

Rapport 2021:7

# Den nordiska äldreomsorgen

En jämförande kartläggning  
av struktur, organisation  
och innehåll



► vård- och  
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021  
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm  
Omslagsbild: Getty Images International  
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri  
ISBN 978-91-88935-34-2



# Den nordiska äldreomsorgen

En jämförande kartläggning av struktur,  
organisation och innehåll

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Analytikern Kerstin Gunnarsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Nils Janlöv deltagit.

Stockholm 2021-06-16

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Anna Dunér  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Johanna Adami  
*Styrelseledamot*

Titti Mattsson  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Kerstin Gunnarsson  
*Föredragande*

## Förord

Covid-19-pandemin har satt fokus på utmaningarna inom äldreomsorgen. Trots att flera av dessa varit kända sedan tidigare finns ett stort behov av samlad kunskap för att kunna utveckla äldreomsorgen framöver. Mot denna bakgrund har vi tagit fram ett jämförande kunskapsunderlag om äldreomsorgens struktur, insatser och organisation i Sverige, Danmark, Finland och Norge.

Syftet med arbetet är att ge en aktuell och fördjupad lägesbild av svensk äldreomsorg i ett nordiskt sammanhang där vi undersöker likheter och skillnader jämfört med våra nordiska grannländers äldreomsorg. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på olika nivåer och alla som är intresserade av äldreomsorgens framtid. Vi hoppas att rapporten ska utgöra ett underlag i det fortsatta arbetet med att utveckla äldreomsorgen.

Arbetet med rapporten har letts av projektledaren Kerstin Gunnarsson. I projektgruppen har även analytikerna Sara Blume och Annasara Agfors, utredarna Eva Hagbjer och Martina Axmin, projektdirektören Nils Janlöv samt juristerna Nadja Zandpour och Eva Bucksch deltagit. Vi vill rikta ett stort tack till Marta Szebehely (professor em Stockholms universitet), Greger Bengtsson (samordnare SKR) och Tine Rostgaard (professor Roskilde universitet och Stockholms universitet) som har bidragit med värdefulla synpunkter på rapporten. Vi vill också tacka våra nationella experter som bistått med faktaunderlag och granskning: Karsten Vrangbaek (Danmark, professor Köpenhamns universitet), Teija Hammar (Finland, specialist vid Institutet för hälsa och välfärd), Pia Pulkkinen (Finland, expert vid Institutet

Förord

för hälsa och välfärd) och Ingrid Sperre Saunes (Norge, seniorrådgivare, Folkhelseinstituttet). De slutsatser och förslag som lämnas i rapporten står Myndigheten för vård- och omsorgsanalys själv för.

Stockholm september 2021

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Utmaningarna inom svensk äldreomsorg har fått stor uppmärksamhet i samband med covid-19-pandemin. Därför har vi gjort en jämförande kartläggning av äldreomsorgens struktur, organisation och innehåll i Sverige, Danmark, Finland och Norge. Syftet är att skapa en aktuell och fördjupad lägesbild av svensk äldreomsorg i nordisk kontext. Vi har undersökt vilka likheter och skillnader som finns mellan våra nordiska grannländer och på vilka områden det behövs mer kunskap.

### **Våra viktigaste resultat från kartläggningen:**

- På övergripande nivå är äldreomsorgens utformning liknande mellan länderna, men det är svårt att bedöma skillnader i insatsernas omfattning och ännu svårare att jämföra deras innehåll och kvalitet.
- Länderna har liknande insatsformer, men det är vanligare med institutionsboenden i Norge och avlönad anhörigvård i Finland.
- Tillgången till omsorg bygger på liknande behovsprövning, men egenavgifterna varierar.
- I alla länderna kan kommuner lägga ut omsorg på privata utförare, men Sverige utmärker sig med en hög andel vinstdrivna utförare.
- Personalen består främst av omsorgspersonal och sjuksköterskor, och alla länderna rapporterar att kompetensförsörjningen är en utmaning.
- Sveriges uppdelning av huvudmannaskapet mellan vården och omsorgen kan försvåra integreringen av läkarvård och omsorg för personer med äldreomsorg.
- Över lag ser vi stora likheter i den rättsliga regleringen av äldreomsorgen, men i Sverige saknas en tydlig reglering av möjligheterna att ge vård och omsorg till personer med nedsatt beslutsförmåga.
- Jämförelser mellan länderna försvåras av betydande kommunal variation och avsaknad av gemensam terminologi och statistik.

## **Slutsatser:**

- Det är stora likheter mellan länderna i en europeisk kontext: hög ambitionsnivå, liknande insatsformer och gemensamma demografiska utmaningar.
- Sverige lägger högst andel av BNP på äldreomsorgen, men det är svårt att se en jämförelsevis större omfattning på insatserna.

## **Framåtblickande frågor för lärande, utveckling och styrning i äldreomsorgen:**

- ▶ Ambitionsnivån i svensk äldreomsorg är jämförelsevis högre sett till finansieringsgrad än till andel äldre med insatser – vad beror det på?
- ▶ I alla länder kan kommunerna lägga ut omsorg på icke-offentliga utförare, men hur påverkar det att Sverige har en högre andel vinstdrivande och lägre andel idéburna utförare?
- ▶ Hur kan de gemensamma utmaningarna kring äldreomsorgens kompetensförsörjning bemötas?
- ▶ Alla länder visar tecken på bristande samordning mellan omsorg och hälso- och sjukvård, men leder Sveriges delade huvudmannaskap till större utmaningar?
- ▶ Hur kan vi säkerställa att äldre personer i Sverige som inte har förmåga att samtycka till en insats, eller som inte förstår innebörden av ett nekat samtycke, får den vård och trygghet som de behöver?
- ▶ Hur kan lokal anpassning av äldreomsorgen kombineras med större nationell jämlikhet?
- ▶ Hur kan vi öka förutsättningarna för att jämföra äldreomsorgens måluppfyllelse, inklusive brukarupplevd kvalitet, mellan och inom länder?



# Sammanfattning

Utmaningarna inom svensk äldreomsorg har fått stor uppmärksamhet i samband med covid-19-pandemin. För att skapa en aktuell och fördjupad lägesbild av svensk äldreomsorg har vi därför på övergripande nivå kartlagt äldreomsorgens struktur, organisation och innehåll i Sverige, Danmark, Finland och Norge från 2010 och framåt. Syftet är att bidra med ett brett kunskapsunderlag för det fortsatta arbetet med att utveckla äldreomsorgen. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell nivå och alla som är intresserade av äldreomsorgens framtid.

I rapportarbetet har vi utgått från följande frågor:

- Vilka utmärkande kännetecken har äldreomsorgen i Sverige och de andra nordiska länderna, och vilka gemensamma drag och utmaningar ses?
- Inom vilka områden ses särskilda behov av mer kunskap för att bidra till lärande och utveckling i äldreomsorgen?

Kartläggningen utgår från ländernas befintliga lagstiftning och tillhörande styrdokument på området samt en genomgång av relevanta forskningsartiklar, uppföljningsrapporter och tillgänglig statistik. Vi har även sökt information på ansvariga myndigheters webbsidor.

Analysen tar fasta på ett övergripande systemperspektiv, då det trots flera gemensamma drag i ländernas äldreomsorg exempelvis ofta är svårt att direkt jämföra olika aspekter av äldreomsorgen mellan länder. Analysen i den här rapporten har därför formen av resonemang kring övergripande mönster snarare än direkta jämförelser av insatser för olika ålders- och behovsgrupper.

I arbetet definieras äldreomsorg som insatser för att kompensera för funktionsnedsättning till följd av en persons åldrande, där jämförelsens ram

är de insatser som ges med stöd av svensk socialtjänstlag. Vidare diskuteras hur äldreomsorgen samordnas med insatser från kommunal och regional hälso- och sjukvård, men hälso- och sjukvårdsinsatserna ses inte som en del av äldreomsorgen i sig.

## VÅRA VIKTIGASTE RESULTAT FRÅN KARTLÄGGNINGEN

### **På övergripande nivå är äldreomsorgens utformning liknande mellan länderna, men det är svårt att bedöma skillnader i insatsernas omfattning och ännu svårare att jämföra deras innehåll och kvalitet**

I ett internationellt perspektiv finns det flera gemensamma drag i de fyra ländernas äldreomsorg, och likheterna är tydligare än skillnaderna. I alla länderna är äldreomsorgen ett grundläggande offentligt åtagande och ambitionsnivån är hög i internationell jämförelse, sett till äldreomsorgens utgifter som andel av BNP. År 2018 lade de nordiska länderna 1,5–2,4 procent av BNP på äldreomsorgen, jämfört med ett europeiskt genomsnitt på 0,4 procent. Ländernas demografi är också liknande, med en hög och ökande andel äldre.

De gemensamma dragen syns även i ländernas sätt att styra och organisera äldreomsorgen. Självstyrande kommuner ansvarar för att tillhandahålla äldreomsorg medan statliga myndigheter står för regelverk, uppföljning och analys på en nationell nivå. På det rättsliga området ses också likheter. De äldre möts av en liknande process när de ansöker om insatser, och omsorgsutbudet har flera gemensamma drag. Målet är genomgående att erbjuda en jämlik omsorg i hela landet, även om det kommunala ansvaret lett till stora kommunala variationer inom länderna.

Även om äldreomsorgens åtagande och omfattning i de nordiska länderna sticker ut i en europeisk kontext ser vi vissa skillnader. Den relativa utgiftsnivån är det mest övergripande måttet på hur äldreomsorgen prioriteras gentemot andra offentliga åtaganden och kan till viss del spegla dess omfattning. År 2018 lade Sverige 2,4 procent av BNP på äldreomsorg, jämfört med 2,3 procent för Norge, 2,0 procent för Danmark och 1,5 procent för Finland. Andelarna kan dock inte översättas direkt till faktiskt nivå för hur mycket resurser äldreomsorgen har att röra sig med i varje land, eftersom det påverkas av skillnader i prisnivå på äldreomsorgens resurser, såsom personal och utrustning. Köpkraftsjusterade mått visar här att Norge lägger mest resurser per capita på äldreomsorgen i absoluta tal, följt av Sverige, Danmark och Finland.

Ett mer direkt mått på äldreomsorgens omfattning är andelen äldre i befolkningen som har olika former av äldreomsorgsinsatser, så kallad täckningsgrad. Variationen i insats- och boendeformer gör det svårt att sammanvägt jämföra andelen äldre som antingen får omsorgsinsatser i sitt eget hem (framför allt hemtjänst) eller i olika former av vård- och omsorgsboenden. Vi bedömer dock att Danmark har högst total täckningsgrad, med högst andel äldre som mottar omsorg i sitt eget hem och en hög andel äldre som bor på vård- och omsorgsboenden. Även Norge har hög andel äldre som bor på boenden. Däremot är det en mindre andel äldre i Norge som mottar hemtjänst.

Sverige har en något lägre andel äldre med plats på vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg än Norge och utmärker sig även genom att ha få vård- och omsorgsboenden utan heldygnsomsorg jämfört med Norge och Danmark. Däremot är det en högre andel äldre i Sverige som har hemtjänst än i Norge, och hemtjänstinsatserna i Sverige är mer omfattande än i Danmark och Norge. Finland har sammantaget lägst andel av befolkningen som får omsorgsinsatser.

Sammanvägda jämförelser av täckningsgraden inom olika insats- och boendeformer mellan länder är i sig svåra och de ger endast en övergripande bild av äldreomsorgens omfattning, särskilt då insatsernas innehåll och kvalitet kan variera stort. Exempelvis kan det finnas skillnader i personaltäthet och personalens kompetens. En jämförelse av andelen personer i olika åldrar med olika former av äldreomsorgsinsatser tar inte heller hänsyn till skillnader i mer preciserade behov bland de äldre eller hur olika omsorgsformer möter dessa behov. Därtill saknas jämförbara resultatmått på äldreomsorgens utfall och kvalitet.

Vad gäller äldreomsorgens omfattning ser vi även att andelen äldre personer som får hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende minskat i alla fyra länderna sedan 2010. Det kan vara ett tecken på att det generellt sett över tid blivit svårare att få äldreomsorg.

## **Tillgången till omsorg bygger på liknande behovsprövning, men egenavgifterna varierar**

Likheterna mellan de nordiska länderna omfattar även äldreomsorgens inriktning och processen för att få äldreomsorg. De flesta insatser kräver att den äldre personen ansöker om omsorg och får sitt behov värderat av kommunen. Det bedömda behovet ligger sedan till grund för om personen beviljas någon insats och i så fall vilken omsorgsinsats hen får.



Behovsbedömningen är genomgående kommunernas ansvar. Sverige, Danmark och Finland har dock börjat införa olika former av standardiserade arbetssätt och verktyg för att göra behovsbedömningen mer nationellt likvärdig. Individens behov i centrum (IBIC) används i Sverige, Fælles sprog (gemensamt språk) används i Danmark och Resident Assessment Instrument (RAI) används i Finland. Arbetssätten är ännu frivilliga att använda i Sverige och Finland, men RAI kommer att bli obligatoriskt 2023. I Finland används behovsbedömningarna även för att planera och anpassa personalstyrkan. Också i Norge ses statliga initiativ för att öka likvärdigheten i utbudet av äldreomsorg över landet. I Danmark utreds behoven genom att kommunen först ser över om den äldre personens funktionsförmåga kan stärkas genom vardagsrehabilitering. I så fall blir en tidsbegränsad rehabilitering förstahandsvalet, i andra fall får personen äldreomsorg enligt det bedömda behovet.

Tillgången till äldreomsorg påverkas även av i vilken utsträckning äldre själva bekostar sin omsorg, exempelvis genom egenavgifter. I alla fyra länderna finansieras en majoritet av äldreomsorgens utgifter gemensamt genom skatter. Men Finland utmärker sig genom att cirka 17 procent av långtidsomsorgen finansieras av egenavgifter, jämfört med 5–8 procent i de övriga länderna. Danmark utmärker sig däremot genom att hemtjänst är avgiftsfritt för användarna.

### **Det finns stora likheter i regleringen av nordisk äldreomsorg, men Sverige skiljer ut sig när det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga**

I stora drag är styrningen och regleringen av äldreomsorgen och de äldres rättigheter likartad i de nordiska länderna. En viktig skillnad, där vi ser en tydlig brist i den svenska regleringen, är dock de lagliga möjligheterna att ge vård och omsorg till personer som inte kan lämna ett fullt informerat samtycke till insatsen, till exempel på grund av demenssjukdom.

Danmark, Norge och Finland har lagregleringar om vård utan samtycke som grundas i en avvägning, där respekten för självbestämmanderätten vägs mot behovet av vård och skydd även för den som inte kan samtycka eller som inte förstår innebörden av ett nekat samtycke. I Sverige saknas en sådan reglering, vilket skapar ett i viss mån oklart rättsläge. Konsekvensen kan bli såväl bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, som risk för att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse.

## **Länderna har liknande insatsformer, men det är vanligare med institutionsboenden i Norge och avlönad anhörigvård i Finland**

Alla fyra länderna har fokus på att äldre ska bo kvar i eget boende så länge som möjligt med hjälp av hemtjänst. När det inte längre är möjligt erbjuds i stället vård- och omsorgsboenden med varierande mängd omsorg. I Sverige handlar det framför allt om vård- och omsorgsboenden med heldygnsoomsorg, medan de andra länderna även har biståndsbedömda boenden med omsorg under exempelvis dagtid.

Sverige, Danmark och Finland har gradvis avvecklat sina mer sjukhuslika institutionsboenden och ersatt dem med mer hemlika boenden. I Norge är det fortfarande vanligast med institutionsboenden med fokus på att ge medicinsk vård, så kallade sjukhem. Dessa boenden har till exempel ett samlat medicinskt ansvar, inklusive läkarvård, för de personer som är inskrivna där. De norska sjukhemmen har moderniserats över tid, men de har behållit sitt medicinska fokus.

Insatserna som erbjuds i hemmet är mer lika mellan länderna, men ändå svåra att jämföra i alla delar. Framför allt verkar hemsjukvården vara mer integrerad med hemtjänsten i Finland jämfört med Sverige, Norge och Danmark. Danmark utmärker sig även genom att generellt ha en hög andel äldre som får stöd i det egna hemmet eller som har plats på vård- och omsorgsboende utan heldygnsoomsorg.

Finland utmärker sig i sin tur genom att ha ett jämförelsevis utbyggt system för formell anhörigomsorg. Landet har en högre andel personer som får stöd för närståendevård, och personer som hjälper en närstående kan få viss ekonomisk ersättning snarare än enbart exempelvis avlastning i dagcenter.

I alla länderna är det mycket vanligt med informell omsorg, det vill säga att närstående sköter omsorg utan stöd från det offentliga. Den informella omsorgen uppskattas vara större i Sverige och Finland än i Danmark och Norge.

## **I alla länderna kan kommuner lägga ut omsorg på privata utförare, men Sverige utmärker sig med en hög andel vinstdrivna utförare**

Alla jämförelseländer har en blandning av offentliga och privata utförare i äldreomsorgen, där privata utförare etablerats via antingen upphandling eller via införandet av valfrihetssystem. I alla länderna har kommunerna i 30–40 år haft möjlighet att lägga ut offentligt finansierad omsorg på privata utförare genom upphandling. Upphandling av äldreomsorg är vanligare i Sverige



och Finland än i Danmark och Norge. Under 2000-talet har även olika valfrihetssystem där äldre kan välja utförare börjat användas, främst inom hemtjänst. Valfrihetssystem är vanligast i Danmark, följt av Sverige, medan de är betydligt mindre vanliga i Norge. Finland har inte valfrihetssystem på samma sätt som de övriga länderna, men användningen av så kallade servicesedlar (vouchers) gör det möjligt att i vissa kommuner välja utförare.

Danmark har den högsta andelen privata utförare i hemtjänsten och Finland den högsta bland vård- och omsorgsboenden. I Danmark är det obligatoriskt för kommuner att erbjuda minst två leverantörer inom hemtjänsten, varav en kan vara kommunen själv. Sverige bedöms ligga i mitten när det gäller privatiseringsgrad för både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden, medan Norge verkar ha lägst andel icke-offentliga utförare.

De privata utförarna kan vara antingen vinstdrivande eller idéburna. Sverige utmärker sig genom en hög andel vinstdrivande utförare i förhållande till andelen idéburna, vars andel är mycket låg. De övriga länderna har däremot en påtagligt högre andel idéburna utförare i relation till de vinstdrivande inom antingen hemtjänst, boenden eller inom båda områdena. I Sverige – liksom i Finland – sker upphandling i regel genom en ”öppen” process där alla privata utförare behandlas lika. Det skiljer oss åt från Danmark och Norge, som undantagit idéburna utförare från kraven på öppen upphandling i offentlig sektor. Undantaget gör att kommuner kan ge idéburna utförare i uppdrag att utföra äldreomsorg utan att de behöver konkurrera med vinstdrivna utförare.

### **Personalen består främst av omsorgspersonal och sjuksköterskor, och alla länderna rapporterar att kompetensförsörjningen är en utmaning**

I alla jämförelseländerna består personalen i äldreomsorgen till största delen av omsorgspersonal och sjuksköterskor. Sjuksköterskor utgör ungefär en tiondel av personalen i Sverige, Danmark och Finland, medan andelen är högre på norska sjukhem. I Danmark och Finland har även delar av omsorgspersonalen en tydligare medicinsk profil än i Sverige.

Boenden i Sverige, Danmark och Norge har en liknande bemanning sett till omsorgspersonal per brukare under dagtid, medan bemanningen verkar vara lägre i Finland. Men 2020 lagstiftade Finland om en lägsta tillåtna bemanning i äldreomsorgen, så bemanningen där kan komma att öka framöver.

Andelen omsorgspersonal utan formell utbildning är högre i Sverige och Norge jämfört med Danmark och Finland. Särskilt Finland utmärker sig genom att ha mer professionaliserad omsorgspersonal. Finsk omsorgs-

personal är i högre grad heltidsanställda och har i högre utsträckning en formell vård- och omsorgsutbildning. Finland är också det enda av länderna som inte har betydligt fler deltidsanställda i äldreomsorgen än i andra kommunala verksamheter.

Det är bara i Sverige som undersköterska inte ännu är en skyddad yrkestitel med nationella kompetenskrav. Riksdagen har under 2021 beslutat att titeln ska skyddas, men även efter att reformen införs förväntas andelen personal utan formell omsorgsutbildning vara kvar på samma nivå under en längre övergångstid. Vi kan dock se att Norge har en nästan lika hög andel personal utan formell utbildning som Sverige, trots ett fastslaget kompetenskrav för motsvarigheten till undersköterskor.

