligt chi-2-test (statistisk metod)

Diskussion

Särskilt boende – för demenssjuka?

De särskilda boendeformerna har kontinuerligt förändrats efter Ädelreformen, och begreppet särskilt boende inbegriper också en mängd olika former av boende med varierande omfattning av personal och personalkategorier liksom medicinsk teknisk utrustning (9, 10, 11). Utvecklingen under 1990-talet har lett till alltmer flexibla boende- och omsorgsformer. Idag kan även ett stort vård- och omsorgsbehov tillgodoses i ordinärt boende. Servicehusen, med rötter i 1970-talet, byggs om, eller förändras från särskilt boende till vanliga bostäder, kanske i form av seniorbostäder. Denna utveckling har samtidigt medfört att ”ribban” höjts för att få plats i särskilt boende, vilket återspeglas i ett antal rättsliga prövningar i kammarrätt. Kunskapen om vilka som faktiskt flyttar till särskilt boende och vilka omsorgsbehov det särskilda boendet ska kunna tillgodose är dock begränsat.

Det finns begränsningar i denna studie som diskuteras nedan. Trots dessa kan dock vissa viktiga slutsatser dras. En slutsats är att demens tidigarelägger flyttning till särskilt boende. Beträffande boendetiden och överlevnadstid i särskilt boende är bilden något mer komplicerad eftersom det finns olika subgrupper att analysera. Om de olika ansatserna vägs samman tyder dock resultaten på att dementa bor längre tid i särskilt boende än icke-dementa, men här finns också ett komplicerat samspel mellan boendetid och överlevnadstid. Demens förkortar den återstående överlevnadstiden (12).

Andelen kvinnor i särskilt boende är stor. Kvinnorna lever längre och är därför fler än männen i de högsta åldrarna. Männen vårdas av sin åldriga maka, när maken är änka är det särskilda boendet enda alternativet. Kvinnorna har också något längre boendetid i särskilt boende än män. Ett värdigt omhändertagande i det särskilda boendet är således särskilt angelägen för kvinnorna – de dominerar som boende, och också bland personalen.

Det särskilda boendet är således inte en parantes i livets slut. De personer som hade en diagnostiserad demenssjukdom bodde i snitt 4,34 år i särskilt boende, de utan diagnostiserad demenssjukdom 3,38 år, snittet för alla i särskilt boende var 3,58 år. Detta är något lägre än för äldreboenden i Stockholms stad, där de genomsnittliga boendetiderna år 2002 för alla i särskilt boende var 3,9 år för boende i sjukhem och 4,4 år för boende i gruppboende.

Det saknas individstatistik nationellt för att kunna göra jämförelser över landet. Studier genomförda i Umeå sjukvårdsdistrikt visar att boendetiderna 1988 var 2,3 år för alla former av särskilt boende och 2,5 år på sjukhem, 1994 var motsvarande boendetider 2,4 respektive 2,5 år och år 2000 2,9 respektive 2,4 år (professor PO Sandman, institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet, personligt meddelande).

En jämförelse kan också göras med det material som Socialstyrelsen analyserade i rapporten ”Vad är särskilt i särskilt boende?” (9). Resultaten beträffande vistelseperioder för alla kategorier av särskilt boende ger en

genomsnittlig boendetid om 3,1 år, vilket är lika med boendetiderna för vår population om hänsyn enbart tas till särskilt boende med heldygnssomsorg (servicehusen då exkluderade).

Sammantaget tyder resultaten från Kungsholmsprojektet, Umeå och Socialstyrelsens rapport på att äldre som flyttar till särskilt boende bor avsevärd tid där. Detta gäller särskilt för personer med demenssjukdom. Det är alltså viktigt att boendemiljön i vid bemärkelse är anpassad för detta. Det finns de som tämligen snabbt avlider efter en flyttning, vistelsen har då främst karaktär av palliativ vård. Det finns också en ganska väl utbyggd verksamhet med korttidsboende av olika slag. Omsättningen på dessa platser kan vara stor, men det är angeläget att denna grupps snabba omsättning inte får styra utformningen i särskilt boende för dem som bor där för längre tid.

