

Jämlikhetsanalys

*Analys av biståndsinsatser
riktade mot äldre Malmöbor
inom Socialtjänsten 2018-2020*



Avdelning för strategisk utveckling
Hälsa, vård & omsorg



Jämlikhetsanalys

Analys av biståndsinsatser riktade mot äldre Malmöbor inom Socialtjänsten 2018 - 2020

Hälsa-, vård- och omsorgsförvaltningen

Strategisk utvecklingsavdelning
och avdelningen för Myndighet

Upprättad: 2022-05-09

Version: 1

Ansvarig: Maria Kronogård, Anna
Lundström och Cecilia Quittberg

Dnr: HVO-2022-4940



Sammanfattning

Äldreomsorgen är en del av socialtjänsten och därmed också en del i att verka för jämlikhet i människors livsvillkor. För att kunna göra det behövs kännedom om olika gruppers och individers livsvillkor och de ojämlikheter som kan komma med dem. Jämlik vård och omsorg är viktig ur juridiskt perspektiv såväl som ur ett kvalitets- och tillgänglighetsperspektiv. Utifrån vetskapen om ojämlika villkor gällande hälsa och sambandet med socioekonomiska faktorer har en jämlikhetsanalys utförts inom ramen för ett budgetuppdrag av Hälsa- vård och omsorgsnämnden.

Analysen bygger på data från statistiska centralbyrån samt hälsa, - vård- och omsorgsnämndens avdelning för Myndighet. Utifrån dessa uppgifter har tillgången till nämndens biståndsbedömda insatser analyserats i förhållande till olika socioekonomiska variabler. De variabler som är med i analysen är kön, ålder, hushållsställning, inkomst, utbildningsnivå och födelseregion. Analysen innehåller tre delar, där förekomst av insats, antal insatser samt antal insatser vid första insats är analyserade. Analysen visar att dessa faktorer på olika sätt har betydelse för sannolikheten att överhuvudtaget ha insatser men även hur många insatser som beviljats. Ålder är den enskilt starkaste faktorn som påverkar denna sannolikhet – ju äldre du är desto större sannolikhet att du har insatser och att du har fler insatser, oavsett övriga variabler. Även hushållsställning har ett tydligt samband med detta. Personer som bor tillsammans med någon har mindre sannolikhet att ha insats. Sammanboende har även färre insatser än ensamboende. Ålder och hushållsställning som viktiga faktorer är inte förvånande. Det är dock inte heller helt oproblematiskt, inte minst ur ett anhängsperspektiv. Analysen visar även att ekonomiska förutsättningar har betydelse för antal insatser samt att personer med födda utanför Norden har mindre sannolikhet att ha insatser än personer födda inom Norden. Den enskildes geografiska tillhörighet, det vill säga var en person bor, och de förutsättningar som finns i staden utifrån denna verkar också ha betydelse för antalet insatser. Personer med en lägre utbildningsnivå har varken fler eller färre insatser än personer med högre utbildningsnivå. Detta är ett exempel på när siffrorna indikerar en ojämlikhet trots att det inte finns någon skillnad. Utifrån vetskapen att utbildningsnivå och hälsa är tätt sammankopplat där lägre utbildningsnivå innebär en sämre hälsa torde behovet av stöd under ålderdomen vara större för personer med lägre utbildningsnivå och därmed att de har fler insatser för att kompensera upp för ojämlikheten i hälsa. Något som alltså inte görs.

Analysen visar sammantaget att nämnden fortsättningsvis behöver fokusera på att identifiera orsakerna till resultatet som framkommer i denna rapport. Det fortsatta arbetet bör utifrån identifiering av orsaker handla om att undersöka, föreslå och genomföra åtgärder för att motverka de ojämlikheter som synliggörs av analysen.

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Sammanfattning | 2 |
| Innehållsförteckning | 3 |
| Förord | 6 |
| Inledning | 7 |
| Varför en jämlikhetsanalys i äldreomsorgen? | 8 |
| Bakgrund | 10 |
| Socialtjänstlagen och äldreomsorgen | 12 |
| Underlag för analyserna | 13 |
| Data från Statistiska centralbyrån | 15 |
| Kön och ålder | 15 |
| Födelseregion | 16 |
| Utbildningsnivå | 16 |
| Disponibel månadsinkomst | 17 |
| Hushållsställning | 17 |
| Stadsdelar | 18 |
| Deskriptiv beskrivning över Malmöbor och brukare 65 år och äldre | 19 |
| Ålder och kön | 19 |
| Ensamboende och sammanboende | 20 |
| Disponibel månadsinkomst | 21 |
| Utbildningsnivå | 21 |
| Födelseregioner | 22 |
| Stadsdelar | 24 |

| | |
|--|-----------|
| Metod | 25 |
| Tolkning av tabellerna | 25 |
| Tre olika analyser | 26 |
| Analys av förekomst av insats | 26 |
| Analys av antal insatser | 27 |
| Analys av första insats | 28 |
| Resultat..... | 29 |
| Ålder, kön och hushållsställning | 29 |
| Förekomst av insats | 29 |
| Antal insatser | 31 |
| Första insats | 32 |
| Viktigaste slutsatserna för ålder, kön och hushållsställning | 33 |
| Stadsdelar | 34 |
| Förekomst av insats | 34 |
| Antal insatser | 36 |
| Första insats | 36 |
| Viktigaste slutsatserna för stadsdelar | 37 |
| Disponibel månadsinkomst..... | 38 |
| Förekomst av insats | 38 |
| Antal insatser..... | 39 |
| Första insats | 41 |
| Viktigaste slutsatserna för disponibel inkomst | 42 |
| Utbildningsnivå | 44 |
| Förekomst av insats | 44 |
| Antal insatser..... | 44 |
| Första insats | 45 |

| | |
|---|-----------|
| Viktigaste slutsatserna för utbildningsnivå | 46 |
| Födelseregion..... | 47 |
| Förekomst av insats | 47 |
| Antal insatser..... | 49 |
| Första insats | 49 |
| Viktigaste slutsatserna för födelseregion | 50 |
| Områden för fortsatt analys | 52 |
| Födelseregion..... | 52 |
| Disponibel månadsinkomst..... | 52 |
| Utbildningsnivå | 53 |
| Kvinnor och män..... | 53 |
| Stadsdelar | 53 |
| Referenser | 54 |

Förord

Malmö Stads befolkning förväntas växa med 47 000 invånare till år 2032. En av de snabbast växande grupperna är personer som är 65 år och äldre. Vi vet att ålder är en viktig faktor för behovet av insatser från Hälsa-vård och omsorgsförvaltningen och således kommer behoven att öka i takt med befolkningsutvecklingen. Malmö är en stad med rik mångfald och olika socioekonomiska förutsättningar. Då befolkningen i Malmö blir äldre kommer gruppen över 65 år bli mer heterogen utifrån födelseland, utbildningsnivå och inkomster.

Äldreomsorgen är en del av socialtjänsten och har därmed en viktig uppgift att verka för jämlikhet i människors livsvillkor och verka för att ständigt kunna möta personen där den är, därför behöver äldres livsvillkor undersökas och synliggöras. I enlighet med Kommunfullmäktige mål skall fler Malmöbor uppleva att staden levererar en god och likvärdig service genom hög tillgänglighet, professionellt bemötande, rätt kompetens samt genom att ligga i framkant i den digitala utvecklingen. Tillgängligheten till hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och de insatser som erbjuds är en förutsättning för en likvärdig service och tillgodosedda behov för Malmöbon.

En stor mängd biståndsbeslut fattas varje dag året om på myndighetsavdelningen inom HVOF och totalt omfattas ca 10 000 Malmöbor varje år. För att få en bild av hur det ser ut i Malmö behövs kunskap om hur nämndens service och insatser når Malmöbor i dagsläget.

Genom att göra denna jämlikhetsanalys utifrån fattade biståndsbeslut undersöker nämnden om det finns omotiverade skillnader i tillgången till nämndens service och insatser gällande kön, födelseland, ålder, utbildningsnivå och inkomst. Analysen ger en bild av var det finns omotiverade skillnader mellan olika grupper i befolkningen och kan därmed utgöra ett underlag till fortsatta åtgärder för att motverka ojämlikheter.

Det är första gången som Hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen gör en sådan omfattande jämlikhets analys, det hade inte varit möjligt utan det goda samarbetet med stadskontoret som har varit både givande och lärorikt.

Anne Wolf, Jens Westerlund, Ann-Kristin Blomgren

Inledning

Det har gjorts många olika kartläggningar inom hälso- och sjukvården som har konstaterat att vården inte är jämlik. Jämlik hälso- och sjukvård handlar inte om att ge lika eller samma stöd och insatser till alla utan om att anpassa vården efter det individuella behovet. Anpassningen ska ske oavsett personens ålder, kön, etnicitet, utbildningsbakgrund, religion, sexuell läggning eller inkomst. Inom hälso- och sjukvården kan den ojämlikheten ta sig olika uttryck. Exempelvis har personer med låg utbildningsnivå en sämre hälsa än personer med en hög utbildningsnivå vilket tar sig i uttryck på flera sätt. Kvinnor med kort utbildning har en lägre chans att överleva bröstcancer jämfört med kvinnor med längre utbildning. Äldre personer med lägre utbildningsnivå har en högre risk att få behandling med äldre läkemedel eller läkemedelskombinationer som är mer riskfyllda jämfört med äldre personer med högre utbildningsnivå. Anledningen till att utbildning påverkar hälsa och tillgång till hälso- och sjukvården kan bero på olika tillgång till kunskap, livsstil, nätverk kring personen, förmågan att ta till sig information och vilka krav patienten vågar ställa (Vårdguiden, 2022). Utöver utbildning är det belagt att faktorer som ålder, kön, inkomst och födelseland påverkar graden av jämlikhet i hälso- och sjukvården. Även själva graden av hälsa ser olika ut beroende på personens ålder, kön, etnicitet, utbildningsbakgrund, religion, sexuell läggning och inkomst, det vill säga olika socioekonomiska och sociokulturella faktorer. Skolan är ytterligare ett exempel på ett område som är väl beforskat utifrån ett jämlikhetsperspektiv och där det är tydligt att sociala faktorer, så som föräldrarnas utbildningsnivå, har betydelse för barns förutsättningar i skolan. Även inom socialtjänsten har kartläggningar gjorts men ofta med fokus på barn eller personer i arbetsför ålder.

Socialtjänstlagen, som är utgångspunkten för bedömningar av insatser till enskilda inom äldreomsorgen, anger inte hälsa eller ohälsa som grund för insatser. Samtidigt leder sämre hälsa i många fall till behov av insatser från äldreomsorgen. Ojämlikheter i hälsa riskerar därför att även leda till en ojämlik äldreomsorg. Hälsa är svårt att mäta och definiera. Faktorerna som påverkar hälsan är dock väl kända och betydligt lättare att definiera och mäta. Vetskapen om dessa förhållanden ledde till ett behov av att undersöka om och i så fall i vilken omfattning det finns liknande mönster, som inom hälso- och sjukvården, inom den del av socialtjänsten som utgör äldreomsorgen och därmed insatser som äldre kan få i Malmö stad. Finns det ojämlikheter i tillgången till äldreomsorgen som kan kopplas till individernas grupptillhörighet så som till exempel utbildningsnivå, disponibel månadsinkomst eller födelseregion? Genom att undersöka detta kan nämnden upptäcka eventuella ojämlikheter och utifrån den kunskapen även arbeta för att motverka dem.

Folkhälsomyndigheten belyser ur ytterligare ett perspektiv vikten av att nämnden aktivt behöver säkerställa hur olika bakgrundsfaktorer hos Malmöbon påverkar insatserna enligt socialtjänstlagen.

Ojämlikhet i hälsa kan också ses ur ett livslöppsperspektiv. Det innebär att hälsan och ojämlikhet i hälsa är ett resultat av processer som pågått under hela livet, där faktorer som uppväxt, familj, skola,

arbete och boende formar förutsättningarna för ett hälsosamt liv. Hälsan vid en tidpunkt är kopplad till den position man har vid den tidpunkten men också till den position man har haft som barn och genom livet, och därmed den exponering av olika riskfaktorer för hälsan som det innebär (Folkhälsomyndigheten, 2022)

Detta är av vikt att ha med sig även inom äldreomsorgen då vi möter äldre Malmöbor. Det är då viktigt att ha med sig att det inte bara är den position som den enskilde är i just nu som har betydelse för dess livssituation utan även hur livsloppet sett ut fram tills vi möter den enskilde.

Varför en jämlikhetsanalys i äldreomsorgen?

Kommunfullmäktiges budget för åren 2020–2022 innehåller följande mål:

Fler Malmöbor, besökare och sambandsaktörer ska uppleva att Malmö stad levererar en god och likvärdig service genom hög tillgänglighet, professionellt bemötande, rätt kompetens samt genom att ligga i framkant i den digitala utvecklingen.

Tillgänglighet till hälsa-, vård- och omsorgsnämnden och de insatser som erbjuds är en förutsättning för en likvärdig service och tillgodosedda behov för Malmöbor. Utifrån detta har en jämlikhetsanalys utförts. Syftet med jämlikhetsanalysen har varit att undersöka om det finns omotiverade skillnader i tillgången till nämndens service och insatser baserat på jämlikhetsaspekter. Med jämlikhetsaspekter avses exempelvis kön, födelseland, ålder, utbildningsnivå och inkomst och dess påverkan på möjligheten stöd och hjälp. Omotiverade skillnader innebär att vissa gruppers erhållna stöd skiljer sig åt från andras utan andra skillnader än just dessa aspekter. Jämlikhetsanalysen syftar till att ta fram kvantitativa data utifrån äldre Malmöbor och förekomst av insats och antal insatser från HVOF. Analysen skiljer på gruppen äldre (personer över 65 år) i Malmö som helhet och gruppen äldre Malmöbor som har en eller flera insatser från nämnden, så kallat brukare.

Ytterligare skäl att genomföra jämlikhetsanalysen är det *juridiska argumentet* och *kvalitetsargumentet* vilka presenteras nedan.





Argumenten visar både nämndens juridiska skyldighet att beakta dessa aspekter och dess betydelse för kvaliteten för de insatser som nämnden erbjuder Malmöborna.

Bakgrund

Mellan åren 2013 och 2017 fanns fem stadsområden som främst ansvarade för socialtjänst och äldreomsorg, där både politisk ledning och förvaltningsledning låg på varje stadsområde. I maj 2017 inrättades de nya facknämnder som finns i Malmö stad idag. Malmö återgick därmed till en facknämndsindelning utan geografisk indelning av den politiska ledningen. Äldreomsorgen organiserades då under hälsa-, vård- och omsorgsnämnden med tillhörande förvaltning. Tillsammans med hälsa-, vård- och omsorgsnämnden formades ytterligare två socialnämnder; funktionsstödsnämnden och arbetsmarknads- och socialnämnden.

Biståndshandläggarna inom hälsa-, vård- och omsorgsnämnden samlades 2018 i en myndighetsavdelning. Avdelning myndighet hade de första åren fokus på att skapa förutsättningar för en samordnad och effektiv biståndsbedömning som främjar jämställdhet och jämlikhet i levnadsvillkor. Malmö stads riktlinjer för biståndsbedömning hade tidigare tolkats på olika sätt i stadsområdena. När biståndshandläggarna samlades under en myndighet påbörjades därför ett arbete med att säkerställa en likvärdig tolkning av riktlinjerna. Fokus låg även på att handlägningsprocessen skulle öka delaktighet och självbestämmande för de äldre, med en flexibilitet i utförandet under förutsättning att rättssäkerheten för den enskilde inte försämrades. Det var även av stor vikt att ge biståndshandläggarna rätt förutsättningar att följa upp alla biståndsbeslut. Oavsett vem det är som verkställer ett beviljat biståndsbeslut, exempelvis hemtjänst eller ett särskilt boende, ansvarar den beslutande nämnden för att den enskilde får det bistånd som har beviljats och att insatserna är av god kvalitet. Med detta ansvar följer en skyldighet att dokumentera att beslutet har verkställts samt att följa upp det beviljade biståndet systematiskt och fortlöpande. Detta arbete syftade till att skapa förutsättningar för likvärdiga biståndsbedömningar i meningen att arbetssätt och bedömningar skulle ske likartat oavsett var den äldre bor eller vilken biståndshandläggare som utreder ärendet.