Den ökande andelen äldre personer i de nordiska länderna innebär en utmaning med att rekrytera tillräckligt med personal till äldreomsorgen. Yrket verkar inte vara tillräckligt attraktivt, vilket kan bero på att det är vanligt med timanställningar och deltidstjänster samt arbete på helger och kvällar. Vård- och omsorgsanalys har tidigare även pekat på att chefer i kommunal vård och omsorg har dåliga förutsättningar för ett gott ledarskap på grund av komplexa verksamheter, många underställda medarbetare och bristande stödfunktioner. Arbetet i äldreomsorgen är dessutom fysiskt och psykiskt utmanade och kan vara stressigt. Samtliga länder rapporterar redan i dag att sjukfrånvaron bland personalen är hög.

## **Läkartillgången i äldreomsorgen kan också vara en utmaning**

Äldreomsorgen behöver samordnas med olika former av hälso- och sjukvårdsinsatser, eftersom många äldre med behov av kommunal omsorg även har omfattande vårdbehov. I alla fyra länderna har sjuksköterskor ett stort ansvar för vårdinsatserna, både i hemsjukvården och på vård- och omsorgsboenden. I Finland och Danmark finns det även ytterligare yrkesgrupper i äldreomsorgen med en kombinerad omsorgs- och hälso- och sjukvårdskompetens.

Läkare arbetar som regel inte enbart med personer som har äldreomsorg, utan tillbringar större delen av sin tid i andra delar av primärvården. Oftast knyts läkarna till vård- och omsorgsboendena genom olika former av avtal med kommunerna eller med enskilda boenden.

I Finland och Norge ligger hela primärvården inom kommunernas ansvarsområde, medan ansvaret för den svenska och danska primärvården är delat mellan region och kommun. I Danmark ansvarar regionerna för läkare i primärvården, men när läkare knyts till äldreboenden sluter kommunen avtal



direkt med läkarmottagningen. I Sverige ansvarar kommunerna vanligtvis för hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå i äldreomsorgen, medan regionerna ansvarar för läkarvården. Det delade ansvaret har pekats ut som en försvårande faktor för samordningen mellan vård och omsorg för äldre i Sverige.

I alla fyra länderna är det vanligt att äldre personer byter läkarkontakt när de flyttar in på ett vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg. De byter alltså från sin tidigare fasta läkarkontakt (fastläkare i Norge och Danmark) eller fasta vårdcentral till den läkare eller vårdcentral som ansvarar för hälso- och sjukvården i boendet. De äldre kan även behålla sin tidigare läkarkontakt, men i fall där flera olika äldre personer har olika läkare kan det skapa en ökad arbetsbörda för sjuksköterskorna på boendet, som då behöver samarbeta med ett stort antal olika vårdgivare.

Oavsett upplägg för läkarna rapporterar alla fyra länderna att det finns brister i samordningen mellan de äldres omsorgs- och hälso- och sjukvårdsinsatser. Däremot är det svårt att jämföra hur stora bristerna är i respektive land. I Finland och Sverige har primärvården även svårt att rekrytera läkare, vilket också kan bidra till samordningsutmaningen.

### **Sveriges delade huvudmannaskap mellan vården och omsorgen avviker och kan försvåra integreringen av läkarvård och omsorg för äldre**

Samordningsutmaningar mellan vård och omsorg förekommer alltså i alla fyra jämförelseländer, men i Sverige och Danmark är situationen mer komplex eftersom ansvaret för primärvårdsinsatser för personer som har äldreomsorg är delat mellan regional och kommunal nivå. Sättet som huvudmannaskapet i Sverige är organiserat på är särskilt komplext då regionerna ansvarar för den vård som kräver läkarkompetens, medan kommunerna normalt sett ansvarar för hälso- och sjukvården upp till sjuksköterskenivå. Det innebär att omsorgspersonal och läkare behöver samordna sig över en huvudmannagräns när personer med äldreomsorg behöver läkarvård.

I Finland och Norge är kommunen huvudman för både äldreomsorg och primärvård. Det innebär att man slipper samverka över huvudmannagränser, men det kan finns andra utmaningar som komplicerar samverkan.

### **Jämförelser mellan länderna försvåras av betydande kommunal variation och avsaknad av gemensam terminologi och statistik**

Slutligen finns det en rad faktorer som gör det svårare att jämföra äldreomsorgen i de nordiska länderna. Ett grundläggande problem består i att



resurser och insatser definieras, kategoriseras och redovisas på delvis skilda sätt. Det gör att specifika nyckeltal eller detaljer sällan är fullt jämförbara.

Dessutom finns stora variationer i äldreomsorgens struktur, innehåll och organisation inom respektive land, eftersom kommunerna har stor frihet att utforma äldreomsorgen lokalt. Exempelvis är det större skillnader inom varje land än mellan ländernas riksgenomsnitt när det gäller väntetider till äldreomsorgsinsatser och andelen som får hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende.

## SLUTSATSER

### **Det är stora likheter mellan länderna i en europeisk kontext: hög ambitionsnivå, liknande insatsformer och gemensamma demografiska utmaningar**

Vår kartläggning visar att i en europeisk kontext så framstår likheterna mellan länderna som större än skillnaderna. Till att börja med har alla fyra en internationellt sett hög ambitionsnivå för äldreomsorgen, räknat som utgifternas andel av BNP. Även ländernas strategi och inriktning för äldreomsorgen är liknande. I alla fyra länderna ansvarar kommunerna för att fånga upp, bedöma och tillgodose äldres behov av omsorg. Fokus ligger på att hjälpa äldre personer att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt, med stöd av hemtjänst. Hemtjänsten kompletteras av vård- och omsorgsboenden med varierande mängd omsorg, och i alla länder är boendena huvudsakligen utformade som vanliga hem. Både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden drivs av en blandning av offentliga, vinstdrivande och idéburna utförare.

Eftersom äldreomsorgen i jämförelseländerna har många gemensamma drag är det logiskt att länderna även står inför liknande utmaningar. Andelen äldre i befolkningen ökar i samtliga länder, vilket förväntas öka behovet av äldreomsorg. Samtidigt minskar andelen i arbetsför ålder som kan arbeta i äldreomsorgen och finansiera den genom skatter. Vi ser alltså ett förväntat ökat behov av äldreomsorg samtidigt som det relativa bemannings- och finansieringsutrymmet för verksamheten tenderar att krympa, vilket tillsammans utgör en växande utmaning. Sedan 2010, det vill säga under den period vår studie täcker, har också andelen äldre personer som får hemtjänst eller en plats på vård- och omsorgsboende minskat i alla jämförelseländerna. Det kan vara ett tecken på att det har blivit svårare för äldre personer att få äldreomsorg.



Vår kartläggning visar även att alla länderna redan i dag har svårt med att rekrytera personal till äldreomsorgen. Några orsaker som diskuterats är en hög andel tim- och deltidstjänster och att arbetet i äldreomsorgen är stressigt och fysiskt och psykiskt krävande. Vi ser vidare att länderna genomgående rapporterar om bristande samordning mellan omsorgen och hälso- och sjukvården för äldre personer. Det gäller i synnerhet kontakter med specialistvården, samt med primärvårdsläkare i Sverige.

Slutligen finns det stora kommunala variationer i varje land. Kommunerna har stor frihet att utforma äldreomsorgen lokalt, vilket ger geografiska skillnader i bland annat andelen äldre som får insatser i äldreomsorgen och den genomsnittliga väntetiden för att få en insats. Utifrån vårt underlag går det inte att avgöra i vilken utsträckning skillnaderna beror på olika behov eller preferenser, men vi ser en risk för att äldre personer behandlas ojämnt mellan kommuner. Det bör följas upp.

### **Sverige lägger högst andel av BNP på äldreomsorgen, men det är svårt att se en jämförelsevis större omfattning på insatserna**

Sverige lägger mest resurser på äldreomsorgen i förhållande till BNP, jämfört med både våra grannländer och övriga Europa. Det är dock svårt att spåra denna högre ambitionsnivå vid vår jämförelse av äldreomsorgens omfattning. Enligt kartläggningen bor exempelvis en lägre andel äldre personer på vård- och omsorgsboende i Sverige än i Danmark och Norge, vilket framför allt gäller boenden utan heldygnsoomsorg. Vi ser inte heller att svensk äldreomsorg generellt utmärks av högre bemanning eller mer kvalificerad personal.

Jämförelser av äldreomsorgens omfattning mellan länder är dock svåra, bland annat eftersom vi inte har information om behoven av omsorg inom länderna, som kan skilja sig åt, och eftersom det är brist på detaljerad information, särskilt om äldreomsorgens innehåll och kvalitet.

### **FRAMÅTBlickande FRÅGOR FÖR LÄRANDE, UTVECKLING OCH STYRNING I ÄLDREOMSORGEN**

- ▶ *Ambitionsnivån i svensk äldreomsorg är jämförelsevis högre sett till finansieringsgrad än till andel äldre med insatser – vad beror det på?*

Sverige har en hög ambitionsnivå när det gäller äldreomsorgens finansiering, både jämfört med våra grannländer och med övriga Europa. Trots det kan vi inte se att Sverige utmärker sig genom mer omfattande

insatser eller högre bemanning. Det saknas dock jämförbar information om en mängd andra kvalitetsaspekter, såsom boendestandard och tillgången till sociala aktiviteter.

Vi saknar även jämförbar information om äldreomsorgens måluppfyllelse när det gäller resultat och utfall, så vi kan inte uttala oss om eventuella effektivitetskillnader mellan länderna. Vi kan därför inte dra några säkra slutsatser om orsaken till Sveriges relativt sett höga utgiftsandel. Det gör det särskilt viktigt att analysera äldreomsorgens utgifter vidare och diskutera vilken kvalitet, innehåll och omfattning omsorgen bör ha.

► *I alla länder kan kommunerna lägga ut omsorg på privata utförare, men hur påverkar det att Sverige har en högre andel vinstdrivande och en lägre andel idéburna utförare?*

De nordiska länderna har både offentliga och privata utförare i sin äldreomsorg, men de har tagit olika vägar för att nå dit. I Danmark är det obligatoriskt att erbjuda icke-offentliga alternativ inom hemtjänsten, medan de övriga nordiska länderna har låtit kommunerna själva avgöra i vilken utsträckning de vill ta in privata utförare.

Sverige sticker ut med en hög andel vinstdrivande utförare i äldreomsorgen i förhållande till andelen idéburna utförare. I Danmark och Norge kan kommunerna i stället överlåta offentliga tjänster direkt till idéburna utförare, utan att utförarna först behöver vinna en öppen upphandling. I vår kartläggning har vi inte undersökt vilka effekter andelen vinstdrivna utförare har för äldreomsorgens utgifter och kvalitet, något som dock fortsatt bör vara av vikt då Sverige skiljer ut sig på området.

En annan viktig fråga är vilka möjligheter som bör finnas för enskilda att själva finansiera sin äldreomsorg. I alla länderna förekommer det att äldre personer kan köpa tilläggstjänster för att höja standarden på sin äldreomsorg. Det riskerar att ge intryck av att omsorgen håller så låg kvalitet att äldre måste köpa tilläggstjänster för att få den standard de vill ha. Frågan är hur det kan påverka betalningsviljan för den offentligfinansierade äldreomsorgen på längre sikt.

► *Hur kan de gemensamma utmaningarna kring äldreomsorgens kompetensförsörjning bemötas?*

Alla jämförelseländerna rapporterar svårigheter med att rekrytera personal till äldreomsorgen på kort och lång sikt. Vi kan konstatera



att arbetet inom äldreomsorgen uppfattas som tungt och att sjukskrivningstalen i samtliga länder är högre än på arbetsmarknaden i stort. Det tyder på att utvecklingen av arbetsvillkoren inom äldreomsorgens är avgörande för om personalförsörjningen kan säkras i takt med att andelen äldre personer i befolkningen ökar.

En aktuell svensk utredning om hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg lyfte i detta avseende betydelsen av formell utbildning och vikten av ett starkt och stärkt ledarskap. Vård- och omsorgsanalys har tidigare pekat på att cheferna i den kommunala vården och omsorgen ofta saknar tillräckliga stödfunktioner och slits mellan administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakten med medarbetare. Det har också genomförts ett antal statliga satsningar med syfte att stärka kompetensförsörjningen och riksdagen har beslutat att göra undersköterska till en skyddad titel från mitten på 2023.

Frågorna om kompetensförsörjning är fundamentala för att möta den demografiska utmaningen och det är därför viktigt att öka intresset för att arbeta inom äldreomsorgen.

▶ *Alla länder visar tecken på bristande samordning mellan omsorg och hälso- och sjukvård, men leder Sveriges delade huvudmannaskap till större utmaningar?*

Samordningen av vård- och omsorgsinsatser är en utmaning för alla länderna, oavsett hur de organiserat huvudmannaskapet för äldres hälso- och sjukvård. Däremot kan vi inte bedöma hur stora problemen är i varje land. Vi ser dock att Sverige och Danmark kan ha särskilda utmaningar genom det delade huvudmannaskapet för primärvården för personer med äldreomsorg.

Det behövs mer specifik kunskap för att förstå vilken typ av organisatoriska, professionella eller tekniska och administrativa barriärer som har störst betydelse för samordningen. Vi behöver både veta mer om de olika samordningsutmaningarna och hur de påverkar brukare och patienter.

▶ *Hur kan vi säkerställa att äldre personer i Sverige som inte har förmåga att samtycka till en insats, eller som inte förstår innebörden av ett nekat samtycke, får den vård och trygghet som de behöver?*

I dag finns i Sverige mycket få lagliga möjligheter att ge vård och omsorg till personer som inte kan lämna ett fullt informerat samtycke till insatsen.

Det saknas en lagreglering som är utformad för att tillgodose behoven hos demenssjuka och andra äldre personer som inte fullt ut förstår innebörden av ett givet eller nekat samtycke. Detta skapar ett i viss mån oklart rättsläge. Dels finns en risk för bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, dels finns en risk att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse. Det oklara rättsläget kan även skapa stress och ett etiskt dilemma för vård- och omsorgspersonal, som har ett ansvar att hjälpa den äldre personen men kanske inte kan uppfylla detta inom lagens ramar.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen har bland annat lyft behovet av att reglera förutsättningarna att ge vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga. Vi menar att frågan behöver analyseras ytterligare utöver vad som framkom i utredningens betänkande. I den analysen bör lagstiftningen i Danmark, Norge och Finland, som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke, vara ett av flera underlag.

### ► *Hur kan lokal anpassning av äldreomsorgen kombineras med större nationell jämlikhet?*

De nordiska länderna har en gemensam utmaning i att exempelvis väntetiderna varierar stort mellan kommuner. Utifrån vår kartläggning kan vi dock inte avgöra om variationerna innebär faktiska ojämlikheter. Men ju större de kommunala skillnaderna är, desto större blir risken att äldre personers omsorg påverkas av var de bor.

Frågan är vad kommuner och statliga aktörer kan göra för att säkerställa att äldreomsorgen är jämlik. Sverige, Danmark och Finland har infört olika gemensamma verktyg och arbetssätt för att göra behovsbedömningarna mer enhetliga inom landet. Med gemensamma bedömningar går det att följa och jämföra vilka insatser äldre personer med samma behov får och vilket resultat insatserna ger. På så sätt kan gemensamma verktyg och arbetssätt bidra till lärande och ökad jämlikhet i omsorgen.

Samtidigt finns det en risk för oönskade effekter om gemensamma behovsbedömningar i ett nästa steg även kopplas till resursfördelning. Erfarenheter från diagnosbaserade ersättningssystem i primärvården visar att det finns en risk att personal anpassar sina bedömningar efter vad som är mest fördelaktigt ur ersättningssynpunkt, snarare än vad som är bäst för den enskilda personen. Det finns därför all anledning att följa och dra nytta av Danmarks och Finlands erfarenheter av gemensamma behovsbedömningar och hur de bäst kan användas i äldreomsorgen.



► *Hur kan vi öka förutsättningarna för att jämföra äldreomsorgens måluppfyllelse, inklusive brukarupplevd kvalitet, mellan och inom länder?*

Om det fanns ett urval av gemensamma kvalitetsindikatorer för de nordiska länderna skulle det vara mycket enklare att undersöka vilka effekter skillnader i äldreomsorgens utformning har för omsorgens kvalitet och framtida utmaningar. Vård- och omsorgsanalys har tidigare diskuterat potentialen i ett ökat nordiskt samarbete via en gemensam socialtjänstundersökning. Samtidigt är det viktigt att anpassa sådana mätningar för att minimera den administrativa bördan för socialtjänstens verksamheter och väga värdet av mer kunskap mot effekten för socialtjänstens kärnverksamhet.

Sverige har redan i dag flera datakällor om äldreomsorgen, och i synnerhet om gränslandet mellan omsorgen och kommunernas hälso- och sjukvård. Bland annat har vi ett särskilt kvalitetsregister som är inriktat på vårdprevention för äldre. Information från dessa datakällor skulle kunna vara ett verktyg för att öka äldreomsorgens kvalitet och följa upp omotiverade skillnader mellan kommuner. Det kan också vara ett sätt att identifiera de kommuner som lyckats bäst för att sprida deras erfarenheter till resten av landet. Men i så fall behöver uppföljningen användas på ett mer systematiskt sätt än i dag.







# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>29</b>
1.1	Syfte och frågeställning.....	30
1.2	Vi har gått igenom lagar, rapporter, forskning och statistik .....	31
1.3	Avgränsningar .....	32
1.4	Ramverk.....	33
<b>2</b>	<b>Demografiska och finansiella förutsättningar .....</b>	<b>37</b>
2.1	Befolkningen 65 år och äldre ökar i samtliga länder .....	37
2.2	Även försörjningskvoten per land ökar, vilket försvårar bemanning och finansiering .....	41
2.3	Alla länderna lägger relativt mycket resurser på äldreomsorg i en internationell jämförelse .....	43
<b>3</b>	<b>Styrning av äldreomsorgen .....</b>	<b>49</b>
3.1	Regelverk och styrning .....	49
3.2	Reformer av betydelse för äldreomsorgen .....	59
3.3	Omsorg utförs av offentliga och privata aktörer.....	62
	<b>Att få äldreomsorg .....</b>	<b>71</b>
4.1	Biståndsbedömningen grundar sig på individuella behov .....	71
4.2	Väntetider till boenden med heldygnsoomsorg kan vara långa .....	77
4.3	Mottagarna av äldreomsorg betalar egenavgifter.....	78
4.4	Man kan välja utförare i alla länderna, men det är vanligast i Danmark .....	81



<b>5</b>	<b>Äldreomsorgens täckningsgrad och tjänsternas omfattning .....</b>	<b>87</b>
5.1	Danmark har högst total täckningsgrad för äldreomsorgens insatser.....	87
5.2	Gemensamt för länderna är inriktningen mot boenden i en hemlik miljö.....	92
5.3	Platser på vård- och omsorgsboenden är för de sköraste äldre i alla länder .....	98
5.4	Även hemtjänstinsatserna minskar över tid .....	104
5.5	Skillnaden i utbud och omfattning mellan ländernas kommuner är större än skillnaden mellan ländernas genomsnitt .....	111
<b>6</b>	<b>Medicinska insatser i samband med äldreomsorg .....</b>	<b>117</b>
6.1	Kommunerna ansvarar för hemsjukvård och vårdinsatser på boenden.....	117
6.2	Samordning mellan äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård .....	121
<b>7</b>	<b>Personal och bemanning .....</b>	<b>135</b>
7.1	Jämförelse av bemanning, kompetens och anställningsformer.....	135
7.2	Personalen i de olika länderna .....	139
<b>8</b>	<b>Kvalitetsarbete och uppföljning .....</b>	<b>149</b>
8.1	Kvalitetsarbete och uppföljning på flera nivåer .....	149
8.2	Länderna följer främst upp bemanning och vårdssäkerhet.....	150
<b>9</b>	<b>Resultat och utmärkande kännetecken .....</b>	<b>157</b>
9.1	Jämförelser mellan länderna försvåras av betydande kommunal variation och avsaknad av gemensam terminologi och statistik.....	158
9.2	På övergripande nivå är äldreomsorgens utformning liknande mellan länderna.....	158
9.3	Länderna har liknande insatsformer, men det är vanligare med institutionsboenden i Norge och avlönad anhörigvård i Finland.....	161
9.4	Tillgången till omsorg bygger på liknande behovsprövning, men egenavgifterna varierar .....	162
9.5	I alla länderna kan kommuner lägga ut omsorg på privata utförare, men Sverige utmärker sig med en hög andel vinstdrivna utförare .....	163
9.6	Främst omsorgspersonal och sjuksköterskor i personalen, och alla länderna rapporterar att kompetensförsörjningen är en utmaning.....	164
9.7	Läkartillgången i äldreomsorgen kan också vara en utmaning .....	165

9.8	Sveriges uppdelning av huvudmannaskap mellan vården och omsorgen kan försvåra integreringen av läkarvård och omsorg.....	166
9.9	Vi ser stora likheter i regleringen av nordisk äldreomsorg, men Sverige skiljer ut sig när det gäller personer med nedsatt beslutsförmåga .....	167
9.10	Utmärkande drag i ländernas äldreomsorg.....	168
<b>10</b>	<b>Slutsatser och framåtblickande frågor .....</b>	<b>173</b>
10.1	Stora likheter mellan länderna i en europeisk kontext: hög ambitionsnivå, liknande insatsformer och gemensamma demografiska utmaningar .....	174
10.2	Sverige lägger högst andel av BNP på äldreomsorgen, men det är svårt att se en jämförelsevis större omfattning på insatserna .....	175
10.3	Framåtblickande frågor för lärande, utveckling och styrning i äldreomsorgen .....	176
<b>11</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>183</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>207</b>
	Bilaga 1 – Egna beräkningar och uppskattningar .....	207
	Bilaga 2 – Intervjupersoner.....	210









## Inledning

Äldreomsorgen har hamnat i fokus under covid-19-pandemin. Coronakommissionens första delbetänkande har lett till ökad diskussion om brister inom äldreomsorgen, och regeringen har bland annat tillsatt en utredning om en ny särskild äldreomsorgslag (SOU 2020:80; Regeringen 2020). Förslag på insatser för att stärka äldreomsorgen har även framförts från många olika håll, exempelvis från Vårdföretagarna och Kommunal (Vårdföretagarna 2020; Huupponen 2020; Ahlsten & Huupponen 2021).