Det har inte i vårt material varit möjligt att analysera om boendetiderna blivit kortare. En intressant jämförelse hade varit mellan dem som beviljades särskilt boende under andra hälften av 1990-talet och dem som beviljades särskilt boende tidigare. Förändringar i servicehusens roll och en striktare biståndsprövning talar för kortare boendetider. Kohortens åldrande och det faktum att de som avlidit före 1995 gör att analyserna inte ens efter justering för ålder blir tillförlitliga. För personer som flyttat efter 1995 saknas dessutom demensdiagnos från Kungsholmsprojektets senaste båda faser, eftersom demensdiagnostiken i fas 5 och 6 ännu ej är klar. Eftersom demens är en oberoende riskfaktor för flyttning blir en analys av gränssnittet före/efter 1995 vanskelig.

Personer med demenssjukdom är den dominerande gruppen i det särskilda boendet. Dimensioneringen av det särskilda boendet i en kommun måste ta sin utgångspunkt i kunskap om antalet med demenssjukdom i kommunen. Boendena måste vara anpassade för att klara de demenssjukas behov av överblick och lättorienterbarhet (5). Personalen måste ha kunskap om bemötande av demenssjuka. Personer som är kognitivt klara måste erbjudas boendeformer där inte de demenssjuka dominerar. Studier som bland andra Socialstyrelsen och Äldrecentrum gjort tyder på att boendena i alltför liten grad är utformade med hänsyn till de demenssjukas situation (13, 14), och att det finns brister i personalens utbildning i omvårdnad av demenssjuka (5, 15). Det finns också data från bland annat Kungsholmsprojektet att personer med demenssjukdom har en klart försämrad funktionsförmåga i vid bemärkelse (16). Det påverkar utformningen av lokaler, personaldimensionering och arbetsmetoder.

Ökande eller minskande behov?

Många kommuner har, eller står inför, omfattande investeringar i ny- och ombyggnation av särskilda boendeformer. Från olika håll i landet rapporteras att tidigare köer till särskilt boende ersätts med tomma platser. Någon säker överblick över utvecklingen och orsakerna till denna finns dock inte. Bostäder är långsiktiga investeringar, som måste bygga på rimliga prognoser och antaganden om framtiden.

En avgörande fråga är då i vilken utsträckning en förändring/förlängning av den kortare överlevnaden hos personer med demenssjukdom påverkar resursutnyttjande och kostnader för vård och omsorg och vilka möjligheter

som finns att korta tiden den äldre behöver omvårdnad. Denna fråga är också i hög grad aktuell när olika interventioner vid demenssjukdom genomförs, dvs. i vilken utsträckning påverkar en intervention överlevnaden och funktionsförmågan? Interventioner kan här ses i vid bemärkelse, till exempel läkemedel (17, 18), anhörigstöd (19), dagvård (20), boendeformer (21), omvårdnadsinsatser(22).

Om en intervention förlänger överlevnadstiden för dementa så kan i och för sig en förbättrad funktionsförmåga medföra lägre kostnader men den kan också leda till att behovet av vård och omsorg bara flyttas fram i tid men inte förkortas. Deskriptiva studier som denna kan inte ge svar på sådana frågor, utan detta måste studeras i prospektiva kontrollerade interventionsstudier. Sådana finns inte idag, däremot finns det stöd i en del studier att läkemedelsbehandling vid demens kan förlänga överlevnaden (23, 24), men det finns också ett visst stöd i utländska studier för att läkemedelsbehandling kan skjuta upp flyttning till sjukhem (24, 25).

Förutom interventionseffekter så pågår det dessutom en allmän diskussion inom den gerontologiska forskningen om utvecklingen av funktionsförmåga och överlevnad bland de äldre. I denna diskussion är begreppen komprimerad, expanderad och framflyttad sjuklighet centrala (26, 27, 28). Skulle en komprimerad sjuklighet vara huvudlinjen så kan detta självfallet lindra konsekvenserna av den demografiska utvecklingen med ett ökande antal äldre och dementa (1). Eftersom resursutnyttjandet är störst under den sista perioden i livet(2), så är detta en kritisk faktor att analysera.