Jämställdhetsintegrering och plan för mänskliga rättigheter

År 2012 påbörjades ett arbete med jämställdhetsintegrering i Malmö stads vård- och omsorgsverksamheter. Arbetet skedde till stor del inom myndigheten då tidigare studier visat att kvinnor och män, flickor och pojkar som är i behov av insatser enligt socialtjänstlagen och LSS, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, inte bedöms på ett jämställt sätt. För att ta reda på om liknande mönster fanns i Malmö stad påbörjades arbetet med jämställdhetsintegrering. Målet med arbetet var en jämlik fördelning av verksamhetens resurser. En del av arbetet som genomfördes bestod av en granskning av biståndsutredningar. Granskningen visade bland annat att:

- Kvinnors ansvar för sin situation beskrevs i utredningarna i större utsträckning än mäns ansvar för detsamma.
- Endast döttrar initierar ärenden trots att flertalet brukare även har söner.
- Anhöriga, utanför hushållet, till sammanboende män är mer involverade i utredningen än anhöriga till sammanboende kvinnor.
- Giftna kvinnor initierar ärendet oftare än giftna män. Kvinnor är också mer hjälpliga med service och personlig omvårdnad till sina makar än vad giftna män är till sina fruar.

- o Sammanboende kvinnor beviljades fler insatser än sammanboende män vilket berodde på att männen i större utsträckning än kvinnor fick sitt behov av stöd och hjälp tillgodosett genom sin (kvinnliga) partner.

För att öka förutsättningarna för en mer jämställd biståndsbedömning genomfördes utbildningar kring jämställdhet för biståndshandläggare. Därutöver skapades en checklista för jämställd biståndsbedömning. Användandet av denna syftade till att biståndshandläggaren själv kan ”jämställdhetssäkra” sina samtal och möjliggöra för brukaren att återge sin livssituation utan att informationen blir stereotyp behandlad utifrån dennes kön. Jämställd biståndsbedömning är en del av nämndens övergripande arbete med mänskliga rättigheter.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden antog 2019 en gemensam plan för arbetet med mänskliga rättigheter. Syftet med planen är att samla arbetet med att främja lika rättigheter och möjligheter och motverka diskriminering. I planen står att arbetet med mänskliga rättigheter handlar om att främja och säkerställa rättigheter inom verksamheternas ansvarsområden, se till att dessa tillgodoses utan diskriminering samt att de är tillgängliga för alla. Exempel på områden som ryms inom ramen för arbetet med mänskliga rättigheter är diskriminering, tillgänglighet, jämlikhet, jämställdhet, våld i nära relation, HBTQIA+, barns rättigheter och nationella minoriteter. För att kunna arbeta med dessa frågor behövs kunskap om hur nämndens service och insatser når Malmöbor i dagsläget. Ett första steg i insamlandet av sådan kunskap är denna jämlikhetsanalys där kvantitativa data har samlats in gällande tillgången till dessa insatser. Med en kvantitativ översikt kan utvecklingsområden identifieras och utifrån dessa kan ett fortsatt arbete med eventuella åtgärder göras.

Socialtjänstlagen och äldreomsorgen

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden är, tillsammans med arbetsmarknads- och socialnämnden och funktionsstödsnämnden, en av tre socialnämnder i Malmö.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden är den politiska nämnd som ansvarar för bistånd och insatser som riktar sig till äldre personer, vuxna med fysisk funktionsnedsättning och vuxna med somatisk sjukdom i Malmö stad. Detta innebär att nämnden tillhandahåller särskilda boenden för äldre, hemtjänst, hemsjukvård, korttidsboenden, dagverksamheter för personer med demenssjukdom, avlösning och ledsagning, öppna mötesplatser för seniorer, förebyggande och uppsökande insatser samt stöd till anhöriga.

Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden utgör det yttersta skyddsnetet för människor inom nämndens målgrupper som vistas i Malmö stad och under nämnden samlas kunskap och kompetens kring dessa. Verksamheterna ska präglas av likvärdighet i tillgången till stöd och hjälp för nämndens målgrupper samt av god service. I detta ingår att integrera jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv samt ansvara för att tillhandahålla förebyggande och uppsökande insatser avseende målgrupperna. Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden ska även erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående.

Alla som vistas i Sverige kan kontakta kommunen för att få hjälp i svåra situationer. Grunden för socialtjänstlagen är att alla människor har lika värde och lika rätt att få social trygghet, vård och omsorg. Varje kommun har frihet att ordna arbetet i socialtjänsten så att det passar utifrån behoven. Socialtjänstlagen handlar om vilka rättigheter som finns att få exempelvis ekonomiskt bistånd eller vård och omsorg samt innehåller regler för hur kommunen ska hjälpa personer som inte kan få stöd på något annat sätt.

Hjälpen som ges av socialtjänsten kallas bistånd. Biståndet ska bidra till att personer får en skälig levnadsnivå och ska utformas så att det stärker deras möjligheter att leva ett självständigt liv. Biståndet omfattar till exempel äldreomsorg, missbruksvård, barn- och ungdomsvård samt ekonomiskt bistånd. Socialtjänstens bistånd enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet. Det innebär att det är en persons behov som styr vilket stöd de vill ansöka om. När en person har ansökt om hjälp prövas det utifrån behovet genom det som kallas biståndsbedömning. En biståndshandläggare utreder behovet, gör en bedömning och fattar beslut utifrån den enskildes och anhörigas upplevelse, samt befintligt stöd som den enskilde har, exempelvis hemtjänst och hemsjukvård. Bedömningen utgår ifrån socialtjänstlagen och de riktlinjer som socialnämnden har beslutat om. Riktlinjerna är en vägledning vilket innebär att det alltid ska göras en individuell bedömning där den enskildes individuella omständigheter och livssituation är avgörande. Det enskilda fallet kan avvika utifrån olika aspekter, till exempel betydelsen för individen, medicinska orsaker och/eller en sammanvägning av andra behov av insatser. Den individuella prövningen sker mot gällande lagar, förordningar, rättspraxis, förarbeten till lagstiftning eller bindande föreskrifter från Socialstyrelsen.

Underlag för analyserna

Analysen innehåller data från flera olika källor och från två organisationer; Hälsa-, vård- och omsorgsnämnden (HVON) och Statistiska Centralbyrån (SCB). I detta kapitel presenteras analysens data samt de val och justeringar som gjorts i genomförandet. Även studiens variabler presenteras här. Den data som är inhämtad från HVON är pågående biståndsbeslut framtagna av avdelning för myndighet. Detta innebär att analysen omfattar beslut fattade utifrån socialtjänstlagen. Insatser som utförs utifrån hälso- och sjukvårdslagen (HSL), exempelvis hemsjukvård, omfattas därmed inte i analysen.

Avdelning för myndighet använde, vid tillfället för uttag av data, verksamhetssystemet Procapita. I Procapita hanterades alla biståndsbeslut som fattas inom ramen för socialtjänstlagen. En stor mängd biståndsbeslut fattas varje dag året om och totalt omfattas cirka 10 000 Malmöbor varje år. Vissa avgränsningar har därför gjorts.

Analysen innefattar biståndsbeslut uttagna vid fyra datum per år under tre år. Detta resulterade i totalt tolv uttag för åren 2018, 2019 och 2020. För varje år gjordes uttag på följande datum: 1/1, 1/3, 1/7 och 1/11. Datumen är valda för att fånga olika säsongsvariationer som kan förekomma i beviljade insatser. Med säsongsvariationer menas yttre faktorer som påverkar biståndsinsatserna. Exempel på sådana variationer kan vara att en kall vinter leder till fler skador på grund av halkolyckor utomhus vilket kan leda till behov av utökat stöd, att sjukhusen minskar på vårdplatser under sommaren vilket gör att kommunen behöver tillgodose behoven hos dem som skrivs ut eller att en varm sommar leder till många uttorkade äldre vilka behöver utökat stöd.

För respektive datum har data tagits ut för alla personer som vid datumet har pågående beviljade insatser. Data vid uttagen har innehållit personnummer, pågående insatser, beställningsdatum, beställarorganisation, utförare och insatskategori enligt indelningen i Procapita. I den ursprungliga data från Procapita har personnummer och insatser behållits intakta medan insatskategorierna har gjorts om för att det ska gå att särskilja till exempel hemtjänst från särskilt boende. En person kan förekomma en eller flera gånger i uttaget. Tabellen nedan visar översiktligt den nya indelningen av insatser som använts i analysen.

Tabell 1. Översikt över insatskategorier och insatser

| Insatskategori enligt framtagen definition för denna analys | Insats/Insatser | Antal insatser |
|---|--|----------------|
| Avlösare | Avlösning | 1 |
| Dagverksamhet | Samhällsgemenskap, socialt liv | 1 |
| Hemtjänst (inkl. hemtjänst annan kommun) | <i>Varierar beroende på behov hos brukare</i> | 1–19 |
| Kontaktperson och ledsagare | Rekreation och fritid Samhällsgemenskap, socialt liv | 1 |
| Korttid | Korttidsplats Korttidsplats med rehabilitering KRA | 1 |
| Trygghetslarm | Känsla av trygghet, trygghetslarm | 1 |
| Särskilt boende | <i>Varierar beroende på behov hos brukare</i> | 1–16 |
| Växelboende | Växelboende | 1 |

Insatskategorierna som utformats för analysen syftar till att det enkelt ska gå att dela in brukare utifrån vilken typ av insats de har. Kategorierna är även framtagna för att skapa en förståelse för innehållet som insatskategorin står för. Exempelvis så får i princip alla personer som är över 65 år och ansöker om *trygghetslarm* detta beviljat och säger därför inte nödvändigtvis särskilt mycket om brukarens omvårdnadsbehov. Detta till skillnad från insatskategorin *särskilt boende* där brukaren i de flesta fall har ett omfattande behov av hjälp och stöd för att klara sitt dagliga liv.

Indelningen av larm, särskilt boende och övriga insatskategorier är viktiga då de möjliggör att i analysen både inkludera och exkludera en eller flera kategorier och därigenom jämföra mellan olika grupper av brukare med olika former och omfattning av hjälpbehov.

Det är relevant att lyfta att detta sätt att analysera biståndsinsatser endast inkluderar beviljade insatser, det vill säga hjälp som den enskilde faktiskt har. Avslag är inte inkluderade i analysen. År 2018, det vill säga det första året data är insamlat för den här analysen, gavs det avslag på cirka två procent av de ansökningar som inkom till HVOF. De flesta avslag görs på ansökningar om särskilt boende och tillfällig korttidsvistelse.

Data från Statistiska centralbyrån

Statistiken som erhållits från (SCB) innehåller hela befolkningen som är 65 år och äldre och som är folkbokförda i Malmö den 31/12 respektive år¹. För att ta fram statistiken har SCB använt sig av följande register:

- Registret över totalbefolkningen 2018-12-31, 2019-12-31, 2020-12-31.
- Inkomst- och taxeringsregistret 2018, 2019, för år 2020 har 2019 års register använts då detta var det senast publicerade.
- Registret över befolkningens utbildning 2019-01, 2020-01, 2021-01.

Statistiken är sedan uppdelad utifrån olika variabler. Variablerna är utvalda utifrån dess betydelse för både livsvillkor och hälsa vilka i sin tur har betydelse för behov av stöd från HVOF. Nedan presenteras varje variabel samt de indelningar som gjorts inom dem. Syfte och val gällande varje variabel kommer också att presenteras i samband med detta.

Kön och ålder

I analysen är kön och ålder två av variablerna. Både kön och ålder är faktorer som har betydelse för den enskildes livsvillkor och därmed även kontakten med HVOF. I statistiken är kön uppdelat utifrån de två juridiska kön som finns i Sverige; kvinna och man. Kvinnors och mäns livsvillkor skiljer sig på flera olika sätt vilket även påverkar dem i ålderdomen. Kvinnor lever generellt längre än män. Detta innebär att kvinnor oftare än män är ensamboende under de sista levnadsåren, män lever i stället oftare tillsammans med sin hustru. Detta innebär att äldre män oftare bor tillsammans med en anhörig och därmed ofta får åtminstone delar av sitt hjälpbehov tillgodosett av denne. Att innefatta kön i analysen kan visa om det finns omotiverade skillnader gällande beviljade insatser mellan kvinnor och män.

Längre livslängd kan innebära risk för fler sjukdomar och nedsatta funktioner vilket påverkar behovet av stöd. Ålder kan med andra ord ha betydelse för vilket hjälpbehov man har. Ålder är en intressant aspekt i analysen då lagstiftningen inte innehåller någon formell åldersgräns men nämnden riktar sig till äldre personer.

Statistiken innehåller uppdelning utifrån kön (man och kvinna) och ålder utifrån följande intervaller: 65–79 år, 80–89 år samt 90 år och äldre. Ålder är beräknad utifrån individens ålder vid årets slut. Detta gäller även för personer som avlidit.

¹ Statistiken från SCB utgår från de som bor i Malmö den siste varje år medan statistiken från HVOF utgår från fyra mättillfällen under året. De som avlider under året kan alltså finnas med i HVOF-datan, men saknas i SCB-statistiken. För att undvika detta inkluderas varje år även de som har dött under året. Genom att inkludera avlidna i båda populationerna blir jämförelserna därför mer rättvisande.

Födelseregion

Analysen innehåller även variabeln *födelseregion*. Att födelseregioner i stället för födelseland används i analysen beror på att antalet individer i materialet annars riskerar att bli för få för att ha statistisk signifikans och att det finns risk för röjande av identitet.

Syftet med att inkludera denna variabel är att undersöka huruvida det finns omotiverade skillnader i beviljat bistånd utifrån födelseland. Födelseregion som variabel är intressant dels utifrån hälsoperspektivet och dels utifrån tillgängligheten till nämndens service och insatser för olika grupper i samhället. Personer födda utanför Sverige skattar generellt sin hälsa lägre än vad personer födda i Sverige gör. Beroende på varför en person kommit till Sverige kan migrationen i sig vara ett skäl till sämre hälsa. Exempelvis människor som flytt sitt hemland kan ha utsatts för en lång tid av stress både innan, under och efter flykten vilket i sin tur påverkar hälsan (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

Födelseländerna är indelade i regioner utifrån SCB:s indelning enligt följande.