Samtidigt stod äldreomsorgen redan före pandemin inför en stor utmaning i form av en ökande andel äldre i befolkningen. Att befolkningen blir äldre är en positiv utveckling – det handlar om att vi lever allt längre – men det innebär att fler äldre kommer att behöva äldreomsorg samtidigt som det finns färre yngre som kan finansiera och bemanna äldreomsorgen. Den demografiska utvecklingen förväntas leda till en ökande ekonomisk press på kommunerna och utmaningar med kompetensförsörjningen (SOU 2017:21). Därför är det viktigt att kommunerna i arbetet med att förbättra äldreomsorgen kan säkra äldreomsorgens omfattning och kvalitet långsiktigt.

Det finns ett stort behov av kunskap om äldreomsorgen, dels som grund för en faktabaserad debatt om äldreomsorgens framtida utveckling, dels som stöd i arbetet med att prioritera förbättringsåtgärder i pågående utredningar och andra initiativ av regeringen. Behovet av kunskap gäller inte minst de övergripande perspektiven som ibland går förlorade i en offentlig diskussion. Ett sätt att få sådan kunskap är genom internationella jämförelser och lärdomar från andra länder.

Jämförelser och lärande mellan de nordiska länderna är särskilt intressanta. Sverige, Danmark, Finland och Norge har alla liknande syften med sin äldreomsorg – att den ska leda till delaktighet, självständighet och ett



meningsfullt liv (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Länderna står dessutom inför liknande utmaningar med en ökande andel äldre i befolkningen och svårigheter att rekrytera personal. Den nordiska välfärdsmodellen beskrivs ofta i gemensamma termer och det finns många övergripande likheter i sättet att organisera äldreomsorgen: omsorgen ska omfatta alla med behov, insatser ska ges utifrån en behovsbedömning och omsorgen är huvudsakligen offentligt finansierad. Ett ytterligare gemensamt drag i de nordiska länderna är att det ofta är självständiga kommuner som organiserar och utför äldreomsorgen.

Att beskriva och jämföra äldreomsorgen i de nordiska länderna är inte nytt. Flera tidigare jämförelser är dock ofta avgränsade till en enskild faktor, till exempel graden av marknadsinslag, eller inriktade på att brett beskriva olika aspekter av ländernas äldreomsorg, dock ofta utan systematiska jämförelser mellan länder. Däremot finns det få breda analyser där ett stort antal parametrar inom ländernas äldreomsorg jämförs med varandra.

I den här rapporten vill Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) bidra till äldreomsorgens utveckling genom att ge en översikt över hur den svenska äldreomsorgen förhåller sig till äldreomsorgen i våra nordiska grannländer.

## 1.1 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med rapporten är att ge en aktuell och fördjupad lägesbild av svensk äldreomsorg från 2010 och framåt samt undersöka vilka likheter och skillnader som finns i jämförelse med våra nordiska grannländer och på vilka områden det behövs mer kunskap för att bidra till lärande och utveckling i äldreomsorgen. Rapporten vänder sig till beslutsfattare på nationell nivå och alla som är intresserade av äldreomsorgens framtid, som kan behöva ett underlag för prioriteringar i det fortsatta arbetet med att utveckla äldreomsorgen.

Vi har utgått från följande frågor:

- Vilka utmärkande kännetecken har äldreomsorgen i Sverige och de andra nordiska länderna, och vilka gemensamma drag och utmaningar ses?
- Inom vilka områden ses särskilda behov av mer kunskap för att bidra till lärande och utveckling i äldreomsorgen?



Vi söker besvara frågorna genom att undersöka olika aspekter av äldreomsorgens utformning och jämföra mellan länderna. Vi fokuserar särskilt på dessa områden:

- det övergripande behovet av äldreomsorg
- styrning och organisering
- finansiering och former
- typen av insatser som ges
- samordningen med hälso- och sjukvårdsinsatser
- bemanningssituation och de personalresurser som finns att tillgå
- uppföljningen av olika kvalitetsdimensioner inom äldreomsorgen.

Analysen utgår från ett systemperspektiv, vilket innebär att vi inte undersöker äldreomsorgen ur ett brukarperspektiv. I stället fokuserar vi på hur äldreomsorgens delar, såsom styrning, finansiering och typen av insatser, fungerar tillsammans.

## 1.2 VI HAR GÅTT IGENOM LAGAR, RAPPORTER, FORSKNING OCH STATISTIK

Det är en grannliga uppgift att ge en helhetsbild av äldreomsorgen i de nordiska länderna. Vi har därför avgränsat oss till att huvudsakligen utnyttja sekundärkällor. Vi har även haft hjälp av experter i varje land som har bidragit med underlag och besvarat frågor. Experterna har också faktagranskat beskrivningen av "sitt" land. Vissa aspekter har redan jämförts utförligt av andra, och då utgår vi i möjligaste mån från dessa underlag (till exempel Szebehely 2020, Nomesco 2017, Nordens välfärdscenter 2015, Szebehely & Meagher 2013). Rapporten gör inte anspråk på att ge en heltäckande bild av litteraturen på området, eftersom den är mycket omfattande.

Vi har i stort utgått från lagstiftningen på området, styrdokument från departement och sektorsmyndigheter samt kunskapssammanställningar, forskningsartiklar och allmänt tillgänglig statistik. Vi har också besökt relevanta webbsidor för att hämta information. Det kan exempelvis handla om information från ansvariga myndigheter i de olika länderna.

### 1.2.1 Definitioner

Begreppet äldreomsorg har ingen fastslagen definition i Sverige (Regeringen 2020). Vi har därför valt att definiera äldreomsorg som insatser enligt



socialtjänstlagen (2001:453) för att kompensera för funktionsnedsättning till följd av en persons åldrande. Vi diskuterar även hur äldreomsorgen samordnas med insatser från kommunal och regional hälso- och sjukvård, men räknar inte hälso- och sjukvårdsinsatserna som en del av äldreomsorgen. Samtidigt är det svårt att helt separera hälso- och sjukvård och omsorg eftersom de ofta utförs integrerat och av samma personal. Vi har därför exempelvis tagit med sjuksköterskor på vård- och omsorgsboenden i vår genomgång av personalen.

För att underlätta läsningen använder vi de svenska begreppen i möjligaste mån, även om andra termer används i ett annat land. Vi utgår också från samma definition av äldreomsorg när vi analyserar andra nordiska länder trots att de har andra lagar. Det gäller även när vi talar om insatser i Norge, där äldreomsorg inte är ett avgränsat område utan ingår i en större grupp av omsorgsinsatser till människor med funktionsnedsättning, oavsett ålder. När vi talar om äldre menar vi personer 65 år och äldre om vi inte anger något annat.

Endast om en term inte är överförbar använder vi det begrepp som används i landet ifråga. Vi jämför i huvudsak den omsorg som ges i form av vård- och omsorgsboenden eller hemtjänst eftersom det är dessa insatser som upptar det mesta av äldreomsorgens resurser.

Med vård- och omsorgsboenden menar vi biståndsbeslutade boendeformer, som kan vara obemannade, eller ha bemanning dagtid eller dygnet runt för dem med störst omsorgsbehov (heldygnsoomsorg). Vi har valt att använda detta begrepp snarare än särskilt boende, eftersom vård- och omsorgsboende inte är knutet till svenska förhållanden utan är en mer neutral term.

### 1.3 AVGRÄNSNINGAR

I rapporten studerar vi fyra nordiska länder: Sverige, Danmark, Finland och Norge. Island, Färöarna, Grönland och Åland inte ingår i jämförelsen.

I vetenskaplig litteratur skiljer man ofta på strukturfaktorer, processer samt resultat eller utfall vid diskussioner av begreppet kvalitet. Vår jämförelse är inriktad på struktur- och processparametrar, alltså äldreomsorgens förutsättningar, innehåll och organisering snarare än på dess resultat eller utfall. Det beror delvis på att kvalitet i form av utfall eller resultat är särskilt svårt att mäta och jämföra för äldreomsorgens del, bland annat eftersom det saknas sammanfattande indikatorer för måluppfyllelse. I det här projektet utvärderar vi alltså inte om skillnaderna mellan länderna leder till skillnader i kvalitet sett till måluppfyllelse, eftersom det skulle kräva en annan typ av

analys. Därmed kan vi inte landa i specifika och säkra rekommendationer om vad man borde göra för att förbättra äldreomsorgen i Sverige, utan främst visa på områden där svensk äldreomsorg antingen är i linje med andra länder eller skiljer sig från dem, och bedöma vad som kan vara en önskvärd utveckling för svensk del.

Vi har inte studerat obetald anhörigomsorg och vi har inte heller gått närmare in på tillsyn av äldreomsorgen.

### 1.3.1 Relation till Coronakommissionen och andra granskningar av äldreomsorgen

Arbetet med rapporten har pågått parallellt med exempelvis Coronakommissionens (SOU 2020:80; Szebehely 2020) och Folkhälsomyndighetens (2020) granskningar av äldreomsorgen och vi har tagit del av deras rapporter. Vi har även hämtat underlag från andra utredningar och rapporter om äldreomsorgen som publicerats under de senaste åren (till exempel prop. 2020/21:175; SKR 2020a; SKR 2020b; SOU 2017:21; SOU 2020:47). Det som skiljer vår kartläggning från tidigare rapporter är för det första att vi fokuserat på att jämföra äldreomsorgen i Sverige, Danmark, Finland och Norge snarare än att beskriva den svenska äldreomsorgen i detalj. För det andra har exempelvis kommissionens jämförelse i första hand tagit fasta på att undersöka orsaker till skillnaderna i dödstal inom äldreomsorgen till följd av covid-19. Denna rapport fokuserar däremot inte på covid-19. Vår ambition är att komplettera och bygga vidare på tidigare analyser genom att göra en bred deskriptiv jämförelse av äldreomsorgens struktur, innehåll och organisation.

## 1.4 RAMVERK

Under projektet har vi utformat ett ramverk för att underlätta jämförelsen av äldreomsorgens struktur, innehåll och organisering i de olika länderna, se figur 1. Ett ytterligare syfte med ramverket är att visa hur olika delar och dimensioner av äldreomsorgen hänger ihop och samverkar till en helhet.

När vi jämför äldreomsorgen i de nordiska länderna fokuserar vi på äldreomsorgens övergripande struktur och förutsättningar, vilka insatser som finns tillgängliga i respektive land och vilka personalresurser som finns tillgängliga.

Slutligen har vi undersökt hur äldreomsorgen samordnas med den kommunala och regionala hälso- och sjukvården, eftersom många av äldreomsorgens mottagare även har omfattande vårdbehov.



**Figur 1.** Analysramverk för jämförelsen av äldreomsorgen i de nordiska länderna.

Kapitel 2 och 3 beskriver äldreomsorgens övergripande struktur i jämförelseländerna. Strukturen sätter ramarna för hur äldreomsorgen utformas och för möjligheterna att styra den. Detta område omfattar till exempel varje lands befolkningsstruktur och vilka ekonomiska resurser länderna lägger på äldreomsorgsområdet. Vi berör även de juridiska ramarna och ansvarsfördelningen mellan nationell och lokal nivå.

Kapitel 4 och 5 analyserar äldreomsorgens insatser. Vi jämför här processerna för att få tillgång till äldreomsorg, hur många som får insatser och vilken typ av insatser som ges.

I kapitel 6 beskriver vi hur äldreomsorgen är organiserad i relation till hälso- och sjukvården och hur samordningen mellan dem fungerar. Vi undersöker särskilt förutsättningarna för läkarmedverkan i äldreomsorgen och samordningen mellan omsorg, primärvård och specialistvård.

Kapitel 7 beskriver äldreomsorgens resurser. Vi fokuserar på personalresurserna, som är en av de viktigaste faktorerna för omsorgens kvalitet. Fokus ligger på vilka yrkesgrupper som arbetar i äldreomsorgen samt vilken utbildning och vilka arbetsvillkor personalen har.





## Demografiska och finansiella förutsättningar

En grundläggande faktor som påverkar äldreomsorgens förutsättningar är befolkningens ålderssammansättning. En högre andel äldre innebär större behov av äldreomsorg men också proportionellt färre yngre personer som kan finansiera och bemanna omsorgen.

I det här kapitlet undersöker vi äldreomsorgens grundläggande struktur och förutsättningar i de studerade länderna. Vi diskuterar behovet av äldreomsorg, hur det väntas utveckla sig i framtiden och hur det påverkar förutsättningarna att bemanna och finansiera omsorgen.

### 2.1 BEFOLKNINGEN 65 ÅR OCH ÄLDRE ÖKAR I SAMTLIGA LÄNDER

En central parameter när man jämför äldreomsorgen i olika länder är hur hög andel av befolkningen som räknas som äldre. Bland de nordiska länderna har i dag Finland högst andel personer 65 samt 80 år och äldre i befolkningen, medan Norge har lägst andel.

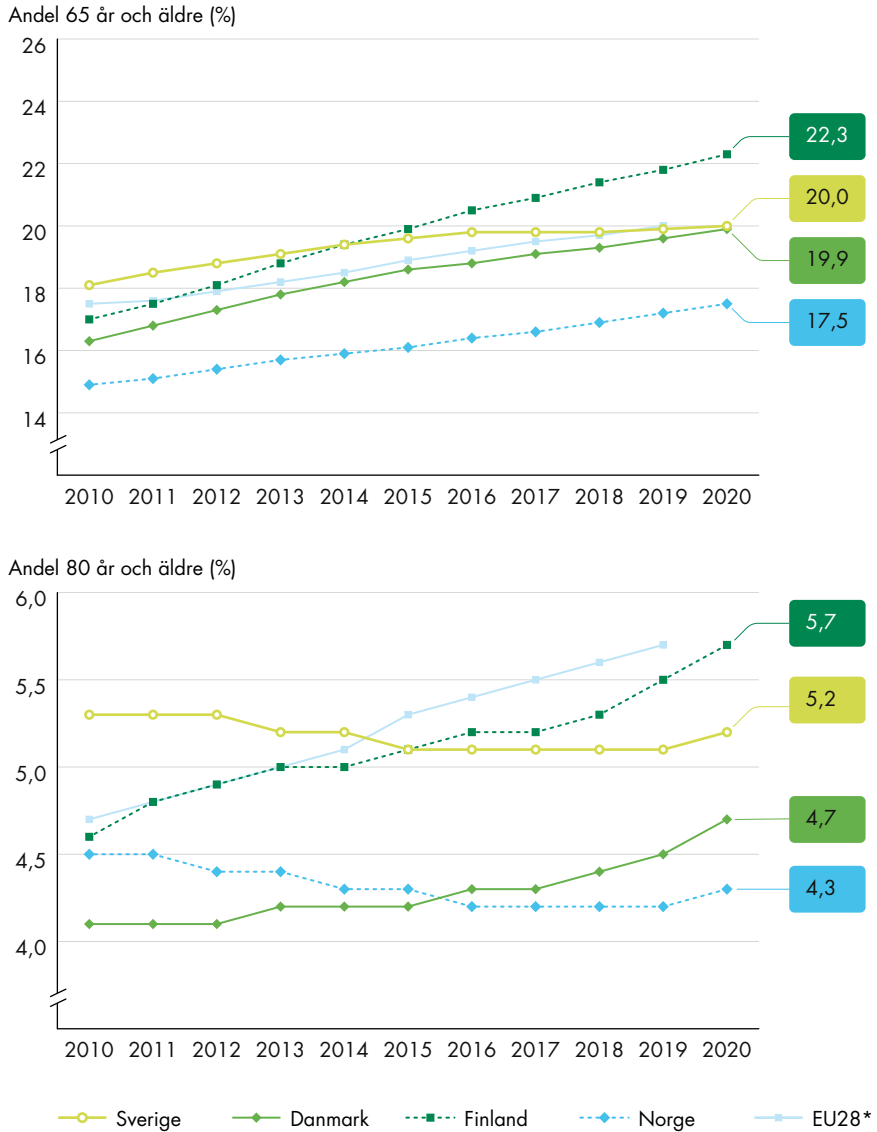
Vi har i den här rapporten definierat gruppen äldre som personer 65 år och äldre. Behovet av vård och omsorg skiljer sig dock inte markant mellan personer runt 65 år och yngre personer. Från 70 års ålder ökar över lag behovet av sjukvård något, men det är i första hand från 80 års ålder som behov av äldreomsorg träder in. Därför är andelen personer 80 år och äldre en särskilt viktig indikation på behovet av äldreomsorg i samhället (Abramsson m.fl. 2017).

Figur 2 visar andelen av befolkningen i de nordiska länderna 65 år och äldre respektive 80 år och äldre under perioden 2010–2020. Andelen personer 65 år och äldre ökar snabbt i alla länder, och snabbast i Finland



som även har den högsta andelen äldre över lag. Under de senaste tio åren har andelen personer 80 år och äldre ökat i Finland och Danmark medan den legat relativt stilla i Sverige och Norge. Prognosen är dock att andelen personer 80 år och äldre i Sverige kommer att öka fram till 2050.

**Figur 2.** Andel av befolkningen som är 65 år och äldre respektive 80 år och äldre 2010–2020.



Not. Figurerna är beskurna. \*2019 och framåt saknas för EU-28.

Källa: Eurostat (2021d).



Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre var 2020 runt 20 procent för Sverige och Danmark och drygt 22 procent för Finland. Norge hade en lägre andel äldre, 17 procent. Andelen av befolkningen som är 80 år och äldre var 4,3–5,7 procent, lägst för Norge och högst för Finland.

### 2.1.1 Andel med demenssjukdom

En stor andel av dem som bor på vård- och omsorgsboende har en demenssjukdom. Andelen personer med demens väntas öka i alla de nordiska länderna, vilket troligen kommer att innebära ett ökat behov av äldreomsorg.

Tabell 1 visar antalet personer med demens i befolkningen per 1 000 personer 2019 och 2050 (prognos). Närmare 2 procent (18,3 personer per 1 000 invånare) av befolkningen i Sverige uppskattas i dag ha en demenssjukdom och andelen förväntas öka till knappt 3 procent (27,8 personer per 1 000 invånare) år 2050. Både Danmark, Finland och Sverige ligger i dag över genomsnittet i OECD, medan Norge ligger ungefär på genomsnittet. Uppskattningen är gjord av OECD utifrån World Alzheimer Report 2015, med antagandet att förekomsten av demens i olika åldrar är konstant över tid. Uppgifterna bör tolkas med varsamhet eftersom andelen personer med demens som fångas upp och får en formell diagnos kan variera.

**Tabell 1.** Antal personer med demens 2019 och prognos för 2050 per 1 000 invånare.

	2019	2050
Sverige	18,3	27,8
Danmark	17,0	28,3
Finland	19,1	30,6
Norge	15,2	25,9
OECD genomsnitt	15,3	29,1

Källa: OECD (2019).