Även om hälsoläget och funktionsförmågan över tid, givet ålder, för äldre i allmänhet förbättras så är det oklart i vilken utsträckning detta gäller dementa, speciellt när olika interventionsmöjligheter finns. Ett rimligt scenario skulle kunna innebära en blandning av de olika teorierna, där medellivslängden ökar liksom antalet äldre, men perioden av sjuklighet flyttas fram och kanske komprimeras något (alternativt längre period av sjuklighet men svårighetsgraden i sjukligheten är mildare på grund av effektivare medicinsk behandling).

Eftersom dementa utgör en så pass stor andel av de resurskrävande äldre inom äldreomsorgen är det angeläget att varje kommun har en planering och strategi som är specifikt inriktad på dementa (5).

De oklarheter som finns kräver dock att vi även fortsättningsvis har tillgång till longitudinella populationsbaserade studier om äldre, som till exempel Kungsholmsprojektet, SWEOLD, H70 och den omfattande nationella studien SNAC (Swedish National study on Ageing and Care). Förutom att innehålla klassiska instrument för att mäta kognition, funktionsförmåga etc. så ger framförallt SNAC möjligheter att studera resursutnyttjande inom äldreomsorg och äldrevård mer i detalj (29).

Referenser

1. Socialstyrelsen. Demenssjukdomarnas samhällskostnader. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001.
2. Batljan, I. and Lagergren, M. Kommer det att finnas en hjälpande hand? Finansdepartementet, Regeringskansliet: Stockholm, 2000.
3. Wimo, A. and Jonsson, L. Kan kostnaderna för äldres framtida vård- och omsorgsbehov beräknas? Läkartidningen, 2001. **98(38)**: s. 4042–8.
4. Svenska Kommunförbundet. Vår framtid. Äldres vård och omsorg inför 2000-talet. Slutrapport. 1999, Svenska Kommunförbundet: Stockholm.
5. Socialdepartementet. På väg mot en god demensvård. Stockholm, Socialdepartementet, 2003, Ds 2003:47.
6. Borgegård, L.-E., J. Håkansson, J. and Tillberg, K. Flyttningar och planering inför boendet som äldre, in SENIOR 2005: Riv Ålderstrappan! Livslopp i förändring. Stockholm, Socialdepartementet, Editor. 2003, SOU 2002:29.
7. Fratiglioni, L. et al. Occurrence of dementia in advanced age: the study design of the Kungsholmen Project. *Neuroepidemiology*, 1992. **11 Suppl 1**: s. 29–36.
8. Almkvist, O. et al. Mild cognitive impairment – an early stage of Alzheimer's disease? *J Neural Transm Suppl*, 1998. **54**: s. 21–9.
9. Socialstyrelsen. Vad är särskilt i särskilt boende för äldre. En kartläggning. Stockholm, Socialstyrelsen, 2001.
10. Socialstyrelsen. Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen. Stockholm, Socialstyrelsen, 1998.
11. Askelöf, A. Särskilda boendeformer i jämförelse. Stockholm, Svenska Kommunförbundet, 1999.
12. Aguero-Torres, H., Fratiglioni, L. and Winblad, B. Natural history of Alzheimer's disease and other dementias: review of the literature in the light of the findings from the Kungsholmen Project. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998. **13(11)**: s. 755–66.
13. Socialstyrelsen. Sveriges demensboenden – en nationell kartläggning. Stockholm, Socialstyrelsen, 1995.