- Sverige
- Norden utom Sverige
- Europa utom Norden (EU-länder utom Norden, övriga Europa utanför EU, inklusive Ryssland och forna Sovjetunionen)
- Nordamerika, Australien och Oceanien
- Sydamerika
- Asien
- Afrika

Utbildningsnivå

Utbildningsnivå är en av de tydligaste indikatorerna för hälsa och livslängd inte bara i Sverige utan även globalt. Sambandet mellan hälsa och utbildningsnivå är väl belagt genom många studier. Folkhälsomyndigheten (2015) skriver att hälsan förbättras i relation till utbildningsnivå där personer med en högre utbildningsnivå har en bättre hälsa än personer med en lägre utbildningsnivå. Olika faktorer som påverkar förutsättningarna för god hälsa, exempelvis allmänt hälsotillstånd, levnadsvanor, förtroende för olika samhällsinstitutioner och upplevda stora ekonomiska problem förbättras med högre utbildningsnivå. Detta innebär att personer med lägre utbildningsnivå är mer exponerade för dessa faktorer och därmed riskerar en sämre hälsa. Utbildningsnivån utgår från den högsta avslutade utbildningen och delas in utifrån följande nivåer:

- Förgymnasial utbildning
- Gymnasial utbildning
- Eftergymnasial utbildning
- Uppgift saknas

Disponibel månadsinkomst

Inkomst har precis som utbildning en koppling till hälsa. Låga inkomster påverkar möjligheterna att skapa en ekonomisk trygghet och stabilitet som påverkar individens välmående och psykiska hälsa. Låg inkomst påverkar också till möjligheterna att göra hälsosamma val, inte bara utifrån kost utan även utifrån aspekter som rörelse, bostadsval, miljöer och upplevd stress. Låga inkomster bidrar till mer begränsade möjligheter att påverka faktorer som har påverkan på hälsa.

Årsinkomsten är för analysen, delad med 12 för att få fram en genomsnittlig månadsinkomst. De som har 0 kronor eller en negativ inkomst² räknas till den lägsta inkomstklassen. Indelningen med intervall på 5 000 kronor i den andra och tredje gruppen finns för att fånga upp att relativt många personer befinner sig i dessa intervall. Indelningen är även gjord för att fånga upp de relativa skillnaderna i inkomst. Skillnaden på 10 000 kronor är relativt större om inkomsten är 10 000 eller 20 000 kronor än om den är 20 000 eller 30 000 kronor. De lägre inkomstnivåerna är därför indelade med 5 000 kronors-intervall och de högre med 10 000 kronors intervall. Nyttan av varje extra krona har större påverkan i de lägre inkomstgrupperna jämfört med i de högre. Indelningen är utifrån detta följande:

- Upp till 10 000 kr per månad
- 10 001–15 000 kr per månad
- 15 001–20 000 kr per månad
- 20 001–30 000 kr per månad
- 30 001 kr och över per månad

Hushållsställning

I denna rapport delas hushållsställning in i *ensamboende* eller *sammanboende*. Indelningen syftar alltså inte till civilstånd eller det ekonomiska hushållet. Sammanboende inkluderar här alla former av sammanboende, exempelvis en äldre person som bor tillsammans med vuxna barn och är därmed inte kopplat till civilstånd. Sammanboende omfattar alltså hushåll med minst två vuxna personer, oberoende av deras relation. Syftet är att fånga aspekten av att leva ensam eller tillsammans med någon och hur detta påverkar biståndet från HVON. Det är sedan tidigare känt att ensamboende får stöd i större utsträckning än vad sammanboende får, genom denna analys kan vi få svar på hur detta stämmer när övriga variabler vägs in. Det är även intressant ur ett anhörigperspektiv. Om personer som är sammanboende har färre beviljade insatser än ensamboende (allt annat lika) riskerar eventuella behov att vara antingen otillfredsställda eller att de tillgodoses genom stöd av sammanboende.

² Exempel på negativ inkomst är när kapitalförlusten är större än kapitalvinster och skattepliktiga transfereringar och löne-, närings-, kapitalinkomsterna

Stadsdelar

Stadsdelarna används för att geografiskt dela in statistiken i mindre geografiska områden³ och utifrån dessa se eventuella geografiska skillnader i statistiken. De tio stadsdelarna har olika socioekonomiska förutsättningar vilket gör det intressant att analysera huruvida var i staden den enskilde bor, har betydelse för beviljat bistånd. Stadsdelsindelningen är även organisatoriskt vedertagen efter en lång tid som stadsdelsförvaltningar. Olika organisationskulturer kan därför finnas i de olika geografiska områdena varför det är av vikt att ha med dem i analysen.

Följande tio stadsdelar finns med i analysen:

- Centrum
- Södra Innerstaden
- Västra Innerstaden
- Limhamn-Bunkeflo
- Hyllie
- Fosie
- Oxie
- Rosengård
- Husie
- Kirseberg

³ De tidigare tio stadsdelarna i Malmö baseras på kommunens egen indelning av Nyckelkodsområden (NYKO) enligt summeringsregister K5 hos SCB.

Deskriptiv beskrivning över Malmöbor och brukare 65 år och äldre

I detta avsnitt används deskriptiv data från SCB och från HVOFs verksamhetssystem Procapita. Avsnittet syftar till att dels beskriva förekomsten av de olika variablerna utifrån hela gruppen Malmöbor över 65 år, dels för att beskriva detsamma gällande gruppen brukare som har insatser enligt socialtjänstlagen i Malmö stad. Underlaget avser befolkning som är 65 år eller äldre i Malmö den 31/12 samt avlidna som skulle ha varit minst 65 år i slutet av året.

Ålder och kön

Av samtliga Malmöbor 65 år och äldre så är gruppen 65-79 år den största gruppen och utgör år 2020 71% av hela gruppen. Den näst äldsta åldersgruppen 80-89 år utgör strax över 20% och de allra äldsta 90 år och äldre utgör endast 7%. Över åren 2018–2020 är könsfördelningen bland Malmöbor 65 år och äldre totalt sett relativt konstant och utgörs av cirka 44% män och 56% kvinnor.

Andelen kvinnor ökar desto äldre åldersgrupp. Detta gäller både för Malmöbor totalt sett och för brukare inom nämndens ansvarsområde. Fördelningen beror på att kvinnor har längre livslängd än män.

Diagram 1. Fördelning kön och åldrar Malmöbor år 2020. Källa: SCB

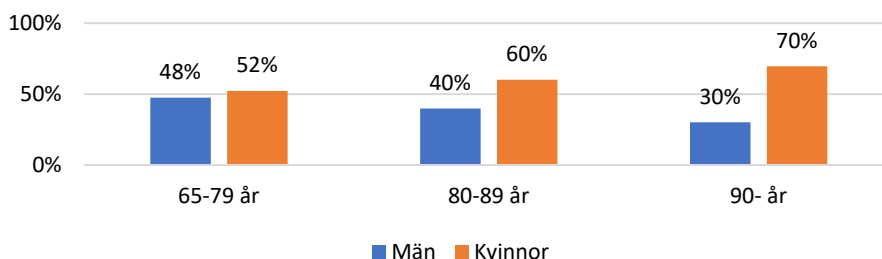
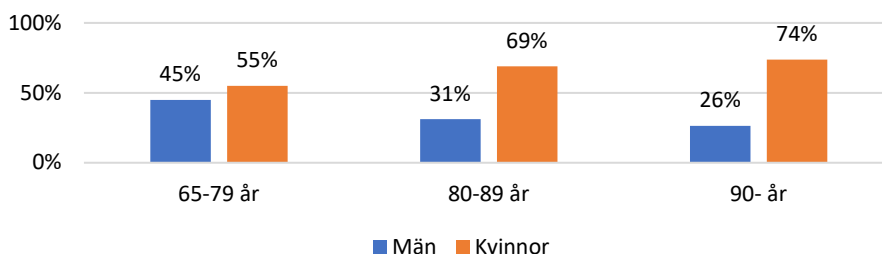


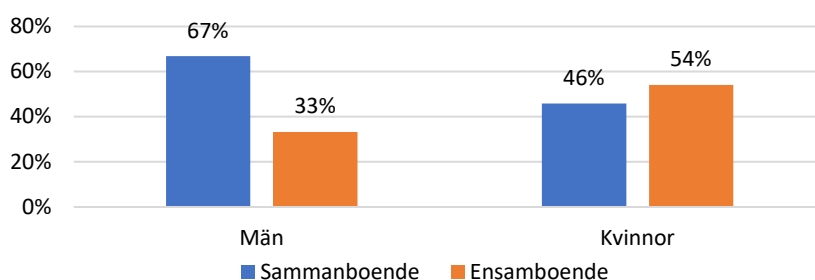
Diagram 2. Fördelning kön och åldrar brukare år 2020. Källa: SCB



Ensamboende och sammanboende

Över samtliga tre år är 55% av alla äldre Malmöbor sammanboende och 45% ensamboende. Fördelningen av sammanboende och ensamboende är tydligt kopplat till ålder. År 2020 är 61% av gruppen 65–79 år sammanboende medan i gruppen 90 år och äldre är endast 25% sammanboende. Bland äldre manliga Malmöbor är 67% sammanboende medan bland kvinnorna är 46% sammanboende. Även här spelar troligtvis den förväntade skillnaden i livslängd mellan kvinnor och män in, vilket innebär att kvinnor är sammanboende i lägre utsträckning än männen. Detta innebär även att män i större utsträckning är sammanboende under hela livet medan kvinnor oftare är ensamboende under de sista levnadsåren.

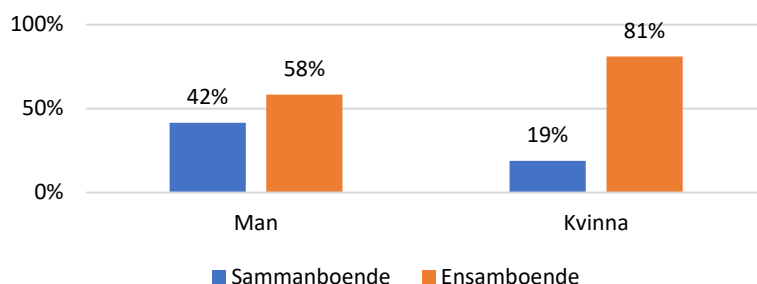
Diagram 3. Malmöbor andel sammanboende och ensamboende utifrån kön år 2020. Källa: SCB



Bland äldre Malmöbor som är födda i Sverige är 54 % sammanboende och för de födda utanför Sverige är i genomsnitt 58 % sammanboende (avser genomsnittet för alla födelseländer utom Sverige). Andelen ensamboende och sammanboende fördelar sig också lite olika utifrån utbildningsnivå. Bland äldre med förgymnasial utbildning är hälften sammanboende medan bland äldre med eftergymnasial utbildning är 60 % sammanboende.

Bland brukare blir det tydligt att den längre livslängden bland kvinnor innebär att de är ensamboende i högre grad än vad män är. Över 80 % av alla kvinnor som har insatser är ensamboende medan endast 58% av männen är ensamboende.

Diagram 4. Brukare andel ensamboende och sammanboende utifrån kön år 2020. Källa: SCB



Disponibel månadsinkomst

År 2020 hade 54% av Malmöbor, 65 år och äldre en disponibel månadsinkomst⁴ på mindre än 15 000 kr. Andelen personer med inkomster upp till 10 000 kronor är relativt oförändrad över tid och har legat på mellan 13% och 14% av alla 65 år och äldre under åren 2018–2020. Bland äldre Malmöbor har kvinnor i högre utsträckning låga inkomster jämfört med män. År 2020 hade 64% av kvinnorna en inkomst på under 15 000 kr per månad. 35% av männen hade en inkomst på 20 000 kr eller mer per månad vilket endast en femtedel av kvinnorna hade.

Diagram 5. Malmöbor disponibel månadsinkomst uppdelat på kön år 2020.

Källa: SCB

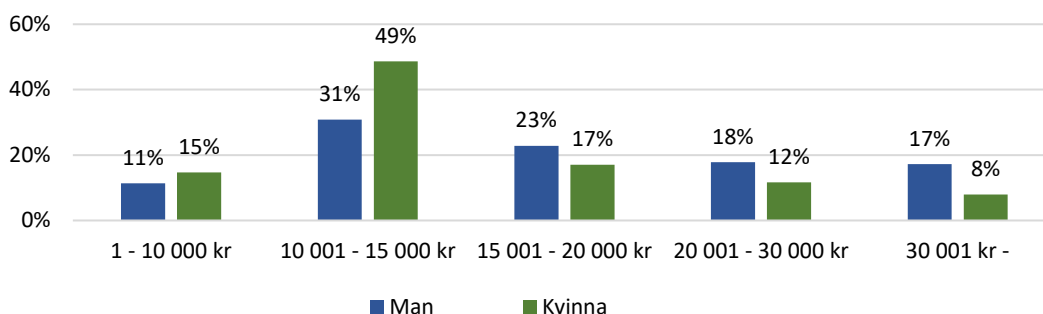
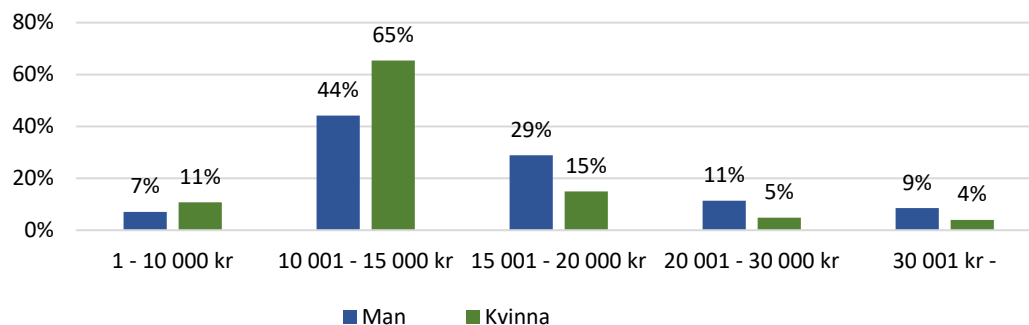


Diagram 6. Brukare disponibel månadsinkomst uppdelat på kön år 2020. Källa: SCB



Jämfört med äldre malmöbor har både manliga och kvinnliga brukare generellt sett lägre inkomster. Större andelar av brukarna, både män och kvinnor, har inkomster under 15 000 kr per månad.

Utbildningsnivå

Ungefär 40% av de äldre Malmöborna har en gymnasial utbildning som högsta avslutade utbildningsnivå. Andelen med förgymnasial utbildningsnivå är 27% och andelen med eftergymnasial utbildning är 30% år 2020. Uppdelat på kön har en något

⁴ År 2019 fanns det 1817 personer i Malmö med en pension från ett annat nordiskt land. Dessa inkomster finns inte med i varken den deskriptiva beskrivningen eller i analyserna.

högre andel män en gymnasial eller eftergymnasial utbildning jämfört med kvinnor bland Malmöbor totalt sett.