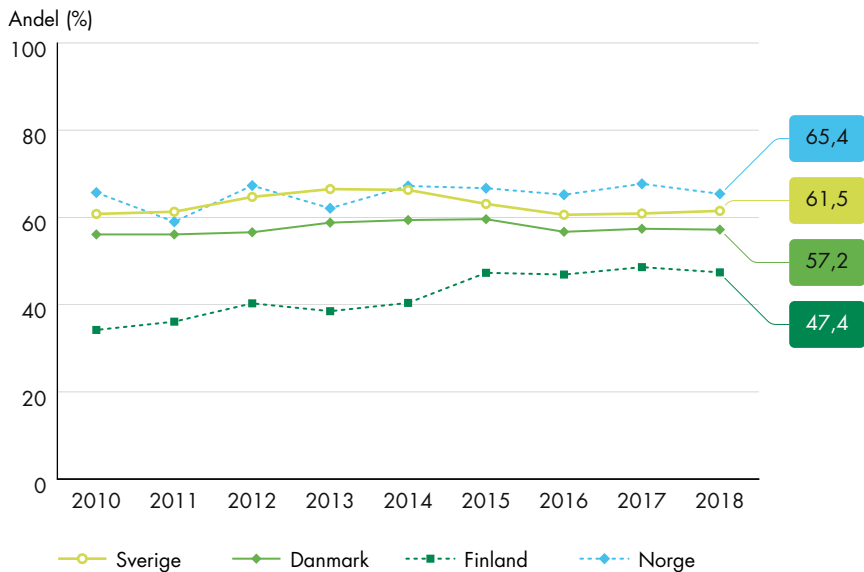
Den ökande förekomsten av demens beror på att befolkningen blir äldre. Andelen med demens är omkring 2,3 procent bland 65–69-åringar och omkring 42 procent bland personer över 90 år (OECD 2019).



## 2.1.2 Den äldre befolkningens hälsa

Majoriteten av de äldre i Sverige, Danmark och Norge uppfattar sin hälsa som god, liksom nästan hälften av de äldre i Finland. Figur 3 bygger på statistik över självrapporterad hälsa i OECD-länderna och gäller andelen personer 65 år och äldre som rapporterade god eller mycket god hälsa: 65 procent i Norge, 62 procent i Sverige, 57 procent i Danmark och 47 procent i Finland.

**Figur 3.** Andelen personer 65 år och äldre som rapporterar god eller mycket god hälsa, 2010–2018.



Källa: OECD (2020).

Andelen äldre som uppger att de har god eller mycket god hälsa är lägst i Finland men den har samtidigt ökat stort, från 35 procent 2010 till drygt 45 procent 2018. I Norge, Sverige och Danmark har andelen legat relativt stabilt under de senaste tio åren, i Norge och Sverige runt 65 procent och Danmark något under 60 procent. Alla länderna ligger över OECD-genomsnittet som är runt 44 procent år 2018 (OECD 2020). I alla länder är genomsnittet för den självskattade hälsan högre för män än för kvinnor (OECD 2020, data inte åldersjusterade).

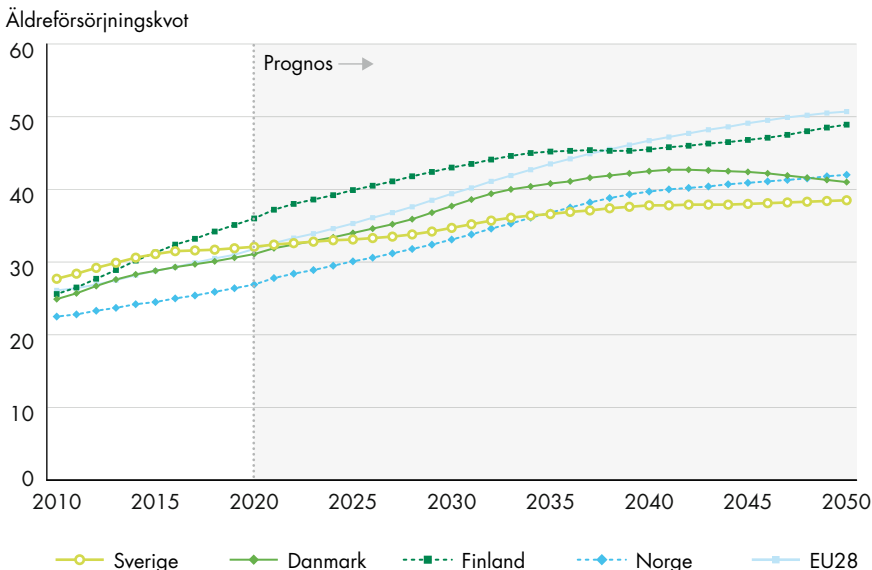
Att äldres hälsa förbättras behöver dock inte innebära att behovet av omsorg minskar. Det kan också handla om att behovet av vård och omsorg förblir lika stort, men träder in senare i livet (SOU 2017:21).

## 2.2 ÄVEN FÖRSÖRJNINGSKVOTEN PER LAND ÖKAR, VILKET FÖRSVÅRAR BEMANNING OCH FINANSIERING

Demografin påverkar också hur äldreomsorgen kan organiseras och finansieras. För att mäta hur många äldre varje person i arbete måste försörja kan äldreförsörjningskvoten användas, det vill säga antalet personer i åldern 65 år och äldre per 100 personer i åldrarna 15–64 år. När kvoten stiger finns mindre skattekraft per äldre person. Dessutom finns det relativt sett färre personer som kan anställas i omsorgen av äldre. Detta kan innebära svårigheter med att finansiera och bemanna äldreomsorgen i framtiden. Under de senaste tio åren har äldreförsörjningskvoten ökat i alla de jämförda länderna, och snabbast i Finland, från 26 till 36 personer per 100 i åldern 15–64 år. Samtidigt påverkas förutsättningarna att finansiera och bemanna omsorgen också av andra faktorer utöver demografin, till exempel förändringar i pensionsålder i befolkningen generellt och bland äldreomsorgens personal (SOU 2017:21).

Figur 4 visar äldreförsörjningskvotens utveckling i de nordiska länderna under de senaste tio åren samt en prognos för utvecklingen fram till 2050. I dag har Finland den högsta äldreförsörjningskvoten bland de jämförda länderna och Norge den lägsta. Den prognostiserade utvecklingen fram till 2050 går åt motsatt håll: Finland har en lägre ökningstakt än Norge som närmar sig de andra länderna och passerar Sverige runt 2035. År 2050 beräknas Sverige ha den lägsta kvoten av de fyra länderna.

**Figur 4.** Äldreförsörjningskvotens utveckling 2010–2020, samt prognos till 2050.



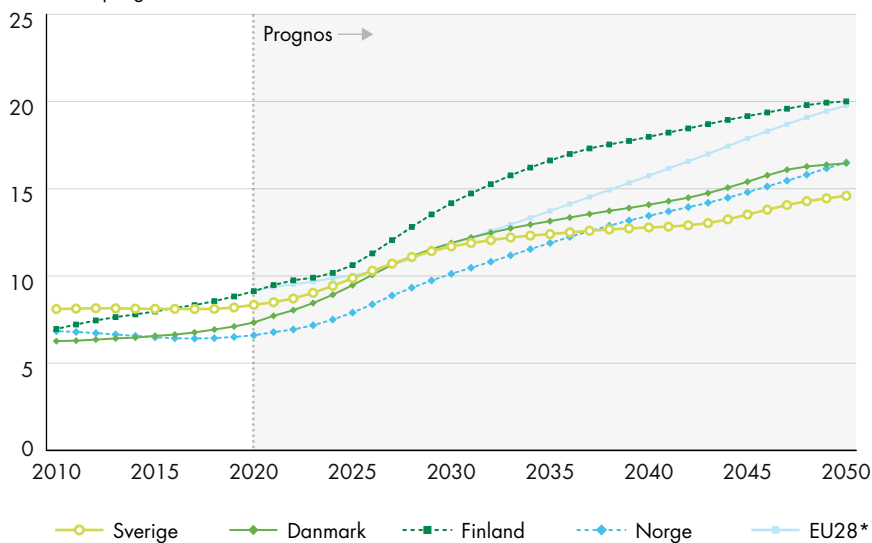
Not. Äldreförsörjningskvoten visar antal personer 65 år och äldre per hundra personer i arbetsför ålder (15–65). Olika datakällor för historisk data och prognoser.

Källa: 2010–2020: Eurostat (2021a), 2020–2050: OECD (2021).

Behovet av vård- och omsorg i form av insatser inom äldreomsorgen börjar dock öka först vid en högre ålder, över 80 år (Abramsson m.fl 2017). Vi har därför också undersökt antalet personer som är 80 år och äldre per 100 personer i åldrarna 15–64 år för att jämföra ländernas förutsättningar gällande befolkningens ålderssammansättning. Figur 5 visar utvecklingen i länderna under de senaste tio åren och en prognos för utvecklingen fram till 2050. Resultatet liknar det för personer som är 65 år och äldre. Från 2038 beräknas Sverige ha den lägsta kvoten av de fyra länderna.

**Figur 5.** Äldreförsörjningskvoten för personer 80 år och äldre, utveckling 2010–2020 samt prognos till 2050.

Äldreförsörjningskvot 80 år och äldre



Not. Äldreförsörjningskvoten 80 år och äldre visar antal personer 80 år och äldre per hundra personer i arbetsför ålder (15–65). Olika datakällor för historisk data och prognoser. Egen bearbetning av vårdanalys.

Källa. 2010–2020: Eurostat (2021b) och Eurostat (2021c). 2020–2050: (OECD, 2021).

### 2.3 ALLA LÄNDERNA LÄGGER RELATIVT MYCKET RESURSER PÅ ÄLDREOMSORG I EN INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE

Resurserna är en viktig fråga med tanke på att en långsiktig äldreomsorg behöver kunna möta en ökande andel befolkning i hög ålder med större behov av vård och omsorg. Sverige, Danmark, Finland och Norge lägger i en internationell jämförelse mycket resurser på sin äldreomsorg. Norge spenderar mest i absoluta tal medan Sverige är det land som lägger störst andel av sin bruttonationalprodukt (BNP) på äldreomsorg. Finland lägger minst resurser på äldreomsorg, både i absoluta tal och som andel av BNP, men ligger ändå långt över det europeiska snittet.

I alla länderna är vård- och omsorgsboenden den överlägset största utgiftsposten inom äldreomsorgen, följt av hemtjänstinsatser. Boenden och hemtjänst står tillsammans för 80–90 procent av äldreomsorgens kostnader (SCB 2021a; Danmarks Statistik 2021d; THL 2021d; Statistisk sentralbyrå 2021g).

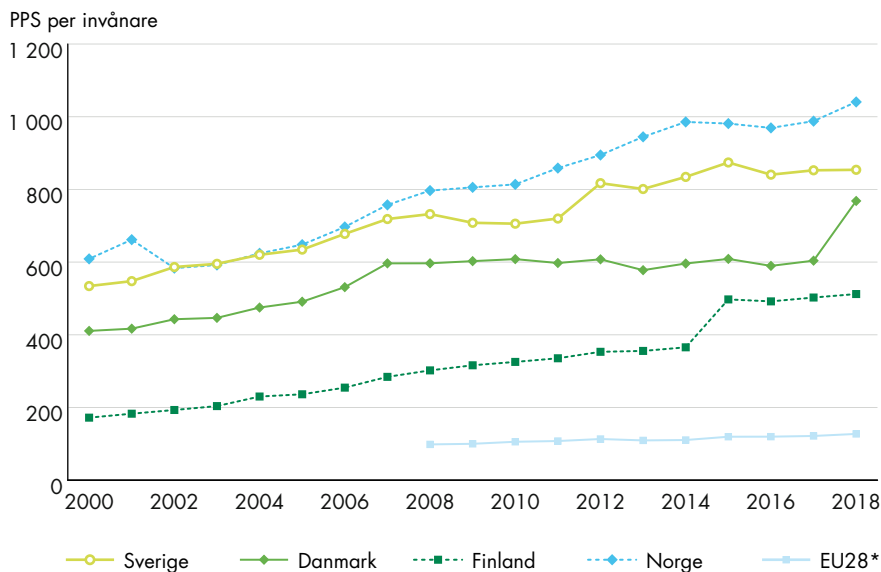
Det är inte helt enkelt att direkt jämföra äldreomsorgens resurser mellan länder, särskilt när det gäller olika kostnadsuppgifter. Svårigheten beror på att definitionen av äldreomsorg skiljer sig åt, att omsorgen organiseras på olika sätt och att utgifterna redovisas på olika sätt. Generellt kan man ändå konstatera att alla de nordiska länderna lägger mycket resurser på äldreomsorg i ett internationellt perspektiv.

Figur 6 visar hur mycket varje land spenderar på äldreomsorg, beräknat per invånare och justerat för köpkraft, och då är det Norge som lägger mest resurser på äldreomsorgen, följt av Sverige, Danmark och slutligen Finland, som spenderar minst av länderna (Eurostat 2021e). Alla de nordiska länderna ligger dock långt över genomsnittet bland de europeiska länderna: Norge spenderar runt tio gånger mer på äldreomsorgen per invånare än EU-28 genomsnittet medan Finland spenderar omkring fyra gånger mer.

De upp- och nedåtgående rörelserna i kurvorna över tid i figur 6 bör tolkas med försiktighet eftersom det kan handla om att man ändrat beräkningssätt. Vad vi kan se över tid är en viss ökning i utgifterna till äldreomsorgen i samtliga länder.



**Figur 6.** Ländernas utgift till äldreomsorg 2000–2018. Purchasing power standard (PPS) per invånare.

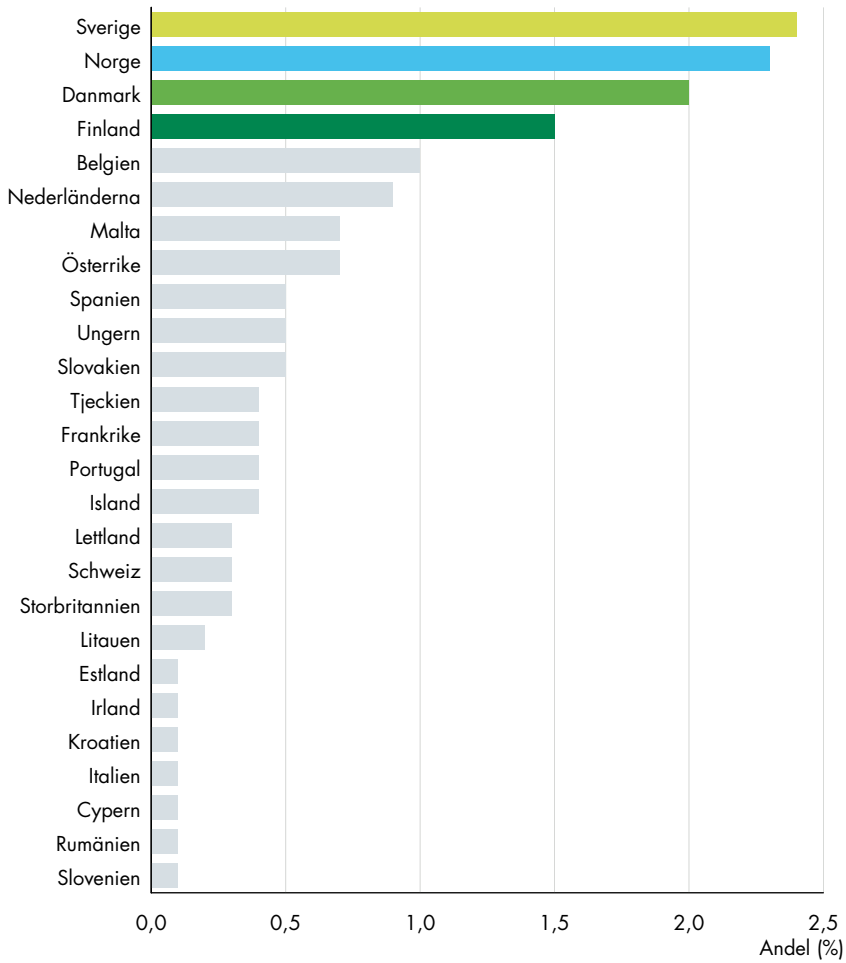


Not. Purchasing Power Standard (PPS) omvandlar nationella valutor till en gemensam artificiell valuta. När förädlingsvärdet av ett lands samlade produktion (BNP) uttryckt i löpande priser (i nationella valutor) deflateras med PPS kommer jämförelsen att enbart återspegla volymkillnaderna mellan länder. \*Data saknas för EU28 fram till 2008.

Källa: Eurostat (2021e).

De absoluta nivåerna på ländernas utgifter till äldreomsorg visar hur mycket ekonomiska resurser som går till äldreomsorgen i varje land, men det kan även vara relevant att titta på ländernas utgifter för äldreomsorg som andel av BNP. Det kan visa hur länderna prioriterar äldreomsorgen jämfört med andra utgiftsområden.

Kostnaderna för äldreomsorg som andel av BNP i Sverige, Danmark, Finland och Norge ligger högst i Europa. Enligt Eurostats mått på utgifter för äldreomsorg ligger Sverige högst, med en sex gånger så hög andel av BNP till äldreomsorg som EU-28 genomsnittet, se figur 7. Tätt efter kommer Norge, och därefter Danmark och Finland.

**Figur 7.** EU-28 ländernas utgift för äldreomsorgen som andel av BNP 2018.

Källa: Eurostat (2020).











## Styrning av äldreomsorgen

I detta kapitel undersöker vi det övergripande ramverket för äldreomsorgen i de nordiska länderna. Vi beskriver hur äldreomsorgen styrs, hur ansvaret är fördelat mellan nationell och lokal nivå, hur invånarnas rätt till äldreomsorg regleras och hur ansvarsfördelningen mellan privat och offentligt ser ut i de olika länderna.

Kapitlet inleds med en genomgång av de juridiska ramarna för äldreomsorgen, inklusive ansvarsfördelningen mellan kommun och stat. Därefter beskriver vi aktuella och nyligen genomförda reformer på äldreomsorgsområdet i de olika länderna, med fokus på de senaste decennierna. Slutligen beskriver vi inslagen av privata utförare i de olika länderna. De juridiska ramarna för biståndsbedömningen och individens rätt att överklaga biståndsbeslut beskrivs i kapitel 4.

### 3.1 REGELVERK OCH STYRNING

I det här avsnittet jämför vi regleringen av äldreomsorgen i de nordiska länderna. Vi tittar på hur äldreomsorgen styrs och vilka rättigheter invånarna har, och vi jämför hur ansvaret i de olika länderna fördelas mellan nationell, regional och lokal nivå.

Samtliga länder har lagreglerat de grundläggande målsättningarna eller värdegrunden för kommunernas insatser för äldre. Formuleringarna skiljer sig delvis åt, men det handlar i samtliga länder om självständighet och att få känna välbefinnande, trygghet och samvaro.

I alla länderna finns nationella krav på hur kommunerna ska organisera äldreomsorgen, men det omfattande kommunala självstyret gör att utformning och ambitionsnivå inte bara styrs av den nationella lagstiftningen.



Det finns vissa skillnader mellan länderna när det gäller hur mycket utrymme kommunerna har att utforma äldreomsorgen. Vi har dock inte närmare undersökt vilka konsekvenser det får för variation och likvärdighet inom de olika länderna.

### 3.1.1 Kommunerna har huvudansvaret

I såväl Sverige som Norge, Danmark och Finland är ansvaret för äldreomsorgen delat mellan stat och kommun, men huvudansvaret ligger i samtliga länder hos kommunerna. Kommuner och regioner har en rätt till självstyrelse, och inom ramen för den har de en viss frihet att utforma äldreomsorgen utifrån sina egna behov och önskemål. De har också en rätt att ta ut skatt för att sköta sina uppgifter.

Statens ansvar ligger på en mer övergripande nivå. Staten styr äldreomsorgen genom lagar och förordningar, myndighetsföreskrifter och tillsyn. Staten stöttar också kommunerna i deras arbete genom material som vägledning och allmänna råd och genom att ta fram statistik.

Den kommunala självstyrelsen, som finns i alla de nordiska länderna, omfattar både regioner och kommuner (med den svenska grundlagens terminologi talar man om lokala och regionala kommuner, och ordet ”kommun” omfattar alltså även regioner).

I Sverige och Finland har den kommunala självstyrelsen grundlagsstöd.

I Danmark anger grundlagen att kommunernas rätt att självständigt styra sina angelägenheter ska utövas med stöd av lag. Grundlagen förutsätter alltså att det ska finnas en kommunal självstyrelse men ställer inte upp några krav på hur självständiga kommunerna ska få vara.

Den norska kommunala självstyrelsen är inte grundlagsfäst, utan regleras i vanlig lagstiftning.

Rent principiellt finns här alltså en tydlig skillnad mellan länderna. I praktiken bestäms dock omfattningen av självstyrelsen även i Finland och Sverige huvudsakligen av vanlig lagstiftning, eftersom grundlagen är väldigt generellt utformad. Grundlagsskyddet innebär ändå att en riksdag inte kan välja att genom ett enkelt majoritetsbeslut avskaffa självstyrelsen, vilket man skulle kunna göra i Norge.

I Sverige är Socialdepartementet ansvarigt departement för frågor om äldreomsorg. Socialstyrelsen är den statliga myndighet som ansvarar för att ta fram föreskrifter och allmänna råd och för att genomföra utvärderingar och uppföljningar och föra statistik på området. Inspektionen för vård och omsorg (IVO), som också är en statlig myndighet, har ansvar för tillsyn och tillståndsprövning.