14. Socialstyrelsen. Äldelreformen. Slutrapport. Sammanfattning och slutsatser. Stockholm, Socialstyrelsen, 1996.
15. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget. Slutrapport. Stockholm, Socialstyrelsen, 2000.
16. Agüero-Torres, H. et al. Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-year follow-up data from a population-based study. *Am J Public Health*, 1998. **88**(10): s. 1452–6.
17. Winblad, B. et al. A 1-year, randomized, placebo-controlled study of donepezil in patients with mild to moderate AD. *Neurology*, 2001. **57**(3): s. 489–95.
18. Läkemedelsverket. Farmakologisk behandling av kognitiv störning vid Alzheimers sjukdom. Uppsala, Läkemedelsverket, 2002.
19. Jansson, W. et al. The Circle Model – support for relatives of people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998. **13**(10): s. 674–81.
20. Wimo, A. et al. Dementia day care and its effects on symptoms and institutionalization – a controlled Swedish study. *Scand J Prim Health Care*, 1993. **11**(2): s. 117–23.
21. Wimo, A. et al. Cost-utility analysis of group living in dementia care. *Int J Technol Assess Health Care*, 1995. **11**(1): s. 49–65.
22. Edberg, A. and Hallberg, I.R. Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *Int J Nurs Stud*, 2001. **38**(3): s. 271–85.
23. Ott, B.R. and Lapane, K.L. Tacrine therapy is associated with reduced mortality in nursing home residents with dementia. *J Am Geriatr Soc*, 2002. **50**(1): s. 35–40.
24. Knopman, D. et al. Long-term tacrine (Cognex) treatment: effects on nursing home placement and mortality, Tacrine Study Group. *Neurology*, 1996. **47**(1): s. 166–77.
25. Geldmacher, D.S. et al. Donepezil is associated with delayed nursing home placement in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*, 2003. **51**(7): s. 937–44.
26. Fries, J.F. Aging, natural death and the compression of morbidity. *N Engl J Med*, 1980. **303**: s. 130–135.
27. Olshansky, S.J. Tarding off longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. *J Aging Health*, 1991. **3**: s. 194–216.

28. Manton, K.G., Stallard, E. and Corder, L. Changes in morbidity and chronic disability in the U.S. elderly population: evidence from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1995. **50**(4): s. S194–204.
29. Lagergren, M. et al. Inventering av långvariga äldre vårdtagare i SNAC-kommunerna per den 1 februari 2001 – Jämförande rapport från SNAC-K baseline-undersökningarna i Karlskrona, på Kungsholmen, i Nordanstig och i Skåne (working title). Stockholm, Stiftelsen Äldrecentrum, 2002.

Bilagor

Studiepopulationen och statistiska metoder

Metodologiska överväganden

En analys av boendeförändringar ger värdefull information om överlevnads-
mönster och boende hos dementa och icke-dementa personer som är viktig
när äldreomsorgens dimensionering diskuteras. Det är då viktigt att popula-
tionsbaserade studier används, där samma äldre följs över tid. Vår uppfölj-
ningstid på cirka 15 år är i det sammanhanget mycket värdefull. Kritiskt är
dock kvaliteten på registrerade data. I en studie med vår uppläggning gäller
detta bland annat tillförlitligheten i registreringen av boende/vårdform. Sär-
skilda boendeformer har många benämningar och dess innehåll (bemanning,
kompetens, medicinsk teknisk utrustning) kan variera vilket gör att det kan
finnas gråzoner när form av särskilt boende skall registreras^[9]. Den andra
viktiga kvalitetsaspekten är det datum där förändringen av boende sker. Dels
kan det vara svårt att få fram ett datum ur olika källor (folkbokföring, kom-
munens biståndsbedömningar, sjukvårdsregister före Ädelreformen med
mera), dels kan det ske flera flyttningar och dels kan olika former av kort-
tidsboende komplicera registreringen. Alla dessa problem och frågeställ-
ningar kan vi inte besvara i denna studie.

Det är tre viktiga faktorer som gör att tillförlitligheten i resultaten kan
diskuteras (dessutom finns det en generell diskussion om Kungsholmspro-
jektets generaliserbarhet som grundar sig på urvalet av 75 år och äldre,
stadsdelen Kungsholmens representativitet, tidsfaktorns betydelse med mera
som vi inte fördjupar oss i här).