Diagram 7. Malmöbor utbildningsnivå uppdelat på kön år 2020. Källa: SCB

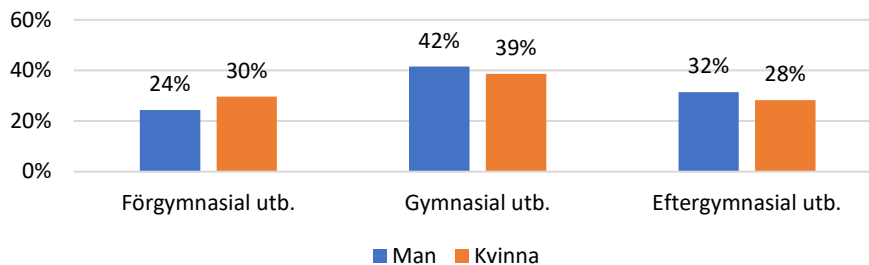
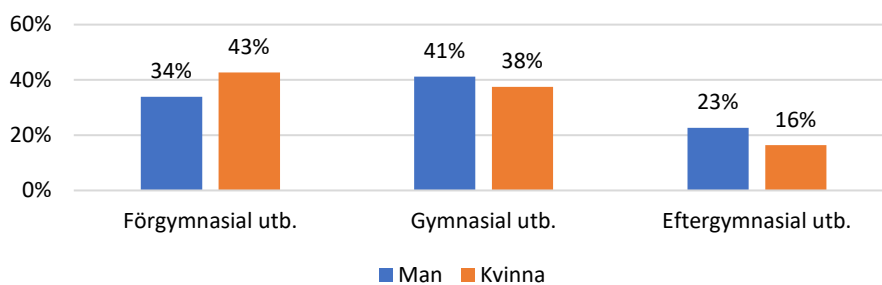


Diagram 8. Brukare utbildningsnivå uppdelat på kön år 2020. Källa: SCB

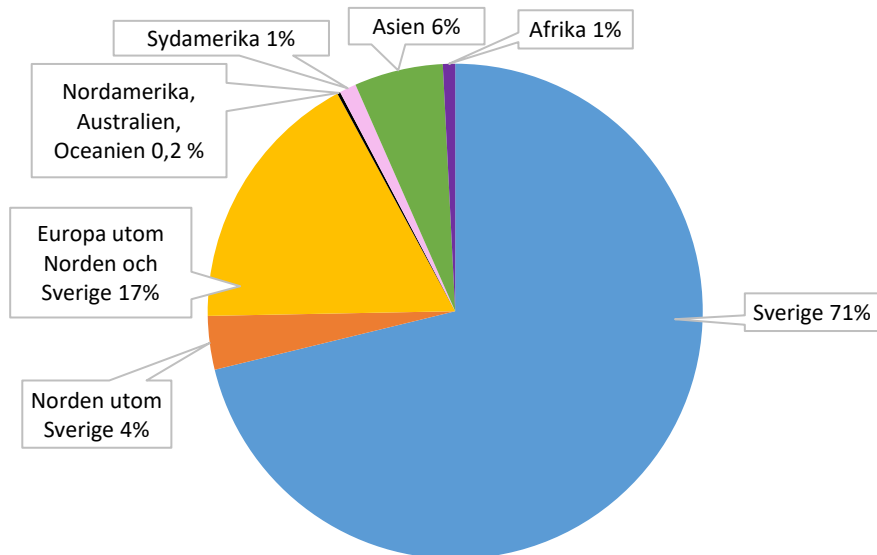


Bland brukare har en högre andel av både männen och kvinnorna förgymnasial utbildning jämfört med Malmöbor totalt sett. Eftersom det finns ett samband mellan hälsa och utbildningsnivå är det väntat att en högre andel av brukarna har en lägre utbildningsnivå jämfört med Malmöbor totalt sett då en sämre hälsa i sin tur påverkar behovet av insatser.

Födelseregioner

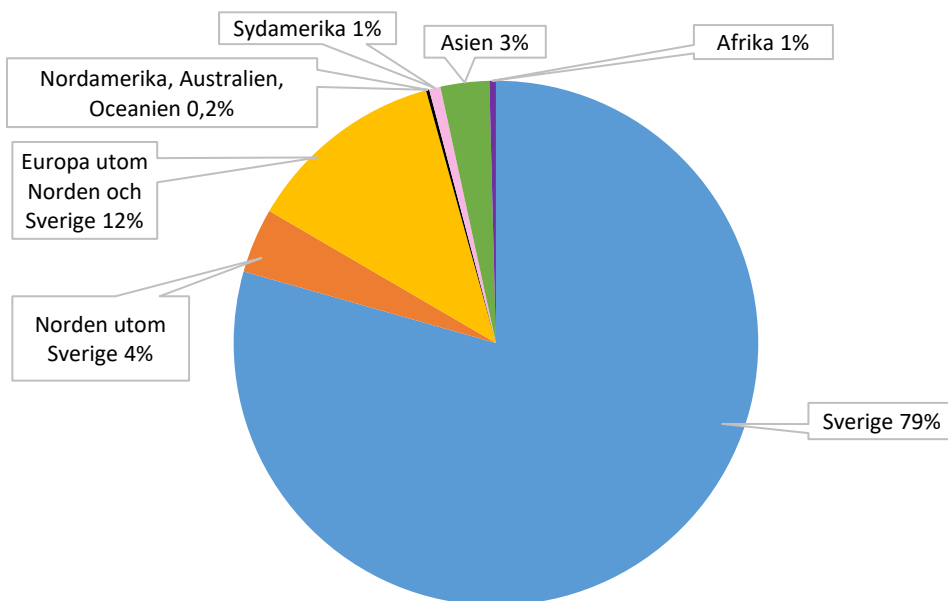
Malmö benämns ofta som en stad som rymmer i princip hela världen. När det gäller gruppen Malmöbor 65 år och äldre stämmer denna bild delvis in. Mångfalden av födelseregioner finns men flera av dem utgörs i vissa fall av ett fåtal personer. Majoriteten av äldre Malmöbor är födda i Sverige, strax över 70%. Den näst största gruppen, 17%, är födda i Europa (exklusive Norden). Den tredje största gruppen är födda i Asien, 6 %. Relativt få personer är födda i Norden (exklusive Sverige), endast 4% bland äldre Malmöbor. Övriga födelseregioner utgör tillsammans cirka 2% av alla äldre Malmöbor, motsvarande cirka 1 200 personer år 2020.

Diagram 9. Malmöbor födelseregioner år 2020. Källa: SCB



En större andel av brukarna än av Malmöbor totalt sett är födda i Sverige. Den näst största födelseregionen bland brukare är Europa utom Norden och utgör 12% av alla brukare.

Diagram 10. Brukare födelseregioner år 2020. Källa: SCB

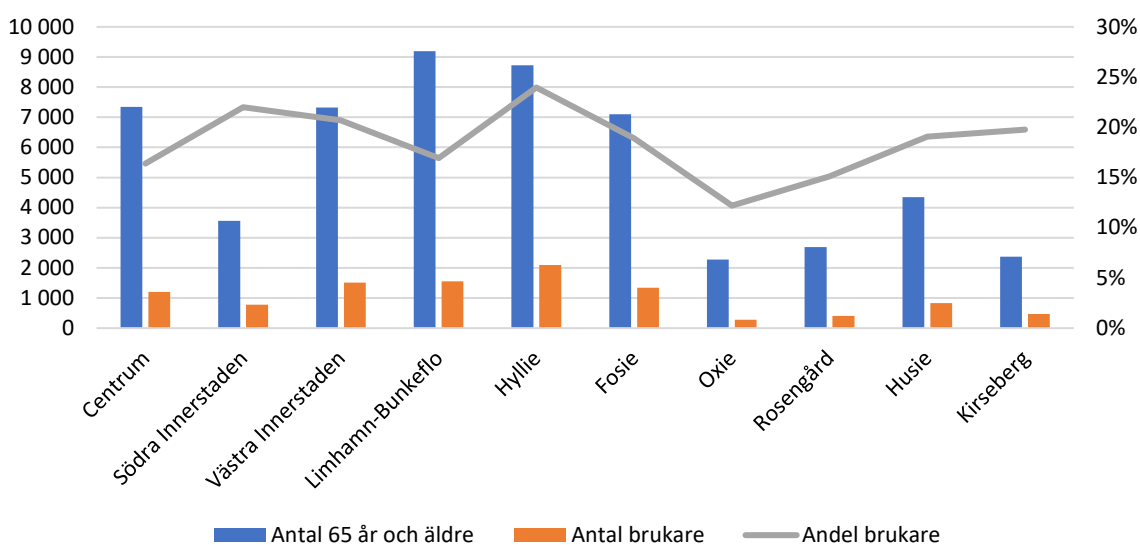


Andelen utrikesfödda Malmöbor, 65 år och äldre har ökat sedan år 2000, då fördelningen var 84 % födda i Sverige och 16% födda utanför Sverige. Gruppen äldre Malmöbor skiljer sig därför i sammansättning jämfört med Malmöbor yngre än 65 år. En ökning av andelen utrikesfödda har skett bland Malmöbor yngre än 65 år. År 2000 var fördelningen 75% födda i Sverige och 25% födda i utlandet och fram till år 2020 var andelen svenskfödda 64 % och andelen utrikesfödda 36%. Utvecklingen med en ökande andel Malmöbor som är födda utanför Sverige kan därför fortsatt förväntas öka allt eftersom yngre Malmöbor blir äldre. Invandringen av personer äldre än 65 år är relativt liten. Mellan år 2000 och 2020 har gruppen 65 år och äldre utgjort 1-2% av alla personer som invandrat till Sverige.

Stadsdelar

Antalet äldre och andelen bland den äldre befolkningen som är brukare är inte jämt fördelad över staden. Flest äldre bor i Limhamn – Bunkeflo, Hyllie, Centrum och Fosie (utifrån Malmöns tidigare stadsdelsindelning). Andelen brukare är störst i Hyllie där 24% av den äldre befolkningen också har minst en insats enligt socialtjänstlagen. Näst högst andel brukare finns i Södra Innerstaden och Kirseberg.

Diagram 11. Malmöbor och brukare fördelning i stadsdelar år 2020. Källa: SCB



Metod

Tolkning av tabellerna

Jämlighetsanalysens resultat är framtagna genom multivariata regressionsanalyser.⁵ En sådan analys innebär att varje effekt har betydelse i sig själv, oberoende av andra effekter. Det betyder att effekten av att tillhöra en viss grupp har betydelse utöver effekten av att tillhöra andra grupper. Att exempelvis personer med lägre utbildningsnivå ofta har en lägre inkomst än personer med högre utbildningsnivå kan leda till svårigheter att analysera orsak och verkan av effekten: får högutbildade (potentiellt sett) andra insatser för att de är mer utbildade eller för att de i snitt har högre inkomst? Med multivariata regressionsanalyser sätts variablerna samman och analysen kan därigenom särskilja dessa två effekter från varandra.⁶

I tabellerna nedan ska resultaten tolkas i jämförelse med en annan grupp. För varje variabel finns en jämförelsegrupp. Dessa presenteras i tabellen nedan.

Jämförelsegrupperna gäller för samtliga tabeller och analyser. I tabellerna finns resultat för respektive år 2018–2020 för analyserna av förekomst av insats och för antal insats.

Tabell 2. Variabler och jämförande variabel

| Variabler | Jämförs mot |
|-------------------|---------------------------|
| Ålder | Ett år äldre |
| Kön | Kvinna |
| Hushållsställning | Ensamboende |
| Stadsdelar | Centrum |
| Inkomster | 30 001 - kr |
| Utbildningsnivåer | Eftergymnasial utbildning |
| Födelseregioner | Sverige |

Tabellerna visar resultaten genom plus, minus eller en nolla. Pluset i tabellerna ska tolkas som att gruppen som innehar det, har större sannolikhet att ha en insats (alternativt större sannolikhet att ha fler insatser) jämfört med jämförelsegruppen (anges inom parentes för varje variabel). Ett minus i tabellen visar i stället att gruppen har en lägre sannolikhet att ha en insats än jämförelsegruppen. I alla tabeller betyder en nolla att det inte går att påvisa en skillnad åt något håll i förhållande till jämförelsegruppen. Om det i tabellen till exempel finns ett grönt plus efter gruppen “förgymnasial” betyder detta alltså att personer som har förgymnasial utbildning har

⁵ Logistisk regression har genomförts i analysen av förekomst av insats och ordinal logistisk vid analys av antal insatser.

⁶ I detta fall tyder analysen i de flesta fall på att man får fler insatser både på grund av att man har låg utbildning (kanske ett tecken på ett slitigt jobb) och för att man har låg inkomst (kanske ett tecken på att man behöver mer stöd).

större sannolikhet att ha en insats (alternativt större sannolikhet att ha fler insatser) än de med eftergymnasial utbildning (jämförelsegruppen för variabeln utbildningsnivå).

Det är den genomsnittliga skillnaden mellan två personer som tillhör samma grupper för alla variabler utom den som avses, i detta fall utbildningsnivå, som visas i tabellen. Detta innebär att det finns en differens i sannolikheten att ha en insats mellan en person med förgymnasial utbildningsnivå och en person med eftergymnasial utbildningsnivå, även när de båda har samma kön, ålder, inkomst, födelseregion, hushållsställning och bor i samma stadsdel.

Kategorin ”ålder” ska tolkas på ett lite annorlunda sätt. Här finns ingen entydig jämförelsegrupp utan resultat ska i stället tolkas som effekten av att bli ett år äldre. Ett grönt plus betyder därför att desto äldre en person är, desto mer trolig är man exempelvis att ha en beviljad en insats eller att ha fler insatser.

Tre olika analyser

Tre olika analyser är genomförda som kompletterar varandra för att kunna visa på mönster i de bistånd som ges. Resultatet är indelat efter de variabler som undersöks då det finns återkommande mönster utifrån ålder, kön hushållsställning, inkomster osv som tydliggörs utifrån denna indelning. Nedan följer en mer ingående beskrivning av de tre olika analysernas uppbyggnad och innehåll.

Analys av förekomst av insats

I denna analys av förekomst av insats inkluderas alla Malmöbor över 65 år för respektive år. År 2018 omfattades cirka 53 600 personer, år 2019 cirka 54 300 personer och år 2020 omfattades cirka 54 900 personer. För respektive år har mellan 170 och 200 personer uteslutits från analysen då det för dessa inte funnits i de register SCB använt sig av.

Analysen av förekomst av insats syftar till att undersöka huruvida det finns skillnader mellan olika grupper i Malmös äldre befolkning gällande sannolikheten att ha en biståndsbedömd insats.

Analysen av förekomst av insats är genomförd i tre steg.

- Det första steget i analysen av för förekomst av insats omfattar alla insatser som kan beviljas inklusive särskilt boende och trygghetslarm.
- Den andra steget omfattar alla insatser utom trygghetslarm som är exkluderat.
- I den tredje steget i analysen omfattas alla insatser utom särskilt boende som här är exkluderat.

Att analysen är genomförd på detta sätt beror på de olika insatsernas karaktär och omfattning. Att beviljas ett trygghetslarm eller en plats på ett särskilt boende skiljer sig

mycket åt. Även om trygghetslarm är en biståndsbedömd insats, kan i princip alla som ansöker om ett trygghetslarm sägas bli beviljade det, utan någon större biståndsutredning. Att ansöka om en plats på ett särskilt boende är däremot en mer omfattande process. Biståndsutredningen som behandlar ansökan ska komma fram till att den enskilde dels har ett omfattande omvårdnadsbehov, dels att detta behov inte kan tillgodoses i den egna bostaden. Mellan dessa två insatser finns ett flertal insatser som kan beviljas i hemmet. Det är för att kunna fånga dessa skillnader som analysen delats upp i dessa tre steg.

Skillnader mellan grupper i denna analys ska alltså tolkas som att det finns skillnader i hur *vanligt* det är för *Malmöbor* från olika grupper att få insatser.

Analys av antal insatser

I den första analysen av förekomst av insats utgick analysen från hela populationen av Malmöbor 65 år och äldre. I denna analys⁷, som har fokus på antal insatser, är utgångspunkten i stället personer som har haft minst en biståndsbedömd insats under åren 2018 - 2020. Här jämförs alltså sannolikheten inom gruppen brukare utifrån de olika variablerna⁸.

Syftet med analysen är att undersöka inte bara vilka som har en etablerad kontakt utan även att undersöka om det finns skillnader i hur många insatser olika grupper får när de väl har fått en insats enligt socialtjänstlagen. Analysen utgår från biståndsbedömda beslut där alla tillgängliga insatser är med. Antalet beviljade insatser används som indikator för att skatta hur stort hjälpbehovet är. Det finns en stor variation i hur många insatser brukarna har och antalet insatser har därför delats in i intervaller. Intervallerna används i analysen som en indikation på hur stort behovet av hjälp är men även på hur mycket hjälp olika grupper tenderar att beviljas när de är brukare.⁹

Antal insatser har delats in i tre nivåer enligt följande tabell. Liksom för analysen av förekomst av insats görs i första steget en analys över alla insatser, i andra steget en analys över alla insatser men där trygghetslarm exkluderats och i tredje steget en analys över alla insatser men där särskilt boende exkluderats.