Medan ansvaret för socialtjänsten, inklusive äldreomsorgen, i Sverige huvudsakligen ligger hos kommunerna, är det regionerna som har huvudansvaret för hälso- och sjukvården. Kommunerna ansvarar dock för hälso- och sjukvården i särskilda boenden. I de flesta av Sveriges regioner är det också kommunerna som ansvarar för hemsjukvård.

I Danmark är det Sundhetsministeriet som är ansvarigt departement för hälso- och sjukvårdsfrågor, medan Social- och äldreministeriet ansvarar för frågor som rör äldre. Äldreomsorgen låg dock under Sundhetsministeriet under åren 2015–2021. Skälet till att ansvaret för äldrefrågorna placerades där var att man ville uppnå bättre samordning mellan hälso- och sjukvården och insatserna inom omsorgen. På grund av coronapandemin blev det dock nödvändigt att 2021 flytta tillbaka frågorna till Socialministeriet, där det fanns andra resurser. Även i Danmark finns en statlig myndighet som utfärdar rekommendationer och riktlinjer på äldreområdet och en annan som ansvarar för tillsynen.

Precis som i Sverige är det i Danmark kommunerna som ansvarar för att tillgodose invånarnas behov av socialtjänst, inklusive äldreomsorg. Ansvaret för hälso- och sjukvården är delat mellan de danska kommunerna och regionerna. Det som ligger på kommunernas ansvar är i stort sett offentlig primärvård, träning och rehabilitering, medan regionerna ansvarar för sjukhusvård, akutsjukvård, psykiatrisk vård och privatpraktiserande specialist- och allmänläkare.

I Finland är Social- och hälsovårdsministeriet ansvarigt departement för frågor som rör äldre. Det finns en central statlig tillsynsmyndighet, men även de så kallade regionsförvaltningsverken utövar tillsyn över social- och hälsovården. Regionförvaltningsverken är regionala statliga myndigheter och ersatte Finlands länsstyrelser när de avskaffades vid utgången av 2009.

De finska kommunerna ansvarar för landets socialtjänst och hälsovård, inklusive äldreomsorgen. I hälsovården ingår en del av sjukvården, ungefär det som i Sverige kallas primärvård. Ansvaret för den specialiserade sjukvården ligger däremot hos sjukvårdsdistrikt som bildas av ett antal kommuner.

I Norge faller frågor om äldreomsorg under Helse- och omsorgsdepartementet. Den statliga myndigheten Helsedirektoratet utfärdar föreskrifter och riktlinjer och ansvarar för statistik. Tillsynsmyndighet för bland annat äldreomsorgen är det statliga Helsetilsynet.

I Norge är det staten som ansvarar för den specialiserade hälso- och sjukvården. Den drivs via fyra regionala hälsoföretag. Kommunerna ansvarar för att tillhandahålla tjänster inom primärvård och för socialtjänst inklusive äldreomsorg. I varje kommun finns en administrations-/eller



förvaltningschef som har ett ansvar för att det sker en systematisk uppföljning för kvalitetsutveckling och säkerhet i vård- och omsorgsverksamheterna.

### 3.1.2 Hur ansvaret regleras

Som framgått är det i alla de nordiska länderna kommunerna som har huvudansvaret för äldreomsorgen. I grunden ser ansvaret ungefär likadant ut i samtliga länder: kommunerna ska tillhandahålla en äldreomsorg som är tillgänglig för alla medborgare på lika villkor efter behov. Det är dock svårt att säga vad som inryms i begreppet behov och hur stora skillnader det finns när det gäller hur det tolkas och värderas.

#### *Lagstiftning*

I Sverige, Norge och Danmark regleras äldreomsorgen huvudsakligen av lagar som omfattar även andra verksamheter inom socialtjänstområdet. Dessa lagar innehåller målsättningar för äldreomsorgen och ger vissa anvisningar om vilka typer av tjänster den kan innehålla, men det är upp till varje kommun att besluta hur man ska bedöma den äldres behov och hur man vill ordna omsorgen. Finland skiljer ut sig genom att ha en särskild lag om äldreomsorg, där det regleras betydligt mer i detalj hur utredningen av behov ska göras. Den finska lagen reglerar också vilken bemanning som ska finnas i verksamheterna.

Rätten till omsorg i Sverige är, på ett generellt plan, grundlagsskyddad. Grundlagen slår fast att det allmänna ska trygga rätten till en bostad och verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Mer detaljerade bestämmelser finns i socialtjänstlagen, som reglerar kommunernas ansvar för insatser inom socialtjänsten. Där finns särskilda bestämmelser om stöd till olika grupper, bland annat äldre men också till exempel barn och unga, missbrukare, brottsoffer och människor med funktionshinder. Kommunen ska ge de äldre som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service. Kommunerna ska också verka för att äldre människor får goda bostäder, och de är skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Det är behovet som avgör om en person beviljas äldreomsorg. Äldreomsorgen är en form av bistånd och bedöms utifrån samma norm som annat bistånd. Det betyder att det krav lagen ställer upp är att äldreomsorgen ska tillförsäkra den enskilde en "skälig levnadsnivå". Hemtjänst kan dock erbjudas till äldre personer utan att någon behovsprövning behöver genomföras. Kommuner har möjlighet, men inte skyldighet, att göra detta.

I Danmark regleras kommunernas ansvar för äldreomsorgen i en bred lag som också omfattar stöd till andra grupper och som dessutom även reglerar hälso- och sjukvård och medicinska behandlingar. Här finns en del principiella stadganden om vad kommunalt stöd ska syfta till. Beviljade insatser ska bland annat främja individens möjlighet att utvecklas, underlätta vardagen och förbättra livskvaliteten. Hjälpn ska utformas efter en individuell bedömning av den enskilda personens behov och förutsättningar, i samarbete med henne eller honom men även utifrån professionella och ekonomiska överväganden. Lagen slår inte fast någon nivå, det vill säga det är inte angivet vilken levnadsstandard en person har rätt till. Det finns flera olika tjänster som regleras i lagen, bland annat hemhjälp, hemsjukvård, hjälpmedel, matleveranser, färdtjänst och särskilt boende, men vilka tjänster som finns tillgängliga kan i viss mån variera från kommun till kommun.

I den finska grundlagen finns ett generellt stadgande om att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräcklig hälso- och sjukvård och socialtjänst och främja befolkningens hälsa. Kommunernas ansvar för den äldre befolkningens välbefinnande och hälsa regleras sedan i flera olika lagar, bland annat folkhälsolagen och socialvårdslagen, men till skillnad från de andra nordiska länderna har Finland också en särskild äldreomsorgslag (lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre).

Äldreomsorgslagen innehåller en detaljerad reglering av stödet till de äldre. Här anges till exempel hur behovsbedömningen ska göras och hur kvaliteten i olika insatser ska säkerställas (personaldimensionering, ledning och lokaler osv). Lagen slår bland annat fast att utredningen av behovet ska göras i samarbete med den äldre själv och att kommunerna i första hand ska ordna vård och omsorg för äldre personer i deras hem. Det finns dock även olika former av särskilt boende.

Förutom att kommunerna, liksom i de andra nordiska länderna, får lägga ut driften av äldreomsorgen på privata aktörer, finns i Finland också en möjlighet för kommunen att ge den äldre personen en servicesedel, med vilken hon eller han själv kan köpa sådana tjänster som kommunen måste erbjuda. Servicesedeln kan bland annat användas till att köpa vård och omsorg från ett privat servicehus som har godkänts av kommunen.

I Norge täcks, liksom i Danmark, äldreomsorgen in av en bred lag som även reglerar stöd till andra grupper och som omfattar både vård- och omsorgstjänster. Lagen inleds med några generella målsättningar. Här anges bland annat att kommunerna ska ge personer socialt skydd och möjlighet till ett aktivt och meningsfullt liv och ett deltagande i samhället. För att uppnå



dessa mål ska kommunerna erbjuda ett lämpligt utbud av tjänster som ska vara tillgängliga för alla personer. Tjänsterna ska tillhandahållas på ett sätt som inte påverkar värdigheten eller den personliga integriteten hos den som är beroende av hjälp.

Lagen innehåller en exemplifierande lista över insatser. Bland annat nämns hemtjänst och äldreboende. Precis som i Danmark räknar lagen alltså upp vissa vanliga stödformer men utan att kräva att de alla ska finnas tillgängliga i samtliga kommuner. Den som har ett behov av en viss insats, till exempel äldreboende, ska dock få behovet tillgodosett. De norska kommunerna har alltså ett ansvar att se till att specifika insatser finns tillgängliga om och när ett behov uppstår.

### *Myndighetsföreskrifter och stödmaterial*

Utöver lagar och förordningar finns, i alla de nordiska länderna, regler och stöd i olika former från myndigheter på nationell och regional/lokal nivå.

I Sverige har Socialstyrelsen en ganska vittgående möjlighet att utfärda bindande föreskrifter för vård- och omsorgsområdena. Socialstyrelsen ger också ut allmänna råd, som inte är bindande men som i praktiken ändå ofta har en styrande effekt. Även kommuner och regioner ger ut olika typer av riktlinjer och rekommendationer för hur regelverket ska tolkas och tillämpas.

I Danmark kan enskilda ministrar utfärda både bindande regler och rekommendationer inom ramen för sin styrning av underordnade organ. Sundhetsstyrelsen är den statliga myndighet som bistår hälso- och äldre-ministern med information och sakkunskap på hälso- och sjukvårds- och äldreområdet. Myndigheten ger också ut egna rekommendationer, riktlinjer och råd.

I Finland är utrymmet att delegera normgivningsmakt till myndigheter betydligt mer begränsat än i de andra nordiska länderna. Grundlagen medger att andra myndigheter än regeringen genom lag kan bemyndigas att utfärda rättsnormer i bestämda frågor, om det med hänsyn till föremålet för regleringen finns särskilda skäl. Ett sådant bemyndigande ska vara exakt avgränsat.

Finland skiljer alltså ut sig genom att det varken på hälso- och sjukvårds- eller omsorgsområdet finns myndighetsföreskrifter på samma sätt som i de andra nordiska länderna. De finska myndigheterna är däremot aktiva när det gäller att ta fram och sprida stödmaterial, som statistik och jämförande information. Det finns också så kallade tillämpningsanvisningar, både nationella (bland annat från Social- och hälsovårdsministeriet) och lokala, utfärdade av enskilda kommuner. Tillämpningsanvisningarna är dock inte formellt bindande.



I Norge kan, precis som i Danmark, ett enskilt departement utfärda föreskrifter inom sitt område. Även statliga myndigheter utfärdar, på samma sätt som i Sverige, bindande föreskrifter efter bemyndigande i lag. Myndigheterna ger också ut vägledningar. Det finns även bindande lokala och regionala föreskrifter, som enligt bemyndiganden i lag utfärdas av kommuner, län och regioner.

### 3.1.3 Samtycke till vård och möjligheten att isolera smittade

Utgångspunkten i samtliga nordiska länder är att all vård och omsorg ska ske med patientens eller omsorgstagarens samtycke. Det finns undantagssituationer där tvångsåtgärder är tillåtna. En sådan åtgärd kan vara isolering under tvång i syfte att hindra smittspridning. En annan åtgärd kan vara att ge vård eller omsorg till en person som inte samtycker till det på grund av att hon eller han inte fullt ut förstår vad insatsen eller det nekade samtycket innebär.

Förutsättningarna för att ge vård och behandling till en person som inte har möjlighet att lämna ett informerat samtycke, till exempel på grund av demens, är en fråga av stor betydelse för många äldre personer. På det här området finns en tydlig skillnad mellan länderna. Danmark, Norge och Finland har alla en lagreglering om vård utan samtycke som har utformats med bland annat demenssjuka personer i åtanke. Bestämmelserna grundas i en avvägning, där respekten för självbestämmanderätten vägs mot behovet av att ge vård och skydd till den som inte kan samtycka eller inte förstår innebörden av ett nekat samtycke. I Sverige saknas en sådan reglering. Detta ser vi som en lucka i lagstiftningen som skapar ett i viss mån oklart rättsläge i Sverige. Konsekvensen kan bli såväl en bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, som en risk att demenssjuka personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse. Det kan också skapa ett dilemma för personal som har ansvar för att hjälpa den som behöver.

Även när det gäller möjligheterna att tvångsisolera personer med smittsamma sjukdomar finns, åtminstone för närvarande, stora skillnader mellan länderna, eftersom Norge och Danmark, men inte Sverige eller Finland, med anledning av covid-19-pandemin har infört möjligheter att kräva självisolering.

Såväl rätten till självbestämmande och integritetsskydd som skyddet mot frihetsberövande och rätten att röra sig fritt är grundläggande mänskliga rättigheter som skyddas både av Europakonventionen och av grundlagarna



i samtliga de nordiska länderna. Dessa rättigheter får begränsas genom lag, men inte mer än vad som är nödvändigt och bara i syfte att skydda grundläggande samhällsintressen eller rättigheter hos enskilda.

Även i vanlig lag finns bestämmelser som slår fast att vård och omsorg ska vara frivillig. Svensk lag anger att såväl socialtjänstens som hälso- och sjukvårdens insatser ska bygga på respekt för den enskilda människans självbestämmande och integritet. Liknande lagstadganden finns också i de andra nordiska länderna.

Det finns inga särskilda regler för dementa personer i svensk rätt, vare sig när det gäller kraven på samtycke till vård och omsorg eller möjligheterna till isolering. Utgångspunkten är alltså att personer med demenssjukdom på samma sätt som andra måste samtycka för att en åtgärd ska få vidtas. Patientlagen (2014:821) stadgar att om en patients vilja inte kan utredas, på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak, ska patienten ändå få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa. Bestämmelsen ger alltså bara rätt att vårda en person om det *inte går att ta reda på* vad hon eller han vill, och då bara i mycket begränsad omfattning. Den ger ingen möjlighet att vårda en person som *motsätter* sig vård utan att förstå vad detta innebär. Lagregeln är inte heller utformad med dementa personer i åtanke. Även om en demenssjukdom möjligen i vissa fall skulle kunna innebära att en persons vilja inte kan utredas, syftar patientlagens bestämmelse i första hand till att hantera medvetlöshet och liknande tillstånd.

I övrigt saknar svensk rätt en reglering av vård- och omsorgsinsatser till vuxna personer med nedsatt beslutsförmåga. Av förarbetena till patientlagen (prop. 2013/14:106 s. 59) kan utläsas att skälet till att frågan inte reglerades i den lagen var att man avvaktade förslagen från utredningen om beslutsoförmögna personers ställning i vård, omsorg och forskning. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande 2015 (SOU 2015:80). Förslagen har dock inte resulterat i några lagstiftningsåtgärder. Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen föreslog 2020 vissa lagändringar som bland annat skulle ge vård- och omsorgspersonal möjligheter att fatta beslut om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga (SOU 2020:14). Inte heller dessa förslag har dock ännu lett till några lagstiftningsåtgärder.

Det finns ett antal svenska lagar som reglerar de olika undantags-situationer där det är tillåtet att ge insatser med tvång. En av dem är smittskyddslagen (2004:168), som ger möjlighet att isolera en person som bär på en allmänfarlig sjukdom. Förutsättningen är dels att det annars finns en påtaglig risk att andra människor smittas, dels att det står klart att personen

inte själv vill eller kan göra det som krävs för att hindra smittspridning eller att det finns grundad anledning att anta att hon eller han inte kommer att följa de förhållningsregler som beslutas. Ett beslut om isolering ska prövas av domstol.

En demenssjukdom kan förstås vara ett skäl till att en person inte kan väntas följa förhållningsregler eller leva på det sätt som krävs för att hindra smitta, vilket kan vara en grund för tvångsisolering. Detta är något som får avgöras från fall till fall.

I Norge regleras möjligheten att tvångsisolera smittade personer dels i lag (smitterneloven), dels, för närvarande, i en särskild covid-19-föreskrift, som ger möjlighet att kräva att personer självisolerar sig.

Bortsett från den särskilda pandemiregleringen skiljer sig de lagliga förutsättningarna för tvångsisolering, en åtgärd som ju vidtas för att skydda *andra* från smitta, inte mycket mellan Norge och Sverige. När det gäller förutsättningarna att tvångsvårda dementa personer för att skydda deras *egen* hälsa är möjligheterna däremot större i Norge, eftersom regleringen i pasient- og brukerrettighetsloven innebär att alla personer inte är behöriga att samtycka. Samtyckeskompetensen kan upphöra helt eller delvis om patienten uppenbarligen inte kan förstå vad samtycket innebär, till exempel på grund av demens. Det är vårdgivaren som avgör om en patient saknar behörighet att samtycka. Beslutet kan överklagas till Statsforvalteren.

Till en patient som inte kan samtycka får viss vård ges även om hon eller han motsätter sig det. Det gäller dock bara sådan vård som är medicinskt nödvändig i den meningen att patienten skulle drabbas av en väsentlig hälsoskada om vården uteblev.

Danmark har, liksom Norge, med anledning av covid-19 infört långtgående möjligheter att kräva att personer självisolerar sig och att tvångsisolera smittade. I Danmark har bestämmelserna inte reglerats i en särskild pandemilag utan har förts in i den danska smittskyddslagen. Även om ingen sista giltighetsdag har satts för de nya bestämmelserna, handlar det dock även här om en reglering som har skapats för att hantera en extraordinär situation och som sannolikt inte kommer att bestå när pandemin är över.

I övrigt gäller i Danmark att för patienter som varaktigt saknar förmåga att ge ett informerat samtycke kan samtycke i stället ges av de närmast anhöriga eller under vissa förutsättningar av ett annat ombud. Om det inte finns någon som kan representera patienten, kan sjukvårdspersonalen behandla patienten utan samtycke. Detta förutsätter att det antingen handlar om en behandling som är av mindre ingripande karaktär, eller att två personer ur personalen, varav en inte deltar i behandlingen av patienten och inte heller



tidigare har behandlat henne eller honom, är överens om att behandlingen ska genomföras. Det finns också en möjlighet för sjukvårdspersonal att genomföra en behandling även om patientens representant (de anhöriga eller ombudet) inte samtycker till det, om personalen anser att representanten nyttjar samtyckesrätten på ett sätt som uppenbart kan skada patienten eller dennes behandling. Då krävs det dock också att Styrelsen for Patientsikkerhed ger tillstånd till behandlingen.

Den danska sundhetsloven reglerar också tvångsanvändningen av personliga larm- och spårningssystem och andra ingripanden i självbestämmanderätten. Sådana tvångsåtgärder är tillåtna om de krävs för att ge bästa möjliga vård och skydd för patienten och står i ett rimligt förhållande till patientens medicinska behov. Varje ingripande i självbestämmanderätten måste rapporteras till ansvariga myndigheter.

Inom den danska socialtjänsten finns möjligheter till tvångsåtgärder för vuxna med betydande och varaktiga nedsättningar av den psykiska funktionsförmågan. En demenssjukdom av allvarlig art kan utgöra en sådan nedsättning. I serviceloven finns detaljerade regler om till exempel möjligheten att hålla fast en person för att hindra denna att lämna ett boende eller att använda särskilda dörröppnare med fördröjning, som gör det svårare att ta sig ut från boendet.

I finsk rätt finns bestämmelser som ger den ansvariga smittskyddsläkaren i kommunen, eller samkommunen för sjukvårdsdistriktet, möjlighet att besluta om tvångsisolering av en person som med fog kan misstänkas ha en allmänfarlig smittsam sjukdom, om risken för att sjukdomen ska spridas är uppenbar och spridningen inte kan förhindras med andra åtgärder. Det finns också ganska utförliga regler om förhållandena under tiden i isolering.

När det gäller vård utan samtycke till skydd för patienten själv, gäller enligt den finska lagen om patientens ställning och rättigheter att om en vuxen person på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om sin vård eller behandling, ska personens lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda vilken vård som bäst motsvarar patientens vilja. Om detta inte kan utredas, ska patienten vårdas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans eller hennes bästa. Den person som företräder patienten har en skyldighet att beakta den vilja som patienten tidigare kan ha uttryckt.

Om den som ska företräda patienten förbjuder en viss vård eller behandling, ska vården eller behandlingen av patienten så vitt möjligt, i samförstånd med företrädaren, ges på något annat sätt som är godtagbart ur

medicinsk synpunkt. Om det finns flera personer som kan företräda patienten (lagliga företrädare, nära anhöriga och andra närstående) och deras åsikter går isär, ska patienten vårdas eller behandlas på ett sätt som kan anses vara förenligt med hans eller hennes bästa.

I den finska omsorgen gäller, enligt lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, att om en myndig klient på grund av sjukdom eller nedsatt psykisk funktionsförmåga eller av någon annan motsvarande orsak inte kan delta i och påverka planeringen och genomförandet av de tjänster och andra åtgärder som erbjuds, eller om klienten inte kan förstå föreslagna alternativa lösningar eller beslutens verkningar, ska hans eller hennes vilja utredas i samråd med en laglig företrädare, en anhörig eller någon annan närstående. I vissa situationer ska en särskild intressebevakare förordnas.