Den första begränsningen är att det kan finnas flyttningar som vi inte
fångat upp. Vi har hämtat uppgifter ur olika källor, där dock olika gallringar
sker. Omfattningen av antalet flyttningar som vi registrerat och den kontroll
som gjorts i olika källor gör dock att vi bedömer att antalet missade flytt-
ningar är begränsat. I en del fall fanns det en diskrepans i flyttdatum i olika
källor, som i de flesta fall var i storleksordningen veckor. I en del fall var
det längre, sannolikt beroende på när en permanent flyttning bedömts ske. I
många fall övergår till exempel en växelvård eller annan form av korttids-
vård till permanent boende. I enstaka fall var det en skillnad på flera år
mellan olika källor och då fanns uppenbarligen ett registreringsfel i någon
källa.

Den andra begränsningen är kopplad till de demenssjuka. I denna studie
har prevalenta dementa vid baslinjen analyserats. En del av dessa bodde
redan i särskilt boende. Av större värde är att studera incidenta dementa och
se hur deras flyttningsmönster över tid utvecklas. Problemet då blir emeller-
tid att dessa är färre än de prevalenta fallen och dessutom blir uppföljnings-
tiden kortare. Vi har dock gjort vissa analyser på de incidenta dementa från
fas 3 och 4. Dock har det sannolikt tillkommit en del nya dementa i fas 5
och 6 som i vår analys klassas som icke-dementa, eftersom demens-

diagnostiken i fas 5 och 6 ännu ej är klar. Det innebär en viss underskattning av andelen personer med demenssjukdom som flyttat till särskilt boende.

Den tredje begränsningen (som hänger ihop med den andra) är kopplad till den första mätpunkten för tidsuppföljningen. Pensionärerna är då som grupp heterogena och har olika boendeförlopp bakom sig. Delvis kan detta kompenseras genom justering för ålder, kön och andra bakgrundsfaktorer samt med subgruppsanalyser men idealet är naturligtvis en startpunkt ännu längre tillbaka i tiden då samtliga var friska och funktionellt oberoende eller t ex en tidpunkt då demensdiagnos sattes på dementa. Därför har vi spårat flyttningar även innan inklusion i Kungsholmsprojektet och vi tror oss ha identifierat en situation 1980 då samtliga bodde hemma. Vi har även definierat en situation då samtliga hade samma ålder, 69 år, då alla så vitt vi kan utröna bodde hemma.

Även om vi får en betydligt mer omfattande bild av flyttmönstret så har dessa ansatser två allvarliga begränsningar: dels saknar vi en mängd bakgrundsdata om funktionsförmåga, social situation, medicinskt tillstånd, tidpunkt för demensdiagnos etc., dels är det inte längre någon äkta populationsansats. Vi har nämligen inte med alla i motsvarande Kungsholmspopulationer (1980 respektive 69 år gamla) utan enbart dem som så småningom (det vill säga 1987) inkluderades i Kungsholmsprojektet.

Studiepopulationen

Ur den ursprungliga kohorten i Kungsholmsprojektet om 1 810 personer har en fallkontrollstudie genomförts, där dementa är fall och icke-dementa är kontrollgrupp (n=668), och det är på denna studiepopulation som föreliggande analys har genomförts. Registreringsdatum för varje individ är det datum som undersökningen/intervjun skedde (i fortsättningen även kallat baslinjen eller inklusion i Kungsholmsprojektet).

Det har registrerats 250 första flyttningar i boendet (både flyttning från ordinärt boende men även inom särskilt boende) *efter* inklusion i Kungsholmsprojektet och datum för flyttning kunde erhållas för 225 personer (90 procent). Av dessa 250 har 230 (92 procent) avlidit, vi har flyttningsdatum för 205 (89 procent).

Fördelningen mellan dementa och icke-dementa i case-controlstudien återspeglar inte kohortstudien. Därför har en viktning skett i analyserna som inte är inriktade på demens, till exempel utifrån kön, för att bättre representera ursprungskohorten. Detta bygger på antagandet att analyser i ursprungskohorten då har en god generaliserbarhet. För att viktningen inte skulle ge en artificiellt förstärkt statistisk power med för smala konfidensintervall har konfidensintervallen korrigerats i Excel.