⁷ Analysen har genomförts som en ordinal logistisk regression.

⁸ Antal insatser per person har räknats vid den sista mätpunkten respektive år (1/11). Detta för att komma så nära mätdatum (31/12) som möjligt för variablerna som undersöks. Under 2018 inkluderas cirka 9 400 personer, år 2019 cirka 10 700 personer och år 2020 cirka 10 500 personer i analysen.

⁹ När en insats beviljas läggs denna in i verksamhetssystemet och det är även genom detta som ersättning till hemtjänst och andra utförare styrs. På grund av detta finns det en schablontid kopplad till varje hemtjänstinsats. Schablontiden visar hur mycket tid som hemtjänsten får ersättning för. Denna avspeglar dock inte den faktiska tiden som hemtjänsten är hos brukaren då den tiden varierar utifrån brukarens behov. Schablontiden kan dock ge en fingervisning om hur omfattande brukarens hjälpbehov är. Ju fler timmar desto större hjälpbehov. I denna analys har dock inte schablontid tagits med. Detta beror dels på att schablontid endast förekommer vid vissa insatser, dels för att den inte avspeglar den faktiska tiden hos brukaren.

Tabell 3. Indelning av antal insatser

| Antal insatser | Nivå |
|----------------|------|
| 1 - 4 | 1 |
| 5 - 10 | 2 |
| 11 eller fler | 3 |

Skillnader mellan grupper i denna analys ska alltså tolkas som att det finns skillnader i *hur mycket vård brukare* från olika grupper får.

Analys av första insats

I denna analys görs jämförelser i hur mycket vård och omsorg brukare får i samband med den första insatsen de får.¹⁰ Det här görs för fyra olika kategorier av insatser, se tabellen nedan. För varje insatskategori bygger analysen på skillnader i hur många insatser som beviljades i samband med första insats inom respektive kategori. Att antalet insatser vid första insats eventuellt skiljer sig åt mellan olika grupper av människor skulle kunna bero på skillnader i själva behoven när man beviljas stöd första gången men det skulle också kunna bero på att olika grupper bemöts eller behandlas olika i samband med detta. Skillnader mellan grupper i denna analys ska alltså tolkas som att det finns skillnader i *hur många* insatser brukare från olika grupper får *när de får sin första insats inom varje kategori*.

Tabell 4. Insatskategorier antal insatser och antal personer

| Insatskategorier | Antal insatser | | | Antal personer |
|--|----------------|------|-----|----------------|
| Alla insatser | 1-4 | 5-10 | 11- | 6 900 |
| Alla insatser, förutom trygghetslarm | 1-4 | 5-10 | 11- | 5 300 |
| Hemtjänst (och hemtjänst annan kommun) | 1-4 | 5-10 | 11- | 4 300 |
| Särskilt boende | 1-8 | 9-16 | | 1 200 |

¹⁰ Eftersom datan bygger på utdrag från tre olika tillfällen per år, och inte varje dag, fångar man inte det exakta datumet personen får insatsen. I praktiken används den andra perioden som individen dykt upp i datan. Den allra första perioden (20180101) har uteslutits från analysen, eftersom för den perioden är alla som är med i materialet nya och denna period används som utgångspunkt för att kunna göra analysen.

Resultat

I den här delen av rapporten kommer resultaten av analyserna presenteras. Detta görs genom tabeller med efterföljande analys och resonemang om tabellernas resultat. Resultatet redovisas genom indelning utifrån de variabler som undersökts och under varje variabel visas först analysen av förekomst av insats som avser Malmöbor, därefter analysen av antal insatser som avser brukare och till sist under varje variabel visas analysen av antal insatser vid första insats som också avser brukare.

Ålder, kön och hushållsställning

Förekomst av insats

I nedanstående tabell visas analysen utifrån förekomst av insats, förekomst av insats exkluderat trygghetslarm och förekomst av insats exkluderat särskilt boende. Tabellen visar resultatet utifrån alla tre åren som uttagen gjorts; 2018, 2019 och 2020.

Tabell 5. Förekomst av insatser, ålder, kön och hushållsställning 2018–2020.

Källa: SCB

| Variabler | Förekomst av insats | | | Förekomst av insats exklusive trygghetslarm | | | Förekomst av insats exklusive särskilt boende | | |
|---------------------------------------|---------------------|------|------|---|------|------|---|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Ålder | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Män (jmf med kvinnor) | - | 0 | 0 | 0 | + | + | - | 0 | 0 |
| Sammanboende (jmf med ensamboende) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Tabellen visar att en ökad ålder innebär en högre sannolikhet att ha en biståndsbedömd insats. Detta gäller alla insatser, även där trygghetslarm och särskilt boende är exkluderat. Högre ålder har i sig själv betydelse för sannolikheten att beviljas insatser och är den enskilt viktigaste faktorn för sannolikheten för att ha en insats eller inte.

Variabeln kön visar upp ett något annorlunda resultat. Här är kvinnor den jämförande variabeln. Män har en lägre sannolikhet att ha en insats jämfört med kvinnor när alla insatser analyseras år 2018 (ett rött minus). Denna skillnad mellan könen går inte att påvisa för åren 2019 och 2020 gällande alla insatser.

För insatser där trygghetslarm har exkluderats visar analysen att när allt annat är lika har män en högre sannolikhet jämfört med kvinnor att få stöd. Detta resultat återfinns både 2019 och 2020.

I analysen av förekomst av insats, men där den mest resurskrävande insatsen särskilt boende har exkluderats, har män en lägre sannolikhet att ha en insats jämfört med

kvinnor. Detta gäller dock bara för år 2018. Det går inte att påvisa någon skillnad för 2019 och 2020.

En möjlig tolkning av skillnaderna mellan könen är att kvinnor får trygghetslarm i större utsträckning och män får övriga insatser i större utsträckning.

Den tredje variabeln i tabellen är personer som är sammanboende vilken jämförs med att vara ensamboende. Som sagt görs ingen skillnad i den här analysen beroende på vem man bor tillsammans med utan endast att man bor tillsammans med någon. Analysen visar att sammanboende har en lägre sannolikhet att ha en insats samtliga tre åren (nio röda minus) än vad ensamboende har. Detta gäller oavsett om alla insatser analyseras eller om trygghetslarm och särskilt boende exkluderas ur analysen. Makar och sambor hjälper varandra i stor utsträckning vilket kan vara ett skäl till resultatet. De har även en viss skyldighet att stötta varandra med hushållet utifrån äktenskapsbalkens bestämmelse om gemensamt hushållsansvar. Detta ansvar går dock inte att överföra till andra sammanboende, exempelvis med sitt vuxna barn, och inte heller gäller det stöd med personlig omvårdnad där anhörigas insatser bör bygga helt på frivillighet. Den generella utgångspunkten i lagstiftningen är att en anhörig eller annan person själv avgör hur stort ansvar han eller hon vill ta för att hjälpa, stödja och vårda en närstående. Trots att anhörigas omsorgsåtagande för en vuxen närstående alltså vilar på frivillighet, så riskerar många anhöriga att drabbas av ohälsa, sämre ekonomi, social isolering och försämrad livskvalitet som en konsekvens av att de vårdar eller stödjer en närstående.

Anhöriga beskriver en strävan för att få vardagen så hanterbar som möjligt trots förändringarna och antal besök av personal under dagen. Det kan också medföra att de tackat nej till insatser på grund av att det påverkar det ”normala” vardagslivet negativt men även att de upplevt en ökad belastning att ta emot hemtjänst och utför därför i möjligaste mån insatserna själva (Takter och Andersson 2019). Men det finns även en annan bild som behöver lyftas fram: många anhöriga vill hjälpa sin närstående och de berättar om både lyckliga stunder och positiva upplevelser.

Anhörigas stöd till närstående är helt avgörande för att nämnden ska klara sitt uppdrag utifrån de uppsatta målsättningar som finns i lagstiftningen. Stödet till anhöriga är därför också av särskild vikt både på kort och lång sikt. Allt eftersom antalet äldre ökar i staden och den äldre befolkningen därigenom också kommer att bli mer heterogen kan stödet till anhöriga behöva ses över och behöva utvecklas för att vara ändamålsenligt och långsiktigt hållbart för att bidra till en god vård och omsorg.

Med detta i åtanke är ovanstående resultat inte oväntat men inte heller helt oproblematiskt. Anhörigas situation är komplex och bygger ofta på en känsla av moralisk plikt vilken kan leda till både negativa och positiva upplevelser för den anhöriga såväl som för den som är i behov av stödet.

Antal insatser

Antal insatser följer ett tydligt och väntat mönster gällande ålder, det vill säga att ju äldre personen är desto högre sannolikhet är det att ha fler insatser. Detta följer det tidigare resultatet att ju äldre en person är desto större sannolikhet är det att denne har en beviljad insats. Mönstret gäller för alla tre åren och oavsett om alla insatser finns med eller om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas från analysen.

Tabell 6. Antal insatser ålder, kön och hushållsställning 2018–2020. Källa: SCB

| Variabler | Antal insatser | | | Antal insatser exklusive trygghetslarm | | | Antal insatser exklusive särskilt boende | | |
|------------------------------------|----------------|------|------|--|------|------|--|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Ålder | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| Män (jmf med kvinnor) | + | + | + | 0 | 0 | 0 | + | + | + |
| Sammanboende (jmf med ensamboende) | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

Gällande kön så har män en högre sannolikhet att ha fler insatser jämfört med kvinnor när det gäller alla insatser och alla insatser där särskilt boende har exkluderats. Detta gäller för samtliga tre år. Skillnaden försvinner dock när trygghetslarm exkluderas ur analysen och det finns då inga skillnader gällande antal insatser mellan män och kvinnor. En möjlig tolkning är att kvinnor i större utsträckning endast har trygghetslarm än vad män har, därav att skillnaderna försvinner när trygghetslarm exkluderas ur analysen. Resultatet kan inte förklaras genom ålder eller genom att män är ensamboende i högre utsträckning än kvinnor. Dessa faktorer är, som sagt, kontrollerade för i analysen.

Den här analysen svarar inte på varför det finns skillnader mellan olika grupper utan bara att det finns skillnader. Den högre sannolikheten för män att ha fler insatser än kvinnor beror troligtvis på en kombination av orsaker. En orsak kan vara att män som grupp har en sämre hälsa än kvinnor vilket kan innebära ett större hjälpbehov hos män. En annan faktor kan vara normer och värderingar kopplade till kön vilka även blir synliga i biståndsbedömningen. Socialstyrelsen (2004) tar i rapporten "Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten" upp vikten av att uppmärksamma könsperspektivet gällande socialtjänstens föreställningar om hur kön påverkar de bedömningar som görs av kvinnors och mäns behov. I rapporten menas att kvinnor och män bemöts på olika sätt just för att de är kvinnor och män. Normer om hur kvinnor och män "bör" eller förväntas vara och egenskaper kopplade till detta påverkar exempelvis frågor som ställs under en biståndsutredning vilket även kan påverka beslutet om vilka och hur många insatser som beviljas eller erbjuds. Tidigare studier (se exempelvis Lindelöf och Rönnbäck, 2004) visar att biståndshandläggare tenderar att bedöma behov olika och erbjuda olika stöd beroende på kön och att dessa bedömningar kan kopplas till stereotypa föreställningar om kvinnor och män. Detta framkommer även i en forskningsstudie där materialet är inhämtat i Malmö stad. I

studien (Lundström, 2022) framkommer att kvinnors behov motiveras utförligare och i större omfattning än vad mäns behov gör. I biståndsutredningar som behandlar ansökan från kvinnor beskrivs deras strategier för att klara sig själva samt en vilja att vara fortsatt delaktig i insatser gällande hushållet. Detta framkommer däremot inte i biståndsutredningar där den hjälpsökande är man. De kvantitativa skillnader som den här analysen visar kan med andra ord förklaras genom mer kvalitativa faktorer. Vad resultaten i den här analysen mer specifikt beror på kan dock behöva utredas mer för att kunna slå fast om skillnaderna mellan könen är omotiverade eller inte.

Tabellen visar även att sammanboende har en lägre sannolikhet att ha fler insatser jämfört med ensamboende. Detta gäller alla tre åren för samtliga analyser, även när trygghetslarm och särskilt boende har exkluderats från analysen. Här följer analysen av förekomst av insats samma mönster som analysen av antal insatser. Även detta kan ha flera olika orsaker men en trolig orsak är att sammanboende anhöriga ofta stöttar sina närstående vilket innebär att färre insatser beviljas (eller ansöks om). Det finns även riktlinjer för biståndsbedömningen som bland annat hänvisar till äktenskapsbalken som slår fast ett gemensamt ansvar för skötseln av hemmet, var och en efter sin förmåga. Detta innebär att behovet av stöd med exempelvis städ och tvätt redan kan vara tillgodosett genom den sammanboende parten. Detta gäller, som sagt, endast sammanboende par, det vill säga det som kallas det ekonomiska hushållet. Det kan inte appliceras i samma utsträckning på andra sammanboende, exempelvis om du som äldre bor med ditt vuxna barn. Anhörigperspektivet ska dock beaktas och serviceinsatser kan beviljas som personligt stöd till person som vårdar eller stödjer den enskilde. I riktlinjerna för biståndsbedömning bemöts även de, ibland stereotypa, föreställningar som finns om äldre kvinnor och män genom att hänsyn inte bör tas till okunskap eller bristande erfarenhet av hemarbete hos vuxna i hushållet.

Första insats

Analyserna över antal insatser vid första insats inom alla olika kategorier visar att ökad ålder innebär en ökad sannolikhet att ha fler insatser. Män har en ökad sannolikhet att ha fler insatser vid första insats jämfört med kvinnor. Detta resultat skulle därför kunna bekräfta antagandet om att kvinnor i högre utsträckning bara har trygghetslarm medan män i större utsträckning har trygghetslarm och ytterligare insatser, därav att resultatet endast uppstår när alla insatser analyseras men inte inom de andra kategorierna.

Tabell 7. Första insats, ålder, kön och hushållsställning 2018–2020. Källa: SCB

| | Första insats totalt | Första insats, totalt exklusive trygghetslarm | Första insats särskilt boende | Första insats hemtjänst |
|------------------------------------|----------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Ålder | + | + | + | + |
| Män (jmf med kvinnor) | + | 0 | 0 | 0 |
| Sammanboende (jmf med ensamboende) | - | - | 0 | - |

Sammanboende personer har en lägre sannolikhet att ha fler insatser första gången de får en insats. Detta gäller för alla kategorier av insatser förutom särskilt boende där ingen skillnad går att påvisa.

Viktigaste slutsatserna för ålder, kön och hushållsställning

- Ålder påverkar i samtliga analyser, oavsett år eller om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas ur analysen. Ju högre ålder desto högre sannolikhet att ha en insats, att ha fler insatser samt att ha fler insatser vid första insats.
- Män har en högre sannolikhet att ha fler antal insatser när alla insatser analyseras och när särskilt boende exkluderas ur analysen jämfört med kvinnor. Män har en lägre sannolikhet att ha förekomst av en insats jämfört med kvinnor 2018. När trygghetslarm exkluderas har män en högre sannolikhet, två av tre år. Män har en högre sannolikhet att ha fler antal insatser vid första insats jämfört med kvinnor. Detta gäller endast när alla insatser analyseras. Sammantaget verkar resultatet tyda på att kvinnor får trygghetslarm i högre utsträckning jämfört med män och att män får fler insatser jämfört med kvinnor inklusive trygghetslarm.
- Sammanboende Malmöbor och brukare har över alla tre år och samtliga analyser en lägre sannolikhet att ha förekomst av insats, fler antal insatser samt fler insatser vid första insats jämfört med ensamboende. Dock undantaget antal insatser när första insats är särskilt boende. Här finns inga skillnader mellan ensamboende och sammanboende.