## 3.2 REFORMER AV BETYDELSE FÖR ÄLDREOMSORGEN

Äldreomsorgen har varit föremål för stora förändringar i alla länderna under de senaste decennierna. I Sverige, Danmark och Norge har det under de senaste 30 åren genomförts nationella strukturreformer som har haft betydelse för äldreomsorgen, och även i Finland har en sådan reform varit aktuell under en längre tid. Att lägga ut omsorg på privata aktörer blev möjligt för kommunerna i Finland under 80-talet och i övriga länder under 90-talet. Alla länderna har också från nationell nivå möjliggjort system där brukarna väljer mellan utförare. Danmark har gått längst i detta med obligatoriska valfrihetssystem inom hemtjänst.

Finland blev 2012 ensamt om att införa en särskild äldreomsorgslag. En sådan lag är nu under utredning även i Sverige.

### 3.2.1 Sverige, Danmark och Norge har ändrat huvudmannaskap i nutid

I Sverige, Danmark och Norge har det under de senaste 30 åren genomförts nationella strukturreformer som har haft betydelse för äldreomsorgen, bland annat genom att huvudmannaskapet ändrats för delar av vården eller omsorgen. I Sverige flyttades huvudmannaskapet för de delar av äldreomsorgen som tidigare låg hos regionerna till kommunerna, medan Danmark och Norge överförde huvudmannaskapet för sjukhusen till staten. I Finland har det funnits långtgående planer på att flytta huvudmannaskapet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården från kommunerna till ett mindre antal regioner, men reformen har inte implementerats än.



I Sverige genomfördes den mest genomgripande strukturförändringen av äldreomsorgen i början på 1990-talet, den så kallade Ädelreformen. Genom reformen fick kommunerna ett samlat ansvar för vård och omsorg av äldre och tog därmed över en del av det ansvar som tidigare legat på regionerna, till exempel sjukhem och hemsjukvård. Kommunerna blev i och med det skyldiga att inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad av människor som behöver särskilt stöd enligt socialtjänstlagen. Kommunerna fick också ansvar för hälso- och sjukvård upp till sjuksköterskenivå samt för hjälpmedel i särskilda boenden. Efter överenskommelse med landstingen fick kommunerna även möjlighet att överta ansvaret för hemsjukvård i individens hem och i särskilda boenden, i och med Ädelreformen. Alla landets kommuner utöver de i Region Stockholm (Norrtälje undantaget) har sedan dess tagit över detta ansvar.

I Danmark ändrades ansvaret för hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation genom en omfattande strukturell reform 2007 där antalet kommuner minskades. Ansvaret för vården är sedan dess delat mellan staten, fem regioner och 98 kommuner. Kommunerna fick i och med reformen ansvar för förebyggande insatser, hemsjukvård och rehabilitering (Indenrigs- og boligministeriet, u.å.a; Indenrigs- och boligministeriet, u.å.b).

I Finland genomfördes kommunsammanslagningar och mer samarbete mellan kommuner genom lag om en kommun- och servicestrukturereform 169/2007. En större reform av hälso- och sjukvårdssystemet har varit aktuell under det senaste decenniet men i början av 2021 hade den ännu inte kommit till stånd. Det aktuella reformförslaget innebär att ansvaret för både socialtjänst och vård flyttas från de över 300 kommunerna till drygt 20 regioner (välfärdsområden) och att staten övertar finansieringsansvaret för vården<sup>1</sup>.

I Norge genomfördes en stor strukturereform 2002 då huvudmannskapet för sjukhusen överfördes till staten. Sedan dess har staten både lagstiftande ansvar och finansierings- och driftansvar för sjukhusen och specialistvården. Kommunerna har fortfarande ansvar för primärvården, vilket inkluderar allmänläkarvård och hemsjukvård. I Norge pågår också ett försök med statlig finansiering av kommunal omsorg. Syftet är att undersöka om statlig finansiering och statliga kriterier för att bevilja insatser leder till ökad likvärdighet och bättre behovstäckning för brukarna (Helsedirektoratet 2020b).

---

<sup>1</sup> Siv Sandberg, universitetslärare, Åbo Akademi, SILF Vårdens styrning i Norden. Webinarium 3 maj 2021.

### 3.2.2 En särskild äldreomsorgslag

Finland är just nu det enda av de jämförda länderna som har en särskild äldreomsorgslag, lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. Den infördes 2012 och innebär att äldreomsorgen utöver den generella socialvårdslagen också regleras i en egen lag. Från 2020 innehåller lagen ett krav på personaldimensionering som tidigare varit en del i kvalitetsrekommendationerna för äldreomsorgen (Karsio & Anttonen 2013).

I december 2020 tillsattes en särskild utredare med uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag även i Sverige. Bakgrunden var bland annat Coronakommissionens delbetänkande Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80), som lyfte en rad strukturella brister i äldreomsorgen. Den särskilda utredaren ska

- föreslå en äldreomsorgslag som ska komplettera socialtjänstlagen
- definiera begreppet äldreomsorg
- föreslå ramar för en nationell omsorgsplan
- presentera förslag som stärker tillgången till medicinsk kompetens inom äldreomsorgen (Regeringen 2020).

### 3.2.3 Beställar- och utförarmodeller och upphandling

I Finland har kommunerna kunnat lägga ut omsorg på privata aktörer sedan 1980-talet, och i övriga länder har det varit möjligt sedan 1990-talet. Under 1990-talet infördes också möjligheten för kommunerna att organisera äldreomsorgen i en beställar-utförarmodell i alla de nordiska länderna. En sådan modell innebär att man separerar behovsbedömning och utvärdering från själva utförandet av omsorgen, så att inte samma enhet eller personer arbetar med båda delarna. Denna typ av organisering möjliggör upphandling och konkurrensutsättning, men behöver inte innebära att kommunen lägger ut omsorg på privata aktörer. Modellen har även införts för att bland annat öka kostnadskontrollen, ge möjlighet till ansvarsutkrävande och stärka rättssäkerheten (Szebehely & Meagher (red.) 2013).

Beställar- och utförarmodeller för äldreomsorg finns i alla de jämförda länderna. De flesta svenska kommuner har i dag organiserat äldreomsorgen i en sådan modell medan de är mindre vanliga i Finland och Norge (Szebehely & Meagher (red.) 2013). Vi saknar uppgift om Danmark.



### 3.2.4 Valfrihetsreformer

I alla de jämförda länderna förekommer system där äldre kan välja mellan utförare, och alla länder utom Norge har genomfört reformer under 2000-talet för att främja sådana system.

I Sverige kom lagen om valfrihetssystem (2008:962) (LOV) 2009. Det är frivilligt för kommunerna att införa valfrihetssystem, men man har från nationell nivå uppmuntrat till införande (SKR 2021).

Danmark har gått längst med en lag om valfrihet från 2003 som innebär att kommunerna ska erbjuda val mellan minst två utförare av hemtjänst.

Finland har till skillnad från övriga länder inga formella valfrihetssystem. Systemet med servicesedlar som fick stöd i lagstiftningen 2004 innebär dock att den som beviljas äldreomsorg kan välja mellan utförare på ett sätt som påminner om ett valfrihetssystem (lag om planering av och statsunderstöd för social- och hälsovården 733/1992; Karsio & Anttonen 2013). Valfrihetssystem inom social- och sjukvårdsområdet ingår också i den förslagna reform av hälso- och sjukvårdsområdet som är under diskussion i Finland.

Norge har inte infört någon nationell reform på detta område, men valfrihetssystem förekommer.

## 3.3 OMSORG UTFÖRS AV OFFENTLIGA OCH PRIVATA AKTÖRER

Större delen av äldreomsorgen i de nordiska länderna utförs av kommunerna, men det finns också privata aktörer som utför omsorg med offentlig finansiering. Det kan handla om att personer med äldreomsorg anvisas till privata utförare som kommunen slutit avtal med, eller själva får välja mellan olika utförare i någon form av valfrihetsmodell (en mer utförlig genomgång av valfrihetssystem i de olika länderna finns i kapitel 4). I samtliga länder ska dock kommunen se till att verksamhet inom äldreomsorgen bedrivs med god kvalitet och följs upp, oavsett utförare.

Vi använder här begreppet ”privat” för alla utförare som inte är offentliga, men bland de privata aktörerna finns både vinstdrivande och idéburna aktörer. Här finns stora skillnader mellan länderna.

Andelen äldre på boenden som drivs av privata aktörer – både vinstdrivande och idéburna – är högst i Finland medan andelen med privat utförare av hemtjänst är högst i Danmark. Sverige ligger i båda fallen i mitten medan Norge har relativt få privata utförare över lag. Sverige avviker däremot genom att ha en låg andel idéburna utförare i relation till de vinstdrivande. Förutom den äldreomsorg som kräver biståndsbeslut finns också möjligheten att köpa boende och hemtjänster privat, men vi saknar jämförbara uppgifter om i vilken utsträckning äldre gör det.



### 3.3.1 Upphandling av kommunal omsorg har fått störst genomslag i Sverige och Finland

Upphandling av kommunal omsorg har fått större genomslag i Sverige och Finland än i Danmark och Norge. Andelen vinstdrivande och stora privata aktörer har även ökat snabbare i Finland och, framför allt, i Sverige än de övriga länderna (Szebehely & Meagher 2013). En orsak till skillnaden i fördelning mellan olika idéburna och vinstdrivande aktörer är hur upphandlingarna utförs (Sivesind & Saglie 2017). I Sverige och Finland hanteras vinstdrivande och idéburna utförare likadant vid upphandlingar. I öppna upphandlingar kan alla intresserade utförare lämna anbud och konkurrera utifrån pris eller en kombination av pris och kvalitet, och då tenderar vinstdrivande privata aktörer att vinna över idéburna (Szebehely & Meagher 2013). I Norge och Danmark finns däremot mekanismer för att gynna idédrivna utförare, till exempel genom att det inte krävs öppen upphandling när kommuner lägger ut omsorg på idéburna aktörer (Szebehely & Meagher 2013).

### 3.3.2 Sverige ligger i mitten när det gäller privata utförare men sticker ut med hög andel vinstdrivande bland de privata

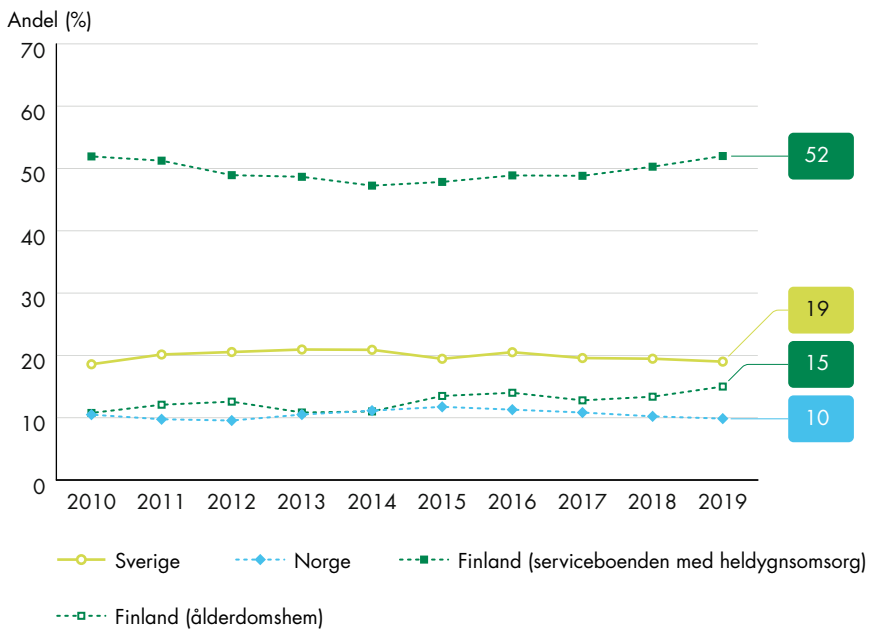
Vilket land som har mest privat utförd omsorg beror på hur man räknar, och det kan variera stort mellan olika typer av insatser. Sett till andelen av personer med äldreomsorg som har en privat utförare väger hemtjänsten tyngre eftersom det är där de flesta mottagarna av äldreomsorg finns. I så fall är det Danmark som har högst andel privata utförare på grund av den höga andelen hemtjänstmottagare med privat utförare (se figur 9). Ser man till andelen av äldreomsorgens omsorgsinsatser eller kostnader väger däremot omsorgsboendena tyngre. Inom detta område är det Finland som sticker ut med en hög andel privata omsorgsboenden (se figur 8). Oavsett hur man räknar tycks Norge ha lägst andel privata utförare medan Sverige ligger i mitten, med näst högst andel privata utförare både på hemtjänst- och boendeområdet. Detta är dock enbart uppskattningar eftersom vi saknar jämförbara data.

”Privat” omfattar alla icke-offentliga utförare. Skiljer man på vinstdrivande och idéburna utförare framträder ytterligare skillnader mellan länderna. Sverige sticker ut genom att nästan alla privata utförare är vinstdrivande inom både hemtjänst och boenden. Även i Finland är de vinstdrivande aktörerna fler än de idéburna (Karsio & Anttinen 2013). Norge tycks däremot ha en ganska jämn fördelning mellan vinstdrivande och idéburna utförare. I Danmark är nästan alla privata omsorgsboenden idéburna, medan de privata aktörerna inom hemtjänst är vinstdrivande.



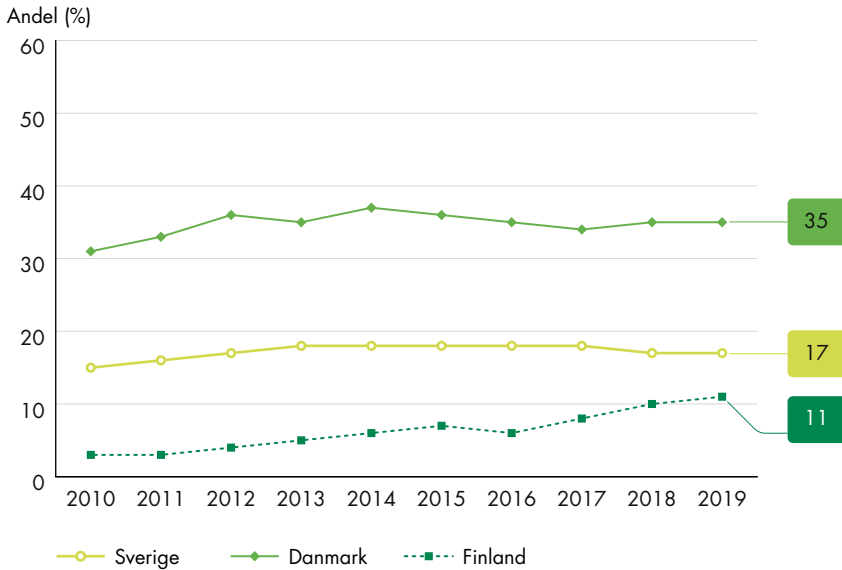
Figur 8 visar andelen av personer på vård- och omsorgsboende vars boende drivs av företag eller organisationer, och figur 9 visar andelen av hemtjänstmottagarna som har en privat utförare. Att analysera andelen av besöken eller hemtjänsttimmarna som utförs av privata aktörer kan samtidigt ge en annan bild, eftersom omfattningen på hemtjänsten eller typen av insatser kan skilja sig åt mellan kommunala och privata utförare. Vi saknar direkt jämförbara data men kan se att andelen hemtjänstinsatser utförda i privat regi, mätt som andel av kommunernas utgifter i Danmark, är betydligt lägre än andelen hemtjänstmottagare med privat utförare (Arbetsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen 2019). Andelen hemtjänsttimmar utförda i privat regi i Sverige är i stället högre än andelen hemtjänstmottagare med privat utförare (Socialstyrelsen 2020b). Räknat på detta sätt är inslaget av privata aktörer inom hemtjänst troligen betydligt större i Sverige än i Danmark.

**Figur 8.** Andel av personer på vård- och omsorgsboende vars boende drivs av företag eller organisationer.



Not. För Norge har vi beräknat andelen platser på privatägda (vinstdrivna eller ideella) institutioner. Beräkningen gäller enbart institutionsplatser. Personer med plats på boende i alla åldrar är inkluderade, varav 93 procent av de boende är över 67 år (Statistisk sentralbyrå, 2021). För Sverige har vi räknat ut andelen personer boende hos privata utförare av det totala antalet personer 65 år och äldre på särskilt boende. För Finland har vi inkluderat andelen personer boende hos privata utförare av både ålderdomshem och serviceboenden med heldygnsomsorg. Beräkningen gäller personer med plats på boende i alla åldrar varav 98 procent är 65 år och äldre. Danmark ingår inte eftersom vi saknar data.

Källor: Sverige: Socialstyrelsen (2020b), Finland: Sotkanet.fi (2021a), Norge: Statistisk sentralbyrå (2021a).

**Figur 9.** Andel av personer med hemtjänst som får den utförd i privat regi.

Not. För Sverige har vi beräknat antalet personer 65 år och äldre som får hemtjänst av privata utförare som andel av det totala antalet personer 65 år och äldre med hemtjänst. För Danmark har vi använt statistik om andelen mottagare 67 år och äldre som använder privata utförare. Andelen privata utförare i Finland är uträknat något annorlunda och gäller andelen hemvårdsbesök som är utförda av privata vårdgivare av kommunen, genom att ta de tjänster kommunen köpt från andra delat på de tjänster kommunen har finansierat för sina invånare. Beräkningen gäller hemtjänstmottagare i alla åldrar, varav 92 procent var 65 år och äldre 2018. Norge ingår inte eftersom vi saknar data.

Källor: Danmark: Danmarks Statistik (2021h), Finland: Sotkanet.fi (2021b), Sverige: Socialstyrelsen (2020b).

I Sverige har runt 17 procent av de äldre med hemtjänst en privat utförare, liksom 19 procent av dem som bor på ett boende med heldygnsomsorg. Andelen hemtjänststimmar som utförs i privat regi är 24 procent (Socialstyrelsen 2020b). Av de kommuner som redovisar sina uppgifter har hälften minst en utförare i privat regi (vissa kommuner redovisas inte i statistiken eftersom uppgifterna skyddas av statistiksekretess). Variationen mellan kommunerna är dock stor (Socialstyrelsen 2020b). De privata utförarna är nästan uteslutande vinstdrivande. Andelen omsorg som utförs av idéburna aktörer legat stabilt på 2-3 procent under de senaste decennierna medan andelen vinstdrivna utförare ökat stort (Karsio & Anttonen 2013; Sivesind & Sagle 2017).

I Danmark använde 35 procent av de äldre med hemtjänst privata leverantörer under 2017. Denna siffra inkluderar personer som valt en privat leverantör för delar av sin hemtjänst, till exempel enbart för praktisk hjälp (Sundheds- og Ældreministeriet 2019). De privata utförarna utför i första



hand praktisk hjälp (FOA 2019) och omfattningen på deras insatser är mindre än kommunernas. Sett till andelen av hemtjänstinsatserna, räknat som andel av utgifterna till hemtjänst, utförs ungefär 15 procent av hemtjänsten i privat regi (Arbejdsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen 2019). I stort sett alla privata aktörer inom hemtjänst är vinstdrivande<sup>2</sup>.

Vi saknar uppgifter om hur många äldre i Danmark som bor på privat drivet vård- och omsorgsboende utöver dem som valt ett fristående så kallat friplejebolig, vilket 2019 var 3 procent av personerna på vård- och omsorgsboenden. När det gäller ägandeförhållandena för landets omsorgsboenden (både för yngre personer med funktionsnedsättning och för äldre) var 84 procent kommunalt ägda år 2019. 11 procent drevs av idéburna aktörer med avtal med kommunen, 1,5 procent drevs av vinstdrivande aktörer med avtal med kommunen och 3 procent var friplejeboliger (Hjelmar & Kjældgaard Jensen 2020). Om vi antar att andelen personer med plats på boende hos olika typer av utförare ungefär motsvarar den fördelningen innebär det att runt 15 procent av de som bor på äldreboenden bor hos privata utförare, och nästan alla dessa bor hos idéburna aktörer.

I Finland har andelen privata aktörer ökat under de senaste två decennierna (Karsio & Anttonen 2013). Under perioden 2010–2019 bodde omkring hälften av de äldre på serviceboende med heldygnsomsorg hos privata utförare, och andelen på privata ålderdomshem var strax över 10 procent. Andelen äldre som får hemtjänst från en privat aktör ökade från 3 till 11 procent under samma period. I Finland finns en lång tradition av idéburna utförare inom äldreomsorgen, som delvis fått statliga subventioner, men andelen vinstdrivande aktörer har ökat kraftigt jämfört med de idéburna och de vinstdrivande är numera i majoritet bland de privata utförarna (Karsio & Anttinen 2013).