Information om boendet har insamlats på följande sätt

I register hos Lokala Skattemyndigheten undersöktes var personerna har varit mantalsskrivna sedan 1987. Före den 1 juli 1991 var det församlingarna som ansvarade för folkbokföringen, men efter det datumet ligger ansvaret hos den lokala skattemyndigheten. För dem som avled före den 1 juli 1991 finns alltså inga uppgifter hos Lokala Skattemyndigheten utan endast hos

församlingarna och då i gamla handskrivna böcker och därför studerades handlingar hos Kungsholms församling.

Vid flyttning till särskilt boende behöver den äldre inte folkbokföra sig där. Vid flyttning före Ädelreformen till sjukhem blev personen inte mantalsskriven på den nya adressen (sjukhemmet). Uppgifter om särskilt boende (sjukhem, ålderdomshem, gruppboende) har hämtats från Stockholms stads datasystem som innehåller uppgifter om boendeform per månad. För åren 1995–februari 1999 har uppgifter hämtats från systemet ÅHOS, och för perioden mars 1999 till juni 2003 från systemet ”Paraplyet”. Dessa uppgifter är underlag både för avgifter till den enskilde och för ersättning till utföraren av vården och bedöms därför vara tämligen korrekta.

Dessutom har dödsbevisen granskats för att se var personerna avlidit. Om en person avled i bostaden har vi utgått från att de bodde hemma när de avled. Om dödsfallet inträffade kontaktades sjukhemmet för att ta reda på inskrivningsdatum. När inga journaler finns kvar på sjukhemmet kontaktades Kungsholmens Stadsdelsnämnd och Stockholms stadsarkiv enligt ovan. För att få fram flyttdatum till servicehus innan baslinjen kontaktades Lokala skattemyndigheten och deras arkivgrupp. Där studerades mikrofilm för att hitta inflyttningsdatum till servicehus före den 1 oktober 1987. För perioden 1994 till och med juni 2003 har vi dessutom registerutdrag om boende och flyttningar från Stadsarkivets datasystem.

Flyttningsanalysen sker på två sätt, dels flyttningar efter inklusion i Kungsholmsprojektet, dels flyttningar både innan och efter inklusion i projektet. Registrerat boende vid inklusion i Kungsholmsprojektet och det boende/flyttningsmönster som vi fann var inte alltid kongruent och därför har i en del fall (tolv, varav två avsåg olika särskilda boendeformer) registrerat boende vid baslinjen ändrats. En orsak kan vara att förändringen av boende skedde mycket nära i tiden för undersökningen, men i enstaka fall var det uppenbart fel (till exempel en person hade bott i särskilt boende i flera år men var registrerad som boende i eget boende).

Flyttningar före inklusion i Kungsholmsprojektet

Vi känner till flyttmönstret, i de flesta fall flyttdatum, samt kön och ålder när flyttningen ägde rum. Vi kan därför skapa mönster för hur boendet utvecklats. Den yngsta person som flyttade till särskilt boende var 70 år gammal. Vi har då valt ett startdatum för varje individ till 69 års ålder. Detta alternativ bygger på antagandet att det inte förekommit några flyttningar till särskilt boende utöver dem vi identifierat, det vill säga om vi har identifierat en flyttning från ordinärt boende till särskilt boende hos en person så antar vi att detta var första gången detta skedde.

Statistiska metoder

Analyserna har skett i SPSS 11.0. Medelvärdesanalyser har skett med univariat metod med 95 procent konfidensintervall (95 %KI). Samtliga analyser har justerats för ålder. Överlevnadsanalys har använts för att analysera överlevnad och förändring av boende. Censoreringsanalys har skett utifrån 2003-07-01 då dödsdatum och förändringar i boendet har följts upp till och med juni 2003.