Stadsdelar

Malmö stad har sedan mitten på 1990-talet varit indelat i 10 stadsdelar med egna ansvar gällande barnomsorg, skola, fritid, omsorg och äldreomsorg. Sedan dess har en succesiv ombildning gjorts i kommunen och 2017 bildades de sista facknämnderna och hälsa- vård och omsorgsnämnden fick ansvaret för all äldreomsorg i Malmö. De tidigare tio stadsdelarna var så stora att de befolkningsmässigt motsvarade egna mindre kommuner. Stadsdelarna hade också olika socioekonomiska förutsättningar som berodde på befolkningssammansättning och hur de geografiska stadsdelsgränserna var indelade. Detta mönster är väl belagt bland annat av Kommissionen för ett hållbart Malmö. Utifrån detta är det intressant att undersöka om geografisk tillhörighet påverkar utfallet av analyserna utöver ålder, kön, sammanboende, inkomst, utbildningsnivå och födelseregion.

Förekomst av insats

Malmöbor boende i stadsdel Södra Innerstaden har högre sannolikhet att ha en insats jämfört med personer boende i stadsdel Centrum vilken utgör jämförelsegrupp. Detta gäller för samtliga år och både när förekomst av samtliga insatser analyseras och när trygghetslarm exkluderas i analysen. I den sista analysen där särskilt boende exkluderas syns denna skillnad endast under 2019, de andra två åren kan inte någon skillnad påvisas.

Tabell 8. Förekomst av insatser och stadsdelar 2018–2020. Källa: SCB

| Variabler | Förekomst av insats | | | Förekomst av insats exklusive trygghetslarm | | | Förekomst av insats exklusive särskilt boende | | |
|-----------------------------------|---------------------|------|------|---|------|------|---|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Stadsdel (jmf med Centrum) | | | | | | | | | |
| Södra Innerstaden | + | + | + | + | + | + | 0 | + | 0 |
| Västra Innerstaden | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Limhamn-Bunkeflo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hyllie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 |
| Fosie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 |
| Oxie | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 |
| Rosengård | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + | + | + |
| Husie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kirseberg | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 |

I tabellen ovan visas endast stadsdelarna. Det är dock viktigt att komma ihåg att i denna analys, precis som i övriga analyser är alla variabler analyserade. Det innebär alltså att för två personer som har samma ålder, kön, hushållsställning, utbildning, inkomst och födelseregion är sannolikheten att ha en insats högre för en person som bor i Södra Innerstaden jämfört med en person som bor i Centrum.

Det kan finnas olika förklaringar till detta. En förklaring kan vara den organisering som funnits under lång tid där stadsdelarna har varit autonoma och det har förekommit en varierande organisationskultur. Trots att stadsdelarna organisatoriskt inte längre finns kan de ha en fortsatt påverkan på resultatet under de år som data är inhämtad.

En annan förklaring är karaktären på bebyggelsen i de olika stadsdelarna. I Södra Innerstaden består bebyggelsen till stor del av hus byggda under 1940-talet med trappor och hus utan hiss. Graden av fysisk tillgänglighet påverkar behovet av hjälp från hemtjänst och även vilken typ av hjälp som behövs. Exempel på detta kan vara att tvättstugan finns i källaren men det finns ingen hiss i byggnaden vilket kan försvåra för en person att självständigt sköta tvätten.

Ytterligare ett resultat i tabellen ovan är att när särskilt boende tas bort ur analysen har äldre Malmöbor i Rosengård en högre sannolikhet att ha en insats jämfört med de som bor i Centrum både 2018, 2019 och 2020. Det faktum att en person bor i Rosengård verkar alltså minska sannolikheten att beviljas särskilt boende, oberoende av de andra faktorerna som utbildning, ålder, kön, hushållsställning, inkomst och födelseregion. Dock skulle en analys som enbart analyserar insatsen särskilt boende behöva genomföras för att säkerställa detta.

Samma resultat verkar visa att personer som bor i Rosengård har en högre sannolikhet att beviljas övriga insatser än personer som bor i Centrum. Detta skulle kunna tyda på att biståndshandläggarna är mer generösa gentemot personer i Rosengård gällande exempelvis hemtjänstinsatser. Men det kan även tolkas som att man är mindre benägen att bevilja just särskilt boende i samma område. Ovanstående resonemang om formen på bebyggelse verkar inte kunna appliceras här. Dels för att bebyggelsen i Rosengård är modernare och ofta har exempelvis hiss. Och dels för att den faktorn i så fall borde slagit igenom även gällande alla insatser utöver särskilt boende. Det kan också finnas faktorer som inte är möjliga att kontrollera för i denna analys som har en påverkan, exempel kan vara kunskap om insatser, socialt nätverk och tilltro till myndigheter.

Orsakerna till resultatet för stadsdelen Rosengård är troligtvis en kombination av flera olika faktorer. Exempel på faktorer kan vara organisationskultur, individuella eller kulturella skillnader gällande synen på åldrande. Det kan även bero på viljan att ta emot offentlig hjälp eller på avsaknad av kunskap gällande rättigheter.

Eftersom analysen visar samma mönster under alla tre åren finns ett behov av att närmare undersöka vad detta resultat beror på. Frågan om tillgänglighet ur ett brett perspektiv kan behöva belysas. Det är inte endast den fysiska tillgängligheten som kan påverka behovet av hjälp. Tillgänglighet kan även innebära tillgänglighet till information om vad man som Malmöbo har för rättigheter i förhållande till socialtjänstlagen och på vilket sätt insatser erbjuds men även utförs.

Antal insatser

När det gäller antal insatser och variabeln stadsdelar utgör stadsdel Centrum jämförelse. Övriga stadsdelar jämförs alltså med Centrum.

Tabell 9. Antal insatser och stadsdelar 2018–2020. Källa: SCB

| | Antal insatser | | | Antal insatser exklusive trygghetslarm | | | Antal insatser exklusive särskilt boende | | |
|-----------------------------------|----------------|------|------|--|------|------|--|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Stadsdel (jmf med Centrum) | | | | | | | | | |
| Södra Innerstaden | + | + | + | 0 | + | 0 | 0 | + | 0 |
| Västra Innerstaden | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Limhamn-Bunkeflo | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 |
| Hyllie | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Fosie | - | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oxie | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rosengård | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + |
| Husie | - | - | - | - | 0 | - | - | - | - |
| Kirseberg | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 |

Likt

Analysen gällande förekomst av insats så utmärker sig boende i Södra Innerstaden genom att ha en högre sannolikhet att ha fler insatser jämfört med personer boende i Centrum. Bebyggelsen i Södra Innerstaden består till stor del av flerfamiljshus byggda på 1940-talet med till stor del bostadsrätter med ett till två rum och kök. Många hus saknar hiss och är därigenom mindre tillgängliga.

Personer boende i Husie har på motsvarande sätt en lägre sannolikhet att ha fler insatser jämfört med boende i Centrum. Detta gäller alla år och alla insatser oavsett om trygghetslarm eller särskilt boende tas bort ur analysen. Endast 2019 och analysen av antal insatser exklusive trygghetslarm avviker där det inte finns någon skillnad i sannolikhet i Husie i jämförelse med stadsdel Centrum. Husie består till stor del av småhusbebyggelse vilket innebär att boendet ofta är mer tillgängligt och behovet av vissa insatser förskjuts därför. Bebyggelsen i de olika stadsdelarna är troligtvis en del av resultatet men det kan även finnas andra faktorer som påverkar det. En sådan faktor kan vara organisationskulturer.

Första insats

I analysen av första insats när alla insatser i alla kategorier analyseras har Södra Innerstaden och Västra Innerstaden större sannolikhet att ha fler insatser jämfört med stadsdel Centrum. Stadsdelarna Hyllie och Husie visar på motsatt sätt en minskad sannolikhet jämfört med Centrum att ha fler insatser vid första insatsen.

Tabell 10. Första insats och stadsdelar. Källa: SCB

| | Första insats totalt | Första insats, totalt exklusive trygghetslarm | Första insats särskilt boende | Första insats hemtjänst |
|-----------------------------------|----------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Stadsdel (jmf med Centrum) | | | | |
| Södra Innerstaden | + | 0 | 0 | 0 |
| Västra Innerstaden | + | 0 | 0 | 0 |
| Limhamn-Bunkeflo | 0 | 0 | 0 | - |
| Hyllie | - | - | 0 | - |
| Fosie | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oxie | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Rosengård | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Husie | - | - | 0 | - |
| Kirseberg | 0 | 0 | 0 | 0 |

Ingen stadsdel har jämfört med Centrum en ökad sannolikhet att ha fler insatser inom kategorin särskilt boende. Det är dock viktigt att komma ihåg att för just denna analys för kategorin särskilt boende ingår endast 1 200 personer så materialet är relativt litet vilket kan ha en påverkan på resultatet. De både högre och lägre sannolikheterna för högre sannolikhet vid första insats som visas i tabellen har troligtvis till viss del att göra med karaktären på bebyggelsen som finns i dessa områden. Både Södra och Västra Innerstaden har en till allra största delen flerfamiljshus byggda under första delen av 1900-talet medan Husie och Hyllie till större del består av enfamiljshus och nyare flerfamiljshus. Även Limhamn-Bunkeflo har relativt stor mängd enfamiljshus men även flerfamiljshus men skillnaden mot stadsdel Centrum återfinns inte i analysen.

Viktigaste slutsatserna för stadsdelar

- Malmöbor boende i Södra Innerstaden har en ökad sannolikhet för förekomst av insats jämfört med boende i Centrum. I Södra Innerstaden har man också en högre sannolikhet att ha fler antal insatser samt högre sannolikhet att ha fler antal insatser vid första insats jämfört med boende i Centrum.
- Malmöbor boende i Rosengård har en ökad sannolikhet att ha förekomst av insats endast när alla insatser exklusive särskilt boende analyseras, detta gäller alla tre åren. Detta kan omvänt tolkas som att Malmöbor i Rosengård får särskilt boende i lägre utsträckning jämfört med Malmöbor boende i Centrum.
- Malmöbor och brukare som bor i områden med villor och radhus har lägre sannolikhet att ha en förekomst av insats, att ha fler antal insatser samt fler insatser vid första insats jämfört med Centrum. Detta gäller dock inte antal insatser när första insats är särskilt boende. Här finns inga skillnader mellan någon av stadsdelarna och Centrum.

Disponibel månadsinkomst

I sammanhanget kan det vara intressant att påminnas om hur många personer som finns i respektive inkomstgrupp. Åren 2018 - 2020 uppvisar relativt små variationer och i genomsnitt över de tre åren ser det ut enligt följande.

Tabell 11. Disponibel månadsinkomst Malmöbor 2018–2020. Källa: SCB

| Disponibel månadsinkomst | Genomsnittligt antal personer år 2018 - 2020 |
|--------------------------|--|
| - 10 000 kr | 7 200 |
| 10 001 - 15 000 kr | 23 000 |
| 15 001 - 20 000 kr | 10 600 |
| 20 001 - 30 000 kr | 7 300 |
| 30 001 - kr | 6 100 |

Av de cirka 54 000 Malmöbor som var 65 år och äldre under perioden 2018 - 2020 hade strax över hälften en disponibel månadsinkomst på under 15 000 kr.

Folkhälsomyndigheten skriver att socioekonomiska faktorer så som inkomst och utbildning, har påverkan på bland annat psykisk hälsa. Det finns en växelverkan mellan psykisk hälsa/ohälsa då psykisk ohälsa riskerar att leda till lägre inkomst samtidigt som en lägre inkomst kan leda till psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2022). Angående hälsa skriver Kommissionen för jämlik hälsa så här:

Inkomster och försörjningsmöjligheter är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa. Sambandet mellan inkomster och hälsa är väl belagt i såväl svensk som internationell forskning och i de flesta sammanhang betraktas det som en av de viktigaste faktorerna för skillnader i hälsa. Ju högre inkomsterna är, åtminstone i de lägre inkomstskikten, desto friskare är man och desto längre är den förväntade livslängden. Inkomster är med andra ord en viktig faktor för det som benämns den sociala gradienten för hälsa (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016, sida 123).

I analysen av disponibel månadsinkomst är personer med en disponibel inkomst på 30 001 kr per månad eller mer jämförelsegrupp.

Förekomst av insats

Tabellen nedan visar resultaten för förekomst av insats beroende på inkomst. I likhet med övriga tabeller visar denna endast resultatet för variabeln disponibel månadsinkomst, alla variabler är dock inkluderade i analysen.

Tabell 12. Förekomst av insats och disponibel månadsinkomst 2018–2020.

Källa: SCB

| | Förekomst av insats | | | Förekomst av insats exklusive trygghetslarm | | | Förekomst av insats exklusive särskilt boende | | |
|--|---------------------|------|------|---|------|------|---|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Disponibel månadsinkomst (jmf med 30 001- kr) | | | | | | | | | |
| -10 000 kr | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 10 001 – 15 000 kr | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| 15 001 – 20 000kr | + | + | + | 0 | 0 | 0 | + | + | + |
| 20 001 – 30 000 kr | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 |

Analysen av disponibel inkomst och förekomst av insatser visar att grupperna med en inkomst på under 10 000 kronor och mellan 10 001 och 15 000 kronor har en större sannolikhet att ha en insats än gruppen med en inkomst över 30 001 kronor. Detta gäller alla insatser även när trygghetslarm och särskilt boende exkluderas. Se de 18 gröna plusen i tabellen ovan.

För inkomstgruppen 15 001 - 20 000 kronor finns en ökad sannolikhet att ha en insats när alla insatser finns med och när särskilt boende exkluderas jämfört med gruppen med en inkomst på över 30 001 kronor. Den ökade sannolikheten försvinner dock när trygghetslarm exkluderas ur analysen.

För gruppen med inkomster på mellan 20 001 och 30 000 kronor kan inget samband påvisas gällande sannolikhet att ha insats när hänsyn tas till alla insatser och inte heller när särskilt boende exkluderas. Denna grupp har dock en lägre sannolikhet att ha en insats när trygghetslarm tas bort ur analysen, jämfört med gruppen som har en inkomst på 30 001 kronor eller mer. Detta gäller för åren 2019 och 2020. År 2018 kan detta samband inte påvisas.

I 1 kap 1 § Socialtjänstlag (2001:453) anges att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund skall främja människornas jämlikhet i levnadsvillkor. Denna juridiska skyldighet kan tolkas som att socialtjänsten har ett kompensatoriskt uppdrag i liket med exempelvis förskola och grundskola gällande utjämning av social ojämlikhet. I relation till att personer med låga inkomster generellt har en sämre hälsa än personer med högre inkomster, kan resultatet tolkas som att det kompensatoriska uppdrag som anges i socialtjänstlagen fungerar och har genomslag enligt intentionen.

Antal insatser

När det gällde förekomst av insats finns det, som sagt, ett tydligt mönster gällande högre sannolikhet att ha en insats om en person har en disponibel inkomsten som är upp till 20 000 kronor per månad jämfört med den som har en inkomst över 30 000 kronor per månad. Detta gäller hela den äldre befolkningen i Malmö, 65 år och äldre.

Att det finns en högre sannolikhet för att ha en insats vid lägre inkomster var ett väntat resultat då det finns ett samband mellan inkomst och hälsa.