Vi saknar uppgift om hur stor del av äldreomsorgen i Norge som ges av privata utförare, men kan göra vissa skattningar. Dessa uppskattningar gäller omsorgen för både äldre och yngre personer med funktionsnedsättning. Andelen av personerna på institutionsboende som bor på boenden drivna av företag eller organisationer är omkring 10 procent (Statistisk sentralbyrå 2021a). Andelen privata utförare varierar dock stort inom landet. I Oslo var till exempel omkring hälften av platserna på institutionsboenden privat drivna under perioden 2015–2019, medan majoriteten av kommunerna där uppgift finns inte hade några platser alls hos privata utförare (Statistisk sentralbyrå

---

<sup>2</sup> Karsten Vrangbæk, professor Köpenhamns universitet, kommunikation 5 april 2021.

2021a). Inom boenden tycks omkring hälften av de privata utförarna vara idéburna: av 926 institutioner (varav de flesta är sjukhem för äldre) i landet ägs 26 av vinstdrivande aktörer och 34 stycken av idéburna aktörer (Statistisk sentralbyrå 2021e).

Vi saknar uppgift om andelen mottagare av hemtjänst som har privata utförare, men redovisningen av kommunernas kostnader kan ge en indikation. Andelen av kommunernas driftskostnader som går till privata utförare är något lägre för hemtjänst än för boenden (8 procent jämfört med 13 procent) (Statistisk sentralbyrå 2018). Vi saknar information om fördelningen mellan vinstdrivande och idéburna aktörer inom norsk hemtjänst.

### 3.3.3 Tjänster kan också köpas privat

Förutom den offentligt finansierade och behovsprövade omsorgen kan privata utförare sälja tjänster direkt till äldre som själva finansierar delar av eller hela sin omsorg. Vi saknar dock heltäckande uppgifter om hur många av de äldre som köper omsorg privat.

Möjligheterna för privata utförare att sälja tilläggstjänster mot privat betalning skiljer sig åt mellan länderna. I Danmark kan privata utförare i alla kommuner sälja tilläggstjänster. I Sverige finns möjligheten i de kommuner som tillämpar LOV och i Finland ger lagen om servicesedlar denna möjlighet. I Norge är det däremot endast möjligt i vissa kommuner (Moberg 2017). Offentliga utförare kan däremot inte sälja tilläggstjänster mot privat betalning. Undantaget är Danmark, där vissa kommuner sedan 2014 på försök erbjuder tilläggstjänster på samma sätt som privata aktörer. En utvärdering från 2021 visar dock att nästan inga personer som bor på vård- och omsorgsboenden använder möjligheten att köpa till tjänster (Kjær Foged m.fl 2021).

Alla länderna utom Norge har skatteavdrag för privat köpta tjänster i hemmet, vilket omfattar tjänster som liknar hemtjänst. Sverige har sedan 2007 RUT-avdraget, i Finland finns Hushållsavdrag sedan 1997 och i Danmark har flera olika avdrag funnits sedan 1994, i dagsläget BoligJobordningen. Det saknas dock jämförbara uppgifter om i vilken utsträckning äldre använder avdragen eftersom uppläggen skiljer sig åt. I Sverige separeras städ- och omsorgstjänster från bygg- och renoveringstjänster i två olika avdrag (RUT – rengöring, underhåll, tvätt; ROT – renovering, ombyggnad, tillbyggnad) medan båda typerna av tjänster omfattas av samma avdrag i Danmark och Finland. I Sverige använde 13–20 procent av personerna 65 år och äldre RUT-avdraget 2018, beroende på åldersgrupp (Ekonomifakta.se 2021).



Alla avdragen används i högre grad av personer med högre inkomst (Sjöholm 2013, SOU 2020:52, Skatteministeriet 2014, 2015) och forskare har framfört att ett ökande inslag av privat köpta tilläggstjänster skulle kunna leda till social ojämlikhet i tillgång till omsorg (Moberg 2017). Det är dock inte klarlagt om och hur ett skatteavdrag för tjänster i hemmet påverkar behovet och utbudet av biståndsbaserad hemtjänst (Socialstyrelsen 2019b).







## Att få äldreomsorg

I detta kapitel undersöker vi hur man får tillgång till äldreomsorg i de nordiska länderna, med fokus på regleringen av individens rätt till omsorg och vissa faktorer som kan utgöra barriärer för tillgång till äldreomsorgsinsatser. Vi börjar med att redogöra för behovsprövningen, inklusive rätten till överklagan. Därefter beskriver vi väntetider till boenden med heldygnsomsorg. Vi går också igenom vilka avgifter som mottagare av äldreomsorg själva behöver betala. Slutligen jämför vi förekomsten av valfrihetssystem där de som beviljas äldreomsorg kan välja mellan olika utförare.

### 4.1 BISTÅNDSBEDÖMNINGEN GRUNDAR SIG PÅ INDIVIDUELLA BEHOV

På ett övergripande plan är ansökningsprocessen liknande i de jämförda länderna. Att få en insats inom äldreomsorgen är en process som börjar med att ett behov uppstår och att en ansökan om insats lämnas in till kommunen. Ansökan ska bedömas skyndsamt och leda fram till ett beslut som bygger på en individuell behovsbedömning. När en insats beviljas ska den sedan verkställas, och det finns tidsgränser för hur snabbt det ska ske. Om ansökan får avslag kan beslutet överklagas.

Även om det finns ett lagstadgat omsorgsutbud i Finland och Norge, är det i samtliga länder till stor del upp till kommunen att avgöra både vilka tjänster som ska erbjudas och vem som har rätt till dessa. Inget av länderna har i dag något nationellt standardiserat bedömningsinstrument, även om Finland är på väg att införa ett sådant. Ansökningsprocessen och bedömningarna kan därför skilja sig åt mellan kommuner.



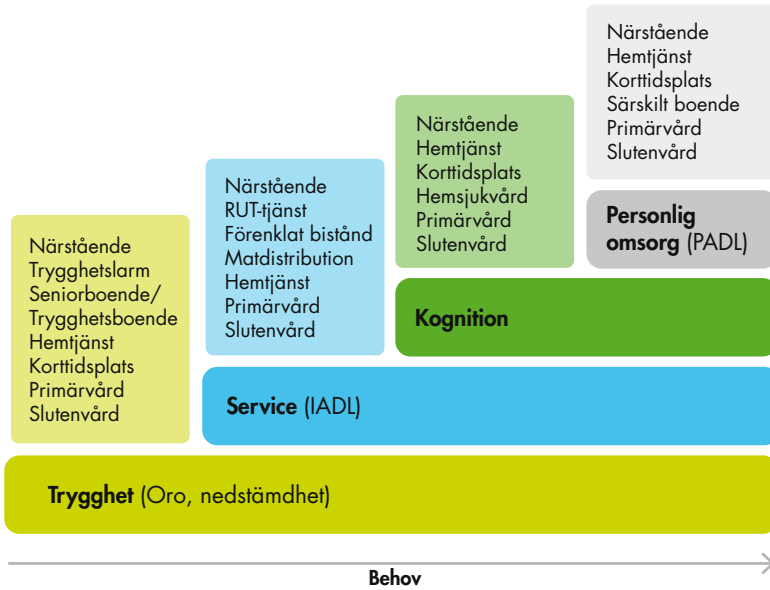
Rätten till insatser utvärderas i alla länder efter behov, och inte utifrån ålder. Däremot finns i till exempel Sverige möjlighet att ge vissa begränsade insatser, till exempel trygghetslarm, till alla över en viss ålder utan behovsprövning.

#### **4.1.1 Omsorgsbehov kan delas upp i praktiska och personliga behov**

Vid handläggningen av en ansökan om bistånd görs en bedömning av omsorgsbehovet som ligger till grund för beslutet. Omsorgsbehov delas ofta upp i praktiska och personliga behov. Om beslutet blir att bevilja en insats ska en plan upprättas för hur stödet bör ges och för hur insatserna ska utföras och dokumenteras.

Genom ett nationellt standardiserat system för att bedöma och följa upp vårdbehoven kan mottagare av äldreomsorg med olika insatser jämföras. I Norge redovisas den äldres vårdbehov i statistiken enligt en stigande skala (Statistisk sentralbyrå 2021c) medan Sverige inte redovisar sådana mått på nationell nivå. Inget av länderna har något nationellt system för behovsbedömning. I Sverige och Finland finns dock bedömningsinstrument som används av många kommuner och i Finland kommer det gemensamma bedömningsinstrumentet att bli obligatoriskt 2023. Danmark har en gemensam nationell begreppsapparat för behovsbedömningar, Fælles sprog (gemensamt språk).

En vanlig definition av äldres omsorgsbehov är att mäta möjligheten att klara olika dagliga aktiviteter, ADL (Activities of daily living). Dessa kan delas upp i IADL (Instrumental Activities of daily living), vilket handlar om praktiska aktiviteter som hjälp i bostaden, hjälp med inköp och tillredning av måltider eller leverans av färdig mat. Sådana aktiviteter kan ofta även äldre med lättare funktionsnedsättningar ha behov av. Vid svårare funktionsnedsättningar, både fysiska och kognitiva, behöver många även hjälp med personlig omsorg (PADL, personal activities of daily living). Det handlar om att klä på sig, sköta personlig hygien, förflytta sig, äta och så vidare. Figur 10 visar en schematisk bild av omsorgsbehov ordnade efter stigande funktionsnedsättning (Vård- och omsorgsanalys 2015). Svårare funktionsnedsättningar innebär ofta även att den äldre har kroniska sjukdomar och nedsatt kognition, vilket innebär att hjälp med personlig omsorg även ofta innebär en kombination av ökad hemsjukvård och besök i sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2015).

**Figur 10.** Schematisk bild av omsorgsbehov ordnade efter stigande funktionsnedsättning.

Källa: Vård- och omsorgsanalys (2015).

#### 4.1.2 Rätten till en överprövning

Vilken ställning och vilka rättigheter en person har skiljer i Sverige åt beroende på om personen får vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) eller omsorg inom ramen för socialtjänstlagen.

Vårdgivare är skyldiga att erbjuda patienter en god vård, men det finns inte någon rättighet för patienten som är direkt kopplad till den skyldigheten. Patienter har möjlighet att föra fram klagomål på vården, vilket bland annat regleras i patientlagen, men en enskild kan inte vända sig till domstol och kräva ut rättigheten till en god vård. Det faktum att en person inte har fått en god vård ger inte heller i sig rätt till skadestånd.

Inom socialtjänsten finns däremot en möjlighet till domstolsprövning. En enskild person som nekas bistånd eller som anser att det bistånd hon eller han har fått inte uppfyller kravet att tillförsäkra henne eller honom en skälig levnadsnivå kan få kommunens beslut överprövat i förvaltningsdomstol.

I Danmark finns två olika oberoende instanser, en för vård och en för omsorg, varav ingen hör till domstolsväsendet. Styrelsen för patientklager är en myndighet under Sundhetsministeriet som behandlar klagomål om vårdverksamhet och kränkningar av patienträttigheter. Beslut inom



omsorgen kan överklagas till Ankestyrelsen, som är en myndighet under Social- och äldreministeriet. Ankestyrelsen har ett brett uppdrag och verkar för jämlikhet och rättssäkerhet på en rad olika sätt. Styrelsen behandlar klagomål inom flera olika områden och tar bland annat också fram rådgivande material för att koordinera kommunernas praxis.

I Finland kan en patient som är missnöjd med hälso- och sjukvården eller bemötandet inom vården lämna en anmälan till chefen för verksamheten. Socialvårdens klienter har också rätt att lämna en anmärkning till den som ansvarar för verksamheten. Däremot går det inte att överklaga beslut enligt den finska hälso- och sjukvårdslagen. Ett beslut som har meddelats av den kommunala socialvården i Finland kan, precis som i Sverige, överklagas till förvaltningsdomstol.

I Norge finns en samlad lag, pasient- og brukerrettighetsloven, som reglerar rättigheter för såväl patienter inom hälso- och sjukvården som brukare inom omsorgen. Om lagens bestämmelser om bland annat rätt till information och samverkan, samtycke eller rätten att ta del av sin journal inte följs, kan beslut överklagas till Statsforvalteren. Statsforvalteren är inte en domstol, utan statens representant i fylket och en förbindelselänk mellan staten och kommunerna. Uppdraget är bland annat att följa upp statens mål och regler. Beroende på vad frågan rör kan det också gå att överklaga ett beslut från Statsforvalteren vidare.

Vid en första anblick kan det tyckas vara en viktig skillnad att Norge, som enda nordiska land, har en samlad lagstiftning där samma villkor gäller för överprövning av beslut i vården respektive omsorgen. Tittar man närmare på vilka förhållanden och beslut inom vården som kan överklagas till Statsforvalteren, framstår skillnaden dock inte som så stor. Även i Sverige finns en möjlighet att få en överprövning av frågor som rör förvaltning och vissa beslut inom vårdverksamheten till förvaltningsdomstol, och frågor om exempelvis ersättning för patientskador kan prövas av allmän domstol.

### **4.1.3 Att få bistånd i Sverige**

I Sverige har alla som anser sig behöva service och omsorg möjlighet att ansöka om insatser, eller bistånd, enligt socialtjänstlagen. Det vanliga är att den äldre personen själv söker, men också anhöriga och personal inom vården som uppmärksammat ett omsorgsbehov kan anmäla att någon behöver hjälp. Kommunen kontakter då den person det gäller, som själv alltid får ta ställning till om hen vill ha hjälp. Ansökan ska göras i den kommun som personen bor i, men om man ska flytta till en ny kommun kan ansökan göras i denna kommun

(Socialstyrelsen 2016a). Rätten till bistånd, till exempel hemtjänst eller särskilt boende, ska utredas inom ramen för en individuell biståndsbedömning enligt socialtjänstlagen. Kommunerna kan dock ge vissa insatser, såsom trygghetslarm, till alla över en viss ålder utan behovsbedömning. Utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) föreslog nyligen att möjligheten att ge insatser utan individuell behovsprövning skulle utvidgas. Inom äldreomsorgsområdet skulle kommunerna då kunna ge alla typer av insatser utan behovsprövning utom permanent plats på särskild boende (SOU 2020:47). Enligt äktenskapsbalken har makar ett gemensamt ansvar för hushållets skötsel, vilket innebär att den äldre kan nekas insatser om till exempel en partner bedöms kunna utföra hushållsarbetet. Däremot finns ingen plikt för makar att ge personlig omvårdnad.

Utredningen av en inkommen ansökan ska enligt socialtjänstlagen påbörjas utan dröjsmål (11 kap. 1 §). Biståndshandläggaren utreder hjälpbehovet och beslutar om och i vilken omfattning kommunen ska bevilja insatser inom äldreomsorg. I utredningen ska biståndshandläggaren samla in nödvändig information och stödja den sökande i att precisera sina behov och önskemål. Därefter fattas beslut enligt både nationell lagstiftning och kommunens riktlinjer. Det finns ingen nationell riktlinje för hur den individuella biståndsbedömningen ska gå till eller hur en ansökan om bistånd ska vara utformad. På senare år har många kommuner börjat använda bedömningsverktyget IBIC (Individens behov i centrum) vid behovsbedömningen och 2019 hade runt 60 procent av kommunerna helt eller delvis använt IBIC vid utredningar för personer i ordinärt och i särskilt boende (Socialstyrelsen 2020e).

#### 4.1.4 Att få bistånd i Danmark

I Danmark har äldre som anser sig behöva hjälp rätt att ansöka om insatser hos socialtjänsten i kommunen där de bor. Kommunerna ska årligen utforma en kvalitetsstandard med information till sökande om vad som krävs för att tilldelas insatser, vilka insatser som kan förväntas och vad insatserna kan omfatta.

Ansökan om hemtjänst eller matservice görs normalt av den sökande genom kontakt med kommunen medan ansökan om heldygnsomsorg kan göras av den sökande, familjen, läkare eller sjukhuspersonal. Man kan också ansöka om plats på vård- och omsorgsboende i annan kommun. Beslutet om insatser bygger på en individuell biståndsbedömning. Utredaren ska först se över om vardagsrehabilitering kan stärka den sökandes funktionsförmåga,



vilket i så fall blir insatsen (Kürstein Kjellberg m.fl 2013). Rehabiliteringen sker i eget hem, eller på exempelvis ett kommunalt träningscenter eller dagcenter. Förloppet ska vara tidsbegränsat och målorienterat, och pågår i runt 8–12 veckor. Andra insatser bedöms individuellt och vid ansökan om boende undersöks alltid om kommunens övriga erbjudanden kan vara ett alternativ. Om man söker praktisk hjälp kan kommunen också se på hushållets samlade möjligheter att klara praktiska uppgifter (Ældre Sagen 2021a). Det är även lagstadgat att förebyggande hembesök ska erbjudas till personer som fyllt 75 år (70 år för ensamboende och 65 år för personer som löper särskild risk för social, psykisk eller fysisk funktionsnedsättning). Besöket ska förebygga att äldre mår socialt, psykiskt eller fysiskt dåligt genom att uppmärksamma om tjänster och aktiviteter och se till att bevara en bra funktionsnivå så länge som möjligt (Sundhedsstyrelsen 2020). År 2019 hade totalt 93 602 personer över 75 år haft förebyggande hembesök (Danmarks Statistik 2021d).

#### **4.1.5 Att få bistånd i Finland**

I Finland ansöker en äldre person som behöver hjälp om insatser i sin hemkommun. Även personal inom hälso- och sjukvården kan göra en anmälan, liksom anställda inom socialvården, räddningsväsendet eller polisen. Insatsernas omfattning ska bestämmas utifrån en behovsutredning med hjälp av tillförlitliga bedömningsinstrument. Beslut kan överklagas till den kommunala socialvården (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.f).

Service- och vårdbehov ska utredas utan dröjsmål. Äldreomsorgslagen specificerar allmänt hur man gör behovsutredningar, men hur utredningen ska göras i detalj är upp till kommunerna. Utredningen ska göras i samarbete med den sökande och eventuellt närstående eller en förordnad intressebevakare (vilket liknar god man) (15 § lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012)). Många kommuner använder bedömningsverktyget RAI (Resident Assessment Instrument) som kommer att bli obligatoriskt från 2023. RAI används också för att upprätta rehabiliterings- och serviceplaner och till forskning (THL 2020d). Med dessa data kan man utveckla vårdplaner, jämföra enheter och dimensionera personalen.

#### **4.1.6 Att få bistånd i Norge**

I Norge vänder man sig till kommunen eller kommunens webbplats för att få information om hur man ansöker om insatser. Alla som bor eller uppehåller sig

i en kommun har rätt att ansöka om nödvändiga hälso- och omsorgsinsatser där. En ansökan kan enbart göras av personen själv eller av någon som har fullmakt (Helsedirektoratet 2017b). Den som söker om insatserna måste då vara informerad och ha gett sitt samtycke. Man kan göra undantag från regeln om samtycke ifall den sökande inte bedöms vara medveten om sitt behov. Då behöver samtyckeskompetensen värderas, och ansökan bör göras genom den som fattat beslut om att personen eventuellt saknar samtyckeskompetens. I de flesta fall är detta personens läkare (Norsk Helseinformatikk 2020). Utredningen ska göras som en individuell prövning i samråd med den som är föremål för insatserna enligt patient- och brukarrättighetslagen. Utredningen ska inledas ”utan ogrundad väntetid” (11 a förvaltningsloven).

Det ska göras en konkret värdering av vilka upplysningar som behöver inhämtas men det finns inget formellt och nationellt verktyg för att utreda behoven. Det är vanligt att kommunerna erbjuder hjälp med utgångspunkt i en ”omsorgstrappa”, som specificerar insatser utifrån funktionsförmåga och var mottagaren befinner sig på ”trappan” (Helsedirektoratet 2016).

## 4.2 VÄNTETIDER TILL BOENDEN MED HELDYGNSOMSORG KAN VARA LÅNGA

När en person beviljas en insats från socialtjänsten är kommunen i samtliga länder utom Norge skyldig att verkställa den inom en viss tid. I Sverige och Finland ska insatsen verkställas inom 3 månader och i Danmark inom 2 månader. De genomsnittliga väntetiderna varierar mycket både mellan och inom de jämförda länderna.

Uppgifter om genomsnittliga väntetider är inte rakt av jämförbara eftersom systemen för väntelistor skiljer sig åt. I Danmark hamnar till exempel den som söker plats på ett specifikt boende inte på den allmänna listan som väntetiderna gäller utan på en lista för just det boendet, där väntetiden kan vara längre (Ældre Sagen 2021b). Det finns också osäkerhet i data. De svenska uppgifterna är baserade på ett utvecklingsnyckeltal, vilket innebär att de bör tolkas extra försiktigt (Kolada u.d.). Norska Helsedirektoratet påpekar att skillnader i registreringspraxis och beslutspraxis kan göra att väntetiderna underskattas för vissa kommuner, till exempel för att man registrerar en ansökan som avslagen om den sökande placeras på väntelista eller avvaktar med att godkänna ansökan innan insatsen finns tillgänglig (Helsedirektoratet 2021c).