För de analyser som inte bygger på jämförelse mellan dementa och icke-dementa (förutom rent deskriptiva data) har en viktning skett av de icke-dementa för att återspegla fördelningen mellan dementa och icke-dementa i ursprungskohorten (1 810 personer) i Kungsholmsprojektet. Viktningsfaktorn blev 3,58, avrundat till 7:2. För att inte felaktigt öka analysernas statistiska power efter viktningen omräknades konfidensintervallen i analyserna manuellt i kalkylprogrammet Excel.

Bilaga 2 Statistik

Tabell 9. Flyttningsmönster hos dementa och icke-dementa från baslinjen.

Från	Till	Icke-dementa vid inklusion	Dementa vid Inklusion	Alla
Ingen flyttning från	ordinärt boende eller särskilt boende	272	145	417
	<i>Andel</i>	62%	64%	63%
Ordinärt boende	Servicehus	28	4	32
	<i>Andel</i>	6%	2%	5%
Ordinärt boende	Ålderdomshem	20	1	21
	<i>Andel</i>	5%	<1%	3%
Ordinärt boende	Sjukhem	89	50	139
	<i>Andel</i>	20%	22%	21%
Ordinärt boende	Psyk.enhet	9	5	14
	<i>Andel</i>	2%	2%	2%
Ordinärt boende	Gruppboende	7	0	7
	<i>Andel</i>	2%	0%	1%
Ordinärt boende	Annat	7	4	11
	<i>Andel</i>	2%	2%	2%
Servicehus	Servicehus	1	0	1
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
Servicehus	Ålderdomshem	1	0	1
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
Servicehus	Sjukhem	3	6	9
	<i>Andel</i>	<1%	3%	1%
Servicehus	Annat	1	0	1
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
Sjukhem	Servicehus	1	0	1
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
Sjukhem	Sjukhem	0	3	3
	<i>Andel</i>	0%	1%	<1%
Sjukhem	Psyk.enhet	2	0	2
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
Sjukhem	Annat	0	2	2
	<i>Andel</i>	0%	<1%	<1%
Annat	Sjukhem	0	4	4
	<i>Andel</i>	0%	2%	<1%
Annat	Psyk.enhet	1	1	2
	<i>Andel</i>	<1%	0%	<1%
	Summa	442	225	667
	<i>Summa %</i>	100%	100%	100%

Kommentar: Alternativet ”annat” finns med när det antingen inte gått att klarlägga varifrån eller till vad probanden flyttat. ”Annat” är med största sannolikhet någon form av SÄRSKILT BOENDE men det kanske också vara en person som vårdats mycket länge inom slutenvården och där det varit svårt att ange hemvist. Att andelen demenssjuka som flyttat till gruppboende förklaras av att den boendeformen inte fanns i större utsträckning på Kungsholmen tidigare.

Tabell 10. Boendetid fördelat på ordinärt boende och boende i särskilt boende från baslinjen till dödsdatum vid olika nivåer av kognitiv förmåga, uttryckt som MMSE. Viktat, justerat för ålder. (95% KI)

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Totalt
MMSE 0-10	107 (0–350)	872 (712–1 032)	979 (721–1 237)
MMSE 11-20	523 (295–751)	815 (665–965)	1 339 (1 097–1 581)
MMSE 21-30	1 824 (1 704–1 944)	431 (352–510)	2 256 (2 129–2 383)
Alla	1 549 (1 500–1 599)	508 (479–536)	2 057 (2 007–2 107)

Tabell 11. Boendetid fördelat på tid i ordinärt boende och i särskilt boende från baslinjen för dementa och icke-dementa som avlidit och som bodde i ordinärt boende vid baslinjen. Justerat för ålder. (95% KI)

	Ordinärt boende	Särskilt boende	Totalt
Dementa (n=96)	842 (601-1083)	648 (509-788)	1 490 (1 220-1 760)
Icke-dementa (n=336)	2 030 (1 902-2 159)	311 (236-385)	2 341 (2 197-2 485)
Alla i ordinärt boende vid baslinjen (viktat)	1 931 (1 879-1 983)	335 (310-361)	2 266 (2 210-2 323)