Här analyseras i stället antalet insatser och deras samband med samma variabler som för förekomst av insats. Utifrån ovanstående resultat skulle det kunna förväntas att sambandet gick i samma riktning med högre sannolikhet för fler insatser vid låga inkomster. Dock visar analysen i stället att det är en lägre sannolikhet att ha fler insatser för de som har en disponibel månadsinkomst upp till 30 000 kronor per månad jämfört med de som har över 30 000 kronor per månad i disponibel månadsinkomst. Detta gäller när alla insatser är med och när alla insatser exklusive trygghetslarm analyseras. Mönstret gäller dock inte alla år i alla inkomstgrupper vilket framkommer i tabellen nedan.

Tabell 13. Antal insatser och disponibel månadsinkomst 2018–2020. Källa: SCB

| | Antal insatser | | | Antal insatser exklusive trygghetslarm | | | Antal insatser exklusive särskilt boende | | |
|--------------------------------------|----------------|------|------|--|------|------|--|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Inkomst (jämfört med 30 001-) | | | | | | | | | |
| -10 000 kr | 0 | - | 0 | - | - | - | 0 | 0 | 0 |
| 10 001 – 15 000 kr | 0 | - | 0 | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 |
| 15 001 – 20 000kr | - | - | - | - | - | - | 0 | 0 | 0 |
| 20 001 – 30 000 kr | - | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabellen visar att det finns en inkomstkänslighet som har påverkan på sannolikheten att ha fler insatser i de lägre inkomstgrupperna. Resultatet är tydligt även om det inte gäller alla år eller alla inkomstgrupper.

Den lägre sannolikheten för fler insatser kan inte förklaras genom ålder, hushållsställning, utbildning, stadsdel eller födelseregion eftersom dessa faktorer redan är inkluderade i analysen. Vid ett antagande om att det finns ett samband mellan lägre inkomster och sämre hälsa och därigenom ett större behov av insatser borde sannolikheten i stället varit högre för de låga inkomstgrupperna. Detta om det kompensatoriska uppdraget ska kunna sägas fungera.

Orsakerna till varför sannolikheten går mot den förväntade riktningen är troligen flera, i likhet med övriga analyser. En orsak kan vara att dessa grupper prioriterar insatser utifrån ekonomiska förutsättningar, exempel att prioritera insatser inom ramen för den kommunala hälso- och sjukvården eller den regionala hälso- och sjukvården framför insatser inom socialtjänsten, eller att man endast ansöker om de mest nödvändiga insatserna och inte allt som man har behov av för att hålla kostnaden för insatserna så låg som möjligt. Insatser inom båda lagrummen är avgiftsbelagda men med ett maximalt utgiftsutrymme som beror på individens inkomst.

Det kan med andra ord finnas en ekonomisk aspekt kopplat till resultatet. Den ekonomiska aspekten kan vara en följd av kommunens avgiftssystem men även av hur information ges kring avgifter och hur avgiften räknas ut. Så som avgiftssystemet är uppbyggt kan inte biståndshandläggaren direkt säga vad avgiften för den enskilde kommer att bli utifrån de insatser som biståndshandläggaren erbjuder. Detta kan innebära att personer med lägre inkomster väljer bort att ansöka om fler insatser och i stället gör någon form av prioritering.

För gruppen med inkomster mellan 20 001 - 30 000 kronor per månad kan även den lägre sannolikheten för fler insatser bero på att man väljer att köpa vissa tjänster privat och den hjälp som inte går att få privat ansöker man i stället om hos kommunen, exempelvis insatser gällande den personliga omvårdnaden. Gruppen med en disponibel inkomst på över 30 000 kronor per månad har troligtvis ekonomiska förutsättningar att både köpa tjänster privat och att ha de insatser som de är i behov av från kommunen. Detta kan tolkas som att det inte görs någon ekonomisk prioritering i denna grupp och att det därför finns en lägre sannolikhet för den näst högsta inkomstgruppen jämfört med den högsta inkomstgruppen gällande antal insatser.

Vid analys av antal insatser exklusive särskilt boende finns inte längre någon skillnad i sannolikhet att ha insats för någon av inkomstgrupperna under 30 000 kronor per månad jämfört med gruppen som har över 30 000 kronor per månad. Detta innebär troligtvis att det är just insatsen särskilt boende som driver skillnaderna mellan inkomstnivåerna. Särskilt boende är den mest omfattande och ekonomiskt dyraste insatsen då den omfattar hyra, omvårdnadsavgift och avgift för mat samt i vissa fall el.

Skillnaderna i antal insatser kopplat till inkomstnivå kan vara nödvändig att undersöka vidare. Om det är så att brukare prioriterar vilka insatser de ansöker om utifrån ekonomiska aspekter finns risk att det finns äldre personer med otillfredsställda hjälpbehov som nämnden inte når samt att detta kan bero på ojämlika livsvillkor och eventuellt förstärka dessa ojämlikheter.

Första insats

Mönstret som fanns i analysen av antal insatser över alla tre åren och inkomstnivå återkommer till viss del i analysen kring första insats. Personer med lägre disponibel månadsinkomst har en lägre sannolikhet att ha fler insatser vid sin första insats, jämfört med personer som har en disponibel månadsinkomst över 30 000 kronor. Detta gäller när alla insatser analyseras och när alla insatser exklusive larm analyseras.

Tabell 14. Första insats och disponibel månadsinkomst 2018–2020. Källa: SCB

| | Första insats totalt | Första insats, totalt exklusive trygghetslarm | Första insats särskilt boende | Första insats hemtjänst |
|----------------------------------|----------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Inkomst (jmf med 30 001-) | | | | |
| -10 000 kr | - | - | 0 | 0 |
| 10 001 – 15 000 kr | - | - | 0 | 0 |
| 15 001 – 20 000kr | - | - | 0 | 0 |
| 20 001 – 30 000 kr | - | - | 0 | 0 |

Ovanstående bekräftar att det verkar finnas en prioritering som innebär färre antal insatser vid första insats för grupper med disponibel månadsinkomst under 30 000 kr. Denna prioritering verkar inte göras i gruppen med högre inkomst. Den lägre sannolikheten att ha flera insatser vid första insats kan tolkas utifrån att personer i dessa inkomstgrupper väljer de insatser som de är i störst behov av och avstår från andra. Personerna kan även ha kostnader för hälso- och sjukvårdsinsatser insatser som inte inkluderas i detta material.

Eftersom analysen inte visar några skillnader i sannolikhet för fler insatser inom kategorierna särskilt boende och hemtjänst skulle det kunna antas att den lägre sannolikheten för fler insatser vid första insats framför allt gäller insatser som korttidsboende, växelboende, dagverksamhet, kontaktperson och ledsagare samt avlösare.

Utifrån uppdraget att främja människors jämlikhet i levnadsvillkor som anges i socialtjänstlagen och ur ett förebyggande perspektiv hindra eller förskjuta framtida ohälsa är ovanstående lägre sannolikheter utifrån inkomst inte önskvärda. Om personer med lägre inkomster väljer bort olika förebyggande insatser samtidigt som det måste antas att de troligtvis inte kompenserar för dessa genom att köpa sig olika tjänster kan fallet vara så att ojämlikhet förstärks snarare än minskas när man har behov av insatser inom ramen för socialtjänstlagen. Särskilt utsatta grupper kan då antas vara som både personer som har en låg inkomst och som inte har anhöriga som kompenserar för de insatser som prioriteras bort. En närmare analys skulle därför behöva göras av kostnader för insatser för olika inkomstgrupper för att säkerställa att ojämlikhet inte förstärks.

Viktigaste slutsatserna för disponibel inkomst

- Malmöbor med upp till 15 000 kronor i disponibel månadsinkomst har en ökad sannolikhet att ha en förekomst av insats alla åren och oavsett om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas jämfört med Malmöbor som har en disponibel månadsinkomst på över 30 000 kronor.
- Malmöbor med en månadsinkomst mellan 15 001–20 000 kronor har en ökad sannolikhet att ha förekomst av insats både när alla insatser inkluderas och när

alla insatser men särskilt boende exkluderas jämfört med Malmöbor med en inkomst på över 30 000 kronor. Denna skillnad försvinner när trygghetslarm exkluderas ur analysen.

- Brukare med disponibel månadsinkomst upp till 30 000 kronor har en lägre sannolikhet att ha fler antal insatser jämfört med brukare med en inkomst på över 30 000 kronor vid första insats. Detta gäller första insats totalt och första insats totalt men exklusive trygghetslarm. Skillnaden finns dock inte när antal insatser exklusive särskilt boende analyseras.
- Brukare med en disponibel månadsinkomst upp till 30 000 kronor har en lägre sannolikhet att ha fler insatser vid första insats inom kategorierna första insats totalt och när trygghetslarm exkluderas jämfört med brukare med disponibel månadsinkomst över 30 000 kronor. Det finns ingen skillnad i antal insatser inom kategorin särskilt boende eller i kategorin hemtjänst.

Utbildningsnivå

Förekomst av insats

I den här analysen jämförs grupperna med förgymnasial och gymnasial utbildning med gruppen som har en eftergymnasial utbildning. Sedan tidigare är det belagt att det på gruppnivå finns ett samband mellan hälsa och utbildningsnivå. I analysen är individers hälsa inte en av variablerna. Att mäta hälsa är komplicerat och innebär därför svårigheter att ha med i en statistisk analys som denna.

Tabell 15. Förekomst av insats och utbildningsnivå 2018–2020. Källa: SCB

| | Förekomst av insats | | | Förekomst av insats exklusive trygghetslarm | | | Förekomst av insats exklusive särskilt boende | | |
|--|---------------------|------|------|---|------|------|---|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Utbildningsnivå (jmf med eftergymnasial utbildning) | | | | | | | | | |
| Förgymnasial | + | + | + | + | + | + | 0 | + | + |
| Gymnasial | + | + | + | + | + | + | 0 | 0 | + |

Källa: SCB

För Malmöbor med förgymnasial och gymnasial utbildning ökar sannolikheten att ha en insats samtliga tre åren jämfört med Malmöbor som har eftergymnasial utbildning. Folkhälsomyndigheten (2015) har undersökt sambandet mellan hälsa och utbildningsnivå. De menar att bland annat självskattat allmänt hälsotillstånd, ohälsosamma levnadsvanor och upplevda, stora ekonomiska problem är några av de faktorer som har samband med individers hälsa och förutsättningar för god hälsa. Hälsan förbättras med stigande utbildningsnivå. Analysens resultat skulle kunna förklaras utifrån detta; personer med lägre utbildningsnivå har generellt sämre hälsa och därmed även ett större hjälpbehov än personer med en högre utbildningsnivå. Andra faktorer som påverkar hälsan är bland annat ålder och inkomst. Dessa faktorer är resultatet kontrollerat för och den påverkan dessa faktorer kan ha på resultatet är därmed utesluten. Analysen visar således att utbildningsnivå ensamt påverkar sannolikheten att ha eller inte ha en insats. Även gällande utbildningsnivå, precis som för inkomstnivå, verkar det kompensatoriska uppdraget för äldreomsorgen fungera, när det gäller förekomst av insats gällande Malmöbor i stort.

Antal insatser

Analysen gällande antal insatser och utbildningsnivå visar till största del att det inte finns några skillnader i sannolikhet för fler insatser mellan personer med lägre utbildningsnivå jämfört med personer med eftergymnasial utbildning.

Tabell 16. Antal insatser och utbildningsnivå 2018–2020. Källa: SCB

| | Antal insatser | | | Antal insatser exklusive trygghetslarm | | | Antal insatser exklusive särskilt boende | | |
|--|----------------|------|------|--|------|------|--|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Utbildningsnivå (jmf m eftergymnasial utbildning) | | | | | | | | | |
| Förgymnasial | + | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gymnasial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Ett undantag är de med förgymnasial utbildning vilka har en högre sannolikhet att ha fler insatser när alla insatser analyseras åren 2018 och 2019. Att det är en högre sannolikhet för gruppen med förgymnasial utbildning att ha fler insatser jämfört med gruppen med eftergymnasial utbildning är positivt med tanke på att det finns ett samband mellan utbildningsnivå och hälsa och därigenom behovet av hjälp. Det kan alltså tolkas som att det kompensatoriska uppdraget funkar till viss del. Dock är det viktigt att poängtera att när trygghetslarm, som är en insats som beviljas i princip alla som ansöker om det, tas bort ur analysen, så försvinner den ökade sannolikheten.

En orsak till att personer med lägre utbildningsnivå inte i större utsträckning har fler insatser än personer med högre utbildningsnivå kan vara att personer med lägre utbildningsnivå i större utsträckning än andra får stöd av anhöriga. Det är dessutom vanligare att personer med lägre utbildningsnivå får stöd av personer utanför det egna hushållet, det vill säga av barn eller andra anhöriga som inte bor tillsammans med den äldre (Szebehely, 2013). Detta skulle kunna innebära att den äldres behov ändå är tillgodosett genom anhöriga (något vi inte kan bekräfta med den här analysen). Men det är då i stället beaktansvärt ur ett anhörigperspektiv.

För att med säkerhet kunna påvisa att det kompensatoriska uppdraget fungerar fullt ut borde de med förgymnasial och gymnasial utbildning haft en ökad sannolikhet för fler insatser både gällande alla insatser och när trygghetslarm eller särskilt boendet tas bort ur analysen. Enligt denna analys verkar inte det kompensatoriska uppdraget utifrån ojämlika villkor för hälsa fungera helt.

Första insats

Analysen visar att för personer med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå finns det en större sannolikhet för fler insatser vid första insats jämfört med personer med eftergymnasial utbildning. Den ökade sannolikheten finns endast när alla kategorier av insatser och alla typer av insatser analyseras.

Tabell 17. Första insats och utbildningsnivå. Källa: SCB

| | Första insats totalt | Första insats, totalt exklusive trygghetslarm | Första insats särskilt boende | Första insats hemtjänst |
|--|----------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Utbildningsnivå (jmf med eftergymnasial utb.) | | | | |
| Förgymnasial | + | 0 | 0 | 0 |
| Gymnasial | + | 0 | 0 | 0 |

När trygghetslarm tas bort ur analysen finns inte längre någon skillnad mellan personer med lägre utbildningsnivå och de med en högre utbildningsnivå gällande antal insatser vid första erhållna insats. Detta kan tolkas som att det är insatsen trygghetslarm som driver skillnaden i sannolikhet att ha fler insatser vid första insats. En orsak till detta kan vara att personer med eftergymnasial utbildning i oftare ansöker om trygghetslarm som första insats medan personer med förgymnasial och gymnasial ansöker om (och beviljas) flera insatser i samband med första insats vilket innebär att det är först då som de även får ett trygghetslarm. Det kan betyda att personer med lägre utbildningsnivå har ett större hjälpbehov när de väl är i behov av insatser än vad personer med högre utbildningsnivå har.

Utifrån sambandet mellan livsvillkor, hälsa och utbildningsnivå är det eftersträvansvärt att det finns en högre sannolikhet för vissa socioekonomiska grupper att ha insatser och ha fler insatser eftersom behovet av stöd torde följa graden av hälsa i viss mån. Detta gäller bland annat personer med lägre utbildningsnivå än eftergymnasial utbildning där det borde vara en högre sannolikhet inom fler kategorier än vad analysen visar.

Viktigaste slutsatserna för utbildningsnivå

- Malmöbor med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå har en högre sannolikhet att ha någon form av insats jämfört med Malmöbor med eftergymnasial utbildningsnivå.
- Brukare med förgymnasial utbildningsnivå har en ökad sannolikhet att ha fler antal insatser jämfört med brukare med eftergymnasial utbildning. Detta gäller endast när alla insatser analyseras och endast år 2018 och 2019.
- Brukare med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå har en högre sannolikhet att ha fler insatser vid sin första insats jämfört med brukare med eftergymnasial utbildningsnivå. Detta gäller endast när alla insatser analyseras vilket tyder på att skillnaden framförallt drivs av insatsen trygghetslarm men inte av de andra insatserna.

Födelseregion

Bland Malmöbor 65 år och äldre såg 2020 fördelningen över antal personer födda i olika födelseregioner ut som i följande tabell:

Tabell 18. Antal personer i olika födelseregioner år 2020. Källa: SCB

| Födelseregion | Antal personer |
|-----------------------------------|----------------|
| Sverige | 39 154 |
| Norden utom Sverige | 1 928 |
| Europa utom Norden och Sverige | 9 548 |
| Nordamerika, Australien, Oceanien | 124 |
| Sydamerika | 629 |
| Asien | 3 190 |
| Afrika | 452 |

Förekomst av insats

I nedanstående tabell framkommer sannolikheten av förekomst av insats i förhållande till födelseregion. Analysen gällande födelseregion och insatser inkluderar som tidigare tabeller variablerna, ålder, kön, hushållsställning, inkomst, utbildningsnivå och stadsdel vilket utesluter dessa faktorer som förklaring till resultatet i det här avsnittet.

Analysen visar att Malmöbor födda i Afrika och Asien har en lägre sannolikhet jämfört med personer födda i Sverige; när alla insatser analyseras och när alla insatser exklusive särskilt boende analyseras. Denna skillnad försvinner dock när trygghetslarm exkluderas ur analysen. Detta kan tolkas som att skillnaden i sannolikhet för Malmöbor födda i Afrika och Asien drivs av skillnader i hur stor sannolikheten är att ha endast trygghetslarm.

Detta skulle kunna bero på att nämnden inte når med information om trygghetslarm till personer som är födda i Asien och Afrika. Det kan även, i likhet med personer med lägre utbildningsnivå, vara så att dessa grupper inte i lika hög utsträckning har endast ett trygghetslarm utan att detta blir aktuellt först när ett större hjälpbehov finns.

Malmöbor födda i Europa utom Norden har en lägre sannolikhet att ha insatser samtliga år och oavsett om alla insatser analyseras eller om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas i analysen. Detta innebär att Malmöbor födda i Europa utom Norden är en grupp som inte nås med insatser i samma utsträckning som Malmöbor födda i Sverige. Vad detta beror på behöver studeras vidare för att ta reda på orsaker till varför.

Tabell 19. Förekomst av insats och födelseregion 2018–2020. Källa: SCB

| | Förekomst av insats | | | Förekomst av insats exklusive trygghetslarm | | | Förekomst av insats exklusive särskilt boende | | |
|--|---------------------|------|------|---|------|------|---|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Födelseregion (jmf födda i Sverige) | | | | | | | | | |
| Afrika | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 | 0 | - | - |
| Asien | 0 | - | - | 0 | 0 | 0 | - | - | - |
| Europa utom Norden | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Nordamerika, Australien, Oceanien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Norden | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sydamerika | - | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 |

Grupperna födda i Asien, Afrika och Europa utom Norden är i genomsnitt yngre än de födda i Sverige. Denna analys visar dock att även när hänsyn tas till ålder och de övriga variablerna i analysen, så är sannolikheten lägre att ha en insats beroende på födelseregion i jämförelse med att vara född i Sverige. Resultatet kan inte heller härledas till att personer födda i dessa regioner skulle bo i en specifik stadsdel eftersom stadsdel är inkluderat i analysen.

Som tidigare nämnts, svarar inte analysen på varför sannolikheten är lägre eller högre utan bara *att* den är högre eller lägre i förhållande till jämförelsegruppen. Orsakerna till att personer födda i Afrika, Asien och Europa utom Norden har en lägre sannolikhet att ha insatser från nämnden än personer som är födda i Sverige har, är troligtvis en kombination av faktorer. Tidigare har exempelvis organisationskultur tagits upp som en orsak till skillnader gällande stadsdelar. Sådana organisationskulturer kan även existera utifrån hur hjälpen från nämnden är utformad, hur den erbjuds, vad som kan erbjudas och i vilken form information ges. Detta kan i sin tur påverka huruvida en person vet vad den kan ansöka om men även om den vill ansöka eller inte. Sådana faktorer kan kopplas till tillgänglighetsbegreppet och huruvida nämndens tjänster är tillgängliga för olika grupper och eventuella olika former av behov.

Föreställningar, normer och värderingar kan vara en del av förklaringen till resultatet. Dessa kan avse både Malmöbors tilltro till exempelvis myndigheter. Det kan även bero på föreställningar, normer och värderingar inom organisationen kring hur personer från olika länder vill ha stöd när de blir äldre. Det finns ofta en föreställning om att personer födda i icke västerländska länder väljer att få hjälp av sina anhöriga framför att få hjälp från den offentligt organiserade äldreomsorgen. Det är inte klarlagt om detta i sin tur kan bero på hur den svenska äldreomsorgen är organiserad eller om kännedom finns om det stöd som finns att tillgå finns bland dessa personer. Eller om föreställningen faktiskt stämmer. Även äldre som är födda i Sverige får i stor utsträckning stöttning av sina anhöriga.

Då det finns flera möjliga förklaringar till detta resultat är det av vikt att analysera orsakerna till resultatet i analysen. Det är av angeläget att igen påtala det

kompensatoriska uppdraget i förhållande till vad analysen visar gällande sannolikhet. Att personer födda i Afrika, Asien och Europa utom Norden har en lägre sannolikhet att ha en insats än vad personer födda i Sverige har, visar att det finns ett behov av att förstå vad detta beror på samt arbeta mer med att öka graden av jämlikhet mellan personer som är födda i olika delar av världen. Detta är dessutom av vikt då andelen av äldre personer som är födda utanför Sverige kommer att öka framöver.

Antal insatser

När antalet insatser analyseras i förhållande till födelseregion försvinner i princip alla de mönster som återfanns i analysen av förekomst av insats, som beskrivits ovan.

Utifrån resonemanget om (bristande?) tillgänglighet och tillgång till insatser när det gäller förekomst av insats får detta tolkas positivt. Resultatet visar att det inte längre finns några skillnader utifrån födelseregion när antal insatser analyseras vilket tyder på att ovanstående skillnader jämnas ut när den enskilde väl får insatser och har en etablerad kontakt med Socialtjänsten, oavsett födelseregion.

Tabell 20. Antal insatser och födelseregion 2018–2020. Källa: SCB

| | Antal insatser | | | Antal insatser exklusive trygghetslarm | | | Antal insatser exklusive särskilt boende | | |
|--|----------------|------|------|--|------|------|--|------|------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 | 2018 | 2019 | 2020 |
| Födelseregion (jmf med födda i Sverige) | | | | | | | | | |
| Afrika | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Asien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Europa utom Norden | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nordamerika, Australien, Oceanien | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Norden | 0 | + | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 |
| Sydamerika | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 |

Första insats

I analysen som omfattade alla Malmöbor, 65 år och äldre, där sannolikheten till förekomst av insats analyserades fanns ett tydligt mönster att Malmöbor som var födda i Afrika, Asien, Europa utom Norden och Sydamerika hade lägre sannolikhet att ha en insats jämfört med personer födda i Sverige.

Tabell 21. Första insats och födelseregion. Källa: SCB

| | Första insats totalt | Första insats, totalt exklusive trygghetslarm | Första insats särskilt boende | Första insats hemtjänst |
|--|----------------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| Födelseregion (jmf med Sverige) | | | | |
| Afrika | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Asien | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Europa utom Norden | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Nordamerika, Australien, Oceanien | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Norden | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sydamerika | 0 | 0 | 0 | 0 |

I denna analys som i stället utgår från de som faktiskt har fått insatser ser vi att födelseregioner inte längre har någon påverkan på sannolikheten att ha fler insatser vid första insats.

Liknande mönster sågs hos personer med lägre utbildningsnivå än eftergymnasial utbildning. I det fallet verkade dock detta kompenseras genom en större sannolikhet att få flera insatser i samband med första insats. Detsamma går dock inte att se gällande födelseregion. I denna analys framkommer att personer födda i Afrika, Asien, Europa utom Norden och Sydamerika har en lägre sannolikhet för förekomst av insats men *inte* att personer födda i dessa regioner får fler insatser i samband med första insats. Antalet insatser indikerar, som tidigare beskrivits, hur stort hjälpbehov en person har. Om det tar längre tid innan personer födda i Afrika, Asien, Europa utom Norden och Sydamerika att få tillgång till nämndens insatser torde även hjälpbehovet vara större än för de som är födda i Sverige och redan har insatser. Detta borde även avspeglats i resultatet av denna analys, vilket det alltså inte gör. Vad det beror på behöver utforskas ytterligare.

Viktigaste slutsatserna för födelseregion

- Malmöbor födda i Afrika och Asien har lägre sannolikhet att ha en insats jämfört med personer födda i Sverige. Detta gäller alla insatser och alla insatser exklusive särskilt boende. Skillnaden försvinner dock när trygghetslarm exkluderas ur analysen. Detta tyder på att det är just insatsen trygghetslarm som personer i dessa födelseregioner inte får i samma utsträckning som personer födda i Sverige.
- Personer födda i Europa utom Norden har en lägre sannolikhet att ha förekomst av insats alla åren och oavsett om allt inkluderas eller om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas.
- När antal insatser analyseras försvinner i stort sett alla skillnader mellan personer födda i födelseländer utan för Sverige och födda i Sverige

- I analysen antal insatser vid första insats finns inte heller några skillnader mellan personer födda i länder utanför Sverige och de födda i Sverige

Områden för fortsatt analys

Som nämnts tidigare i denna rapport så ger analyserna svar på skillnader i sannolikhet som finns mellan Malmöbor gällande förekomst av insatser och mellan brukare gällande antal insatser och antal insatser vid första insats utifrån variablerna som använts. Detta innebär att det blir lättare att identifiera områden som behöver fördjupade analyser. Analyserna har kunnat utesluta att skillnaderna i sannolikhet gällande till exempel inkomst inte beror på att personer med låg inkomst har en lägre utbildning. Det är i stället andra faktorer utöver de som finns med som variabler i analysen som förklarar varför skillnaderna finns. Fortsatta analyser behöver fokusera just på denna fråga, *varför* finns skillnaderna mellan grupperna?

Som nämnts tidigare har variabeln hälsa inte kunnat inkluderas i analysen, en variabel som troligtvis har påverkan på behov av insatser enligt socialtjänstlagen. Hälsa är en variabel som är svår att definiera och att mäta, och Statistiska centralbyrån inte har den typen av uppgifter i sina register. Det som däremot är känt och belagt är att det finns skillnader mellan gruppers hälsa där det tydligaste sambandet finns mellan hälsa och utbildningsnivå. Andra faktorer som påverkar hälsa är inkomst, födelseland och hushållsställning. Det finns i sin tur också ett samband mellan utbildningsnivå och inkomster där en högre utbildning oftast innebär en högre inkomst, vilket i sin tur också påverkar hälsan. Högre utbildning i sig tenderar också att leda till bättre hälsa (Kommissionen för jämlik hälsa, 2016).

Nedan kommer en redogörelse för de områden som, utifrån denna rapport, behöver utforskas närmare. Fördjupade analyser gällande orsakerna till skillnaderna som resultaten visar behöver göras inom följande områden:

Födelseregion

- Malmöbor födda i Europa utom Norden har lägre sannolikhet för förekomst av insats alla tre åren oberoende av om trygghetslarm eller särskilt boende exkluderas. Detta tyder på att personer födda i Europa utom Norden är en grupp som särskilt behöver analyseras närmare utifrån flera olika perspektiv.
- Malmöbor födda i Afrika, Asien och till viss del Sydamerika har lägre sannolikhet att ha insatser och trygghetslarm verkar vara en insats som driver denna skillnad och orsakerna till detta behöver utredas närmare.

Disponibel månadsinkomst

- Malmöbor med lägre inkomster får tillgång till nämndens insatser men när de väl fått insatser verkar personer med lägre inkomster prioritera bort insatser och ha färre antal insatser jämfört med personer med högre inkomster. Orsakerna till skillnaderna behöver utredas närmare.

Utbildningsnivå

- Vid analys av antal insatser är det endast brukare med förgymnasial utbildning som har ökad sannolikhet för fler insatser och denna skillnad försvinner när trygghetslarm och särskilt boende exkluderas.
- På samma sätt har brukare med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå har en högre sannolikhet att fler insatser vid sin första insats jämfört med brukare med eftergymnasial utbildningsnivå. Detta gäller endast när alla insatser analyseras men inte när trygghetslarm exkluderas, inte inom kategorin särskilt boende och inte inom kategorin hemtjänst.
- Sammantaget tyder detta på att brukare med förgymnasial och gymnasial utbildningsnivå framför allt får trygghetslarm men inte andra insatser i större utsträckning jämfört med personer med eftergymnasial utbildningsnivå. Eftersom det finns en nära koppling mellan hälsa och utbildningsnivå hade det varit önskvärt att det fanns skillnader mellan utbildningsnivåerna mer än vad som visas i analysen för att säkerställa att det kompensatoriska uppdraget fullgörs i förhållande till utbildningsnivå och hälsa vilket inte verkar vara fallet. Skillnaderna mellan utbildningsnivåerna behöver utredas närmare.

Kvinnor och män

- Män har en högre sannolikhet att ha fler antal insatser när alla insatser analyseras och när särskilt boende exkluderas ur analysen jämfört med kvinnor.
- Män har en högre sannolikhet att ha fler antal insatser vid första insats jämfört med kvinnor. Detta gäller endast när alla insatser analyseras. Sammantaget verkar resultatet tyda på att kvinnor får trygghetslarm i högre utsträckning jämfört med män och att män får fler insatser jämfört med kvinnor inklusive trygghetslarm.

Stadsdelar

- Malmöbor boende i Rosengård har en ökad sannolikhet att ha förekomst av insats endast när alla insatser exklusive särskilt boende analyseras, detta gäller alla tre åren. Detta kan omvänt tolkas som att Malmöbor i Rosengård får särskilt boende i lägre utsträckning jämfört med Malmöbor boende i Centrum. Skillnaderna kopplade till boende i Rosengård och beviljandet av särskilt boende behöver utredas närmare.

Referenser

Folkhälsomyndigheten (2015) *Utbildningsnivå och hälsa – hur hänger de ihop?*

Folkhälsomyndigheten (2022) *Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop?* Folkhälsans utveckling
Årsrapport

Folkhälsomyndigheten (2022) *Ojämligheter i psykisk hälsa.*

Kommissionen för jämlik hälsa (2016) SOU 2016:55, *Det handlar om jämlik hälsa –
utgångspunkter för Kommissionens vidare arbete.*

Lindelöf, Margareta och Rönnbäck, Eva (2004) *Att fördela bistånd - Om
handläggningsprocessen inom äldreomsorgen*, Umeå universitet, Umeå.

Lundström, Anna (2022) *Betydelsen av kön och ålder i äldreomsorgen – om standardiserade
biståndsutredningar och dess diskurser*, MediaTryck: Lund.

Nämndsbudget, Hälsa-, vård, och omsorgsnämnden, 2021–2022

Socialstyrelsen (2004) *Jämställd socialtjänst? Könsperspektiv på socialtjänsten.*

Socialtjänstlagen (2001:253).

Szebehely, Marta (2013) Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en
fråga om kön, kapitel i *Genus i omsorgens vardag*, Szebehely, Marta och
Gunnarsson, Evy (red) Gleerups: Polen.

Takter och Andersson (2019) *Jag trodde det låg på mig – en studie av anörigas situation vid
omfattande omsorg och vård i hemmet*, FoU-rapport 2019:1, Malmö stad.

Vårdguiden (2022) *Jämlik vård (fördjupning)*, 1177 Vårdguiden.

Äktenskapsbalken (1987:230).