När socialtjänsten i Sverige beviljar en insats gäller beslutet omedelbart och det ska verkställas direkt. Kommunerna är skyldiga att rapportera



alla beslut som inte verkställts inom tre månader till IVO (16 kap. 6 f § socialtjänstlagen). Över 90 procent av dem som fick vänta mer än tre månader på insatser i Sverige år 2019 väntade på särskilt boende (Socialstyrelsen 2021a). De vanligaste orsakerna till långa väntetider är brist på boenden (ungefär 50 procent) eller att den sökande tackar nej till kommunens erbjudande om insats, till exempel för att hen har önskemål om ett specifikt boende (ungefär 40 procent). Väntetiden från beviljad ansökan till erbjudande om inflyttning i särskilt boende var i genomsnitt 67 dagar 2019, men spridningen mellan kommunerna var 4–250 dagar (SKR 2020a).

I Danmark finns en omsorgsboendegaranti (plejeboliggaranti) som innebär att den som beviljats en plats på boende och inte kan få det direkt sätts på en väntelista och garanteras ett erbjudande inom två månader (Rostgaard m.fl i Nordens välfärdscenter 2015). Den genomsnittliga väntetiden till boende med heldygnsoomsorg var 27 dagar 2020 för personer som fått boendeplats genom den allmänna väntelistan, men spridningen mellan kommunerna var 0–105 dagar (Danmarks Statistik 2021e).

I Finland ska en äldre person få brådskande insatser utan dröjsmål, och andra insatser senast tre månader efter att beslutet har fattats (3 kap. 18 §). Enligt äldreomsorgslagen (26 §) ska kommunerna åtminstone en gång i halvåret offentliggöra uppgifter om väntetid till socialservice som man ansökt om. Kommunerna publicerar vanligtvis detta på sina hemsidor. Det saknas dock nationellt sammanställd statistik om väntetider till vård- och omsorgsboenden i Finland.

Sedan 2016 ska kommunerna i Norge enligt hälso- och omsorgstjänstlagen redovisa kommunala kriterier för tilldelning av platser vid institutioner samt föra väntelistor. Enligt 2018 års data från Kommunalt patient- och brukarregister fick mer än 90 procent av de sökande en plats 0–15 dagar efter att beslut tagits om långtidsvård på institution. Även i Norge är spridningen mellan kommunerna stor (Helsedirektoratet 2021c).

### 4.3 MOTTAGARNA AV ÄLDREOMSORG BETALAR EGENAVGIFTER

Det är som nämnts tidigare kommunernas ansvar att finansiera äldreomsorgen, men de har möjlighet att ta ut egenavgifter. Personer med äldreomsorg betalar egenavgifter i samtliga länder, men andelen egenavgifter är högre i Finland än i de övriga länderna. Upplägget på egenavgifterna skiljer sig åt både mellan länder, mellan kommuner och mellan insatser. I regel beror egenavgiften på personens inkomst. Nationell lagstiftning reglerar hur höga avgifterna får vara genom till exempel maxtaxor, förbehållsbelopp



och andra begränsningar. Personer som bor på vård- och omsorgsboenden räknas som hyrestagare och kan omfattas av lagstiftning om hyressättning och bostadsbidrag.

### 4.3.1 Finland har högst andel egenavgifter

Egenavgifterna varierar både mellan och inom länderna. Sett till de nationella genomsnitten kan vi se att andelen långtidsomsorg (både för äldre och för yngre personer med funktionsnedsättning) som finansieras genom egenavgifter är på en liknande nivå (5-8 procent) i Sverige, Danmark och Norge (European Commission 2019; Saunes m.fl 2020; NOSOSCO 2017b) medan andelen är högre i Finland, runt 17 procent (THL 2020b).

### 4.3.2 Egenavgifterna begränsas genom regleringar

Länderna har olika upplägg för egenavgifterna. I Norge är exempelvis personlig omsorg avgiftsfri och i Danmark hela hemtjänsten. I alla länder finns dock regleringar som begränsar hur höga avgifter kommunerna får ta ut. Sverige, Finland och Norge har till exempel en maxtaxa eller ett förbehållsbelopp för egenavgifterna. En maxtaxa innebär att det finns ett tak på "priset" som får tas ut för en tjänst, och det varierar med mottagarens inkomst, medan ett förbehållsbelopp innebär att hen ska vara garanterad att ha kvar en viss summa eller andel av sin inkomst efter att ha betalt egenavgifterna. Inget av länderna tillåter att kommunerna tar ut högre avgifter än vad insatserna kostar att producera.

I Sverige varierar egenavgifterna mellan kommuner och beror på den sökandes inkomst (Socialstyrelsen 2014a). För den som är gift beräknas avgiften utifrån hälften av parets sammanlagda inkomst (8 kap. 4 § socialtjänstlagen). Sedan 2002 finns en maxtaxa med ett avgiftstak för hemtjänst, särskilt boende, dagverksamhet och kommunal hälso- och sjukvård som sätts varje år (se 8 kap. 3-9 §§ socialtjänstlagen). Ett förbehållsbelopp finns också, vilket innebär att den som betalar egenavgift har rätt att behålla ett minimumbelopp för att täcka normala levnadsomkostnader. Socialstyrelsen fann 2014 att det var mycket få äldre som avstod från vård och omsorg av ekonomiska skäl, och att kommunerna hade olika sätt att hantera situationer när äldre hade svårt att betala avgifterna (Socialstyrelsen 2014a).

I Danmark betalar man för att bo på omsorgs- eller institutionsboende medan hemtjänsten är kostnadsfri för mottagaren (Rostgaard m.fl i



Nordens Välfärdscenter 2015). Utöver hemtjänst kan den äldre välja att köpa matleveranser, och det finns ett maxbelopp för matkostnader. Det finns däremot inget förbehållsbelopp.

I Finland fastställer varje kommun sina avgifter och det kan därför variera mycket mellan olika kommuner och serviceproducenter, framför allt avgifter för omsorgsboenden som i dag inte omfattas av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (klientavgiftslagen)<sup>3</sup>.

Egenavgifter för servicetjänster beror på individens inkomster (förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992)). Den som betalar egenavgift ska alltid ha kvar ett förbehållsbelopp för personliga utgifter, men detta belopp varierar mellan kommuner (7 c § klientavgiftslagen). Den som har svårt att betala avgifterna kan få bidrag. Vid användning av en servicesedel för privata leverantörer betalar insatsmottagaren mellanskillnaden om priset för tjänsten är högre än värdet av servicesedeln (NOSOSCO 2017a). Denna kostnad beror på utförarens pris och sätts inte utifrån personens inkomst, men värdet på servicesedeln kan ta hänsyn till inkomst (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.e).

I juli 2021 trädde en revidering av klientavgiftslagen i kraft som innebär att egenavgifterna för bland annat hemtjänst och boende med heldygnsomsorg blir mer enhetliga mellan och inom kommuner. Den reviderade lagen omfattar även egenavgifter för omsorgsboende, och reglerar förbehållsbelopp för personer som bor på boenden med heldygnsomsorg. Lagen betonar också att kommunerna hellre ska sänka eller efterskänka egenavgifter till personer som har svårt att betala avgifterna, i stället för att ge dem bidrag (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.d)

Norge har avgiftsfri personlig omsorg för grundläggande behov (2 kap. 8 § forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester). Kommunerna fastställer själva en egenavgift för boende i heldygnsomsorgen och praktisk hjälp i eget hem (3, 8 och 9§§). I Norge finns en maxtaxa för egenavgifter som beräknas utifrån hushållets samlade inkomst (10 §). Kostnaderna för boende på institution får inte överstiga 75 procent av basbeloppet i det norska socialförsäkringssystemet (folketrygden) minus ett fribelopp. Boende ska alltid ha minst 25 procent av folketrygdens grundbelopp kvar (1 kap. § 3 forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester; Martens 2014).

---

<sup>3</sup> Teija Hammar, specialist och Pia Pulkkinen, expert vid Institutet för hälsa och välfärd, kommunikation 15 april 2021.

### 4.3.3 De som bor på vård- och omsorgsboenden betalar oftast hyra och kan få bostadsbidrag

Egenbetalningen skiljer sig åt mellan institutionsboenden och övriga vård- och omsorgsboenden. De som bor på vård- och omsorgsboenden som inte är institutionsboenden är hyrestagare som betalar hyra. Utöver hyran betalar de för omsorg och andra insatser, antingen i paket eller separat för olika insatser. För äldre med låga inkomster finns stöd genom till exempel bostadsbidrag.

Personer som bor på institutionsboenden har en annan rättslig ställning och är inte hyresgäster. I stället för att betala hyra och avgifter för olika insatser betalar de i allmänhet en egenavgift som täcker både boende, omsorg, vård och eventuella andra insatser. I Finland regleras till exempel avgifterna för institutionsvård i lag och grundar sig på de boendes inkomst.

## 4.4 MAN KAN VÄLJA UTFÖRARE I ALLA LÄNDERNA, MEN DET ÄR VANLIGAST I DANMARK

I alla länderna förekommer system där äldre som fått en godkänd biståndsansökan kan välja mellan olika utförare, framför allt inom hemtjänst. Valfrihetssystem är vanligast i Danmark (där de är obligatoriska), följt av Sverige, medan de förekommer i betydligt mindre utsträckning i Norge. Finland har inget formellt valfrihetssystem, men användandet av servicesedlar innebär att den som mottar insatser kan påverka valet av utförare på ett sätt som liknar modellerna i grannländerna.

Valfrihetssystemen ser något olika ut och användandet varierar ofta inom länderna. I Norge och i en del danska kommuner väljer de som beviljats insatser mellan kommunala utförare och privata utförare som har avtal med kommunen. I dessa modeller bestäms utförarnas ersättning genom upphandling eller förhandlingar och kan variera mellan utförare. I andra danska kommuner, och i de svenska kommuner som infört valfrihetsmodeller enligt LOV, räcker det med att privata utförare ansökt om att vara med i systemet och uppfyller kommunens krav för att ingå.

I Sverige kan kommuner erbjuda val av utförare när det gäller hemtjänst och särskilda boenden genom att tillämpa LOV. Privata utförare som ansöker om att vara med i valfrihetssystemet måste uppfylla krav som kommunen själv formulerar (Siversind & Saglie 2017). År 2020 hade drygt hälften av de svenska kommunerna, 160 stycken, valfrihetsmodeller enligt LOV för hemtjänst och 22 hade valfrihetsmodeller för särskilda boenden (SKR 2021a). Det förekommer även att kommuner upphandlar privata utförare enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), och sedan låter mottagarna



av äldreomsorg välja mellan privata och offentliga utförare (SKR 2021a). Kommuner som har valfrihetssystem inom hemtjänst kan ha valfrihetssystem för enbart servicetjänster, för servicetjänster samt personlig omvårdnad eller för all hemtjänst inklusive hemsjukvård.

Danmark framstår som det land där man gått längst med valfrihetsreformer. Varje kommun bestämmer själv om modell men måste enligt lagen erbjuda val mellan minst två leverantörer av hemtjänst. Kommunen kan ingå kontrakt med två eller flera leverantörer (varav en kan vara kommunen själv) som hemtjänstmottagarna väljer mellan, eller så kan hemtjänstmottagarna erbjudas ett "fritvalgsbevis" och välja mellan de kommunala och privata utförare som anmält sig<sup>4</sup>.

De flesta privata utförare inom boenden har avtal med kommunerna och ingår i kommunernas bostadsbestånd (Thøgersen 2013). Sedan 2007 har dock privata aktörer också möjlighet att etablera så kallade "fripoleboliger" i konkurrens med kommunerna. Om en person väljer ett av dessa boenden måste kommunen teckna avtal med utföraren (Sivesind & Saglie 2017). Utföraren måste vara certifierad av Sundhetsstyrelsen men behöver inte godkännas av kommunen. Eftersom fripoleboliger inte ingår i kommunernas eget bestånd har de möjlighet att neka den sökande en plats (Sivesind & Saglie 2017). Förekomsten av fripoleboliger varierar i landet och har varit högst i huvudstadsområdet (Thøgersen 2013). Informationstjänsten Plejehjemsoversikten finns sedan 2018 för att underlätta det fria valet och skapa jämlikhet i konkurrens mellan privata och offentliga leverantörer.

I Finland är utgångspunkten att omsorg utförs av kommunen eller av en privat aktör som kommunen upphandlat till, och att kommunen hänvisar personer som beviljats äldreomsorg till en utförare. Om kommunen erbjuder servicesedel kan den äldre välja att i stället själva köpa sin omsorg från en valfri privat utförare som är godkänd av kommunen. Kommunen betalar då enligt servicesedeln, och om priset på tjänsten är högre än sedelns värde betalar den äldre själv mellanskillnaden. Detta skiljer sig från de valfrihetssystem som övriga nordiska länder har, där den som mottar äldreomsorg betalar lika mycket oavsett utförare. Kommunerna beslutar om modell och därför har servicesedelsystemen olika utformning (Karsio & Anttinen 2013). År 2018 erbjöd 60 procent av kommunerna servicesedlar för sociala insatser, dit äldreomsorg räknas, men användningen är volymmässigt relativt liten och mottagarna av äldreomsorg kan i praktiken välja utförare

---

<sup>4</sup> Karsten Vrangbæk, professor Köpenhamns universitet, kommunikation 5 april 2021.

mer sällan än i Sverige<sup>5</sup> (Brandt 2019; Kommunförbundet 2018). Mest används servicesedlarna inom hemtjänst (Kommunförbundet 2018).

I Norge är det frivilligt för kommuner att införa valfrihetssystem. I dag har 21 av landets 356 kommuner (cirka 6 procent) valfrihetssystem för hemtjänst, och ett fåtal har det även för boenden. Valfrihetssystem är dock vanligast i stora kommuner, så andelen äldre som kan välja mellan utförare är troligen högre än andelen kommuner som infört sådana system (Velferdstjenesteutvalget 2020). Valet omfattar kommunala verksamheter och privata utförare som ingått avtal med kommunen och pengarna följer användaren. Upplägget varierar dock eftersom kommunen själv väljer modell (Sivesind & Saglie 2017).

---

<sup>5</sup> Teija Hammar, specialist och Pia Pulkkinen, expert vid Institutet för hälsa och välfärd, kommunikation 26 april 2021.











## Äldreomsorgens täckningsgrad och tjänsternas omfattning

I detta kapitel undersöker vi äldreomsorgens täckningsgrad och till viss del även insatsernas omfattning i länderna, samt utvecklingen under de senaste 10 åren. Vi fokuserar särskilt på hemtjänst och vård- och omsorgsboenden, som står för den största delen av kostnaderna för äldreomsorgen i jämförelseländerna.

Kapitlet inleds med en översiktlig jämförelse av äldreomsorgens totala täckningsgrad mellan länderna. Vi fortsätter med att gå igenom utbudet av biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden, både med och utan heldygnssomsorg, samt en kort genomgång av korttidsboenden för tillfälliga vård- och omsorgsbehov. Därefter jämför vi ländernas hemtjänst med fokus på andelen mottagare och vad som ingår. Vi går även kortfattat igenom omsorg som utförs formellt av anhöriga. Vi jämför till sist hur täckningsgraden för vård- och omsorgsboenden samt hemtjänst varierar ut inom länderna och hur den ser ut i ländernas kommuner.

### 5.1 DANMARK HAR HÖGST TOTAL TÄCKNINGSGRAD FÖR ÄLDREOMSORGENS INSATSER

Hemtjänst och boende med heldygnssomsorg är de största insatserna inom äldreomsorgen, men kommunerna tillhandahåller även andra insatser på olika nivåer av behovstrappan såsom stöd till anhöriga, trygghetslarm, dagverksamhet, måltidsdistribution och korttidsboende. I det här avsnittet



jämför vi den totala täckningsgraden inom äldreomsorgen, och uppskattar andelen 65 år och äldre och andelen 80 år och äldre som har någon insats inom äldreomsorgen i de nordiska länderna.

Detta sätt att uppskatta äldreomsorgens täckningsgrad ger inte hela bilden, eftersom den inte säger något om hur omfattande insatserna är. Många kan ha mindre omfattande insatser, exempelvis ett trygghetslarm eller praktisk hjälp inom hemtjänsten någon timme i veckan. På den andra änden av skalan finns vård- och omsorgsboenden med vård- och omsorg dygnet runt. Insatsernas omfattning är svårare att jämföra än täckningsgraden eftersom vi saknar jämförbar information om insatsernas omfattning i länderna, exempelvis timmar per mottagare. Jämförelsen i detta avsnitt ska därför endast ses som en översikt över täckningsgraden (andelen mottagare), och inte en djupare analys över hur länderna täcker behovet hos den äldre befolkningen.

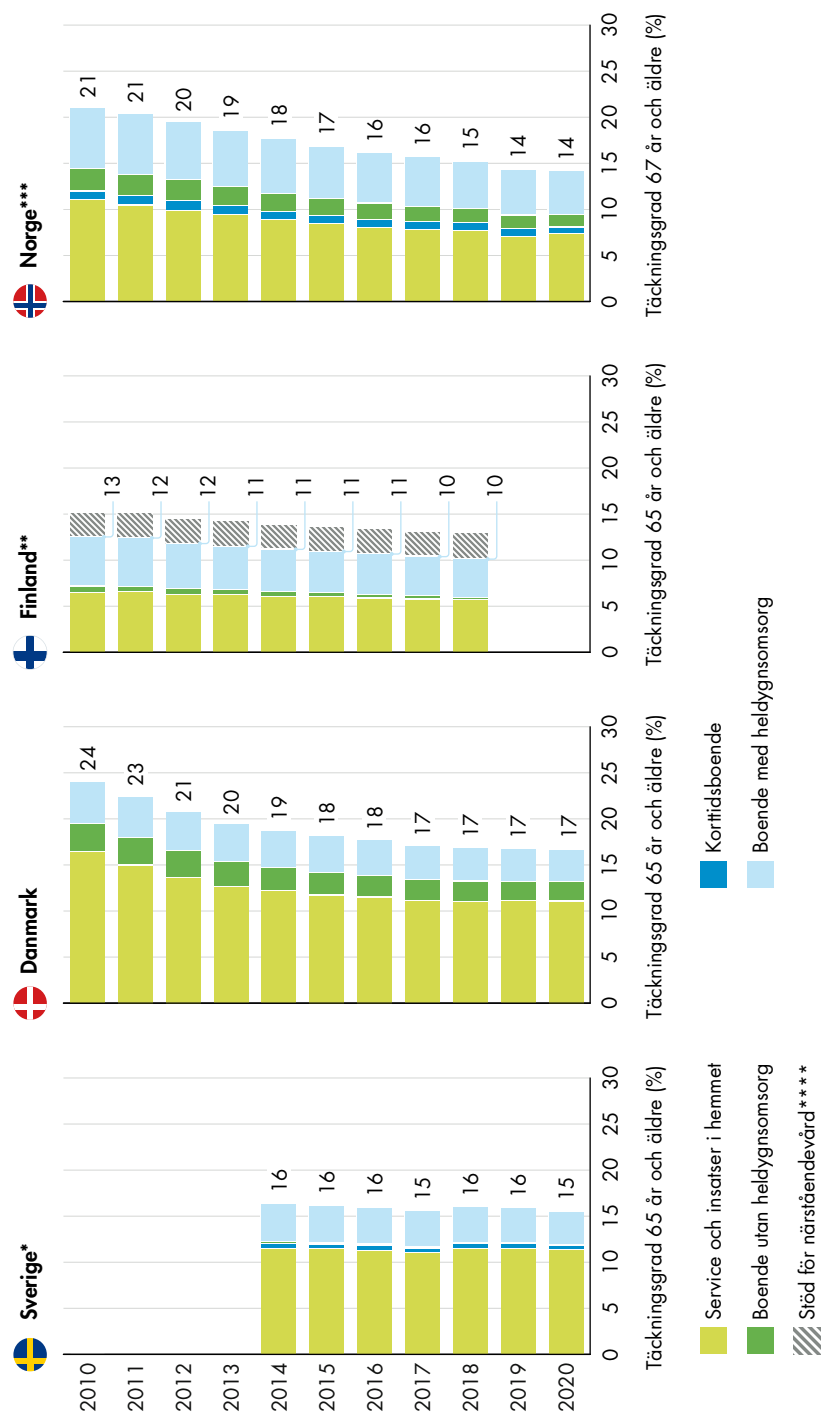
I figur 11 har vi uppskattat äldreomsorgens totala täckningsgrad i de nordiska länderna för dem som är 65 år och äldre och i figur 12 för dem som är 80 år och äldre. Vi har delat upp insatserna i

- vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg
- vård- och omsorgsboenden utan heldygnsomsorg
- korttidsboenden (där det är möjligt)
- service och insatser i hemmet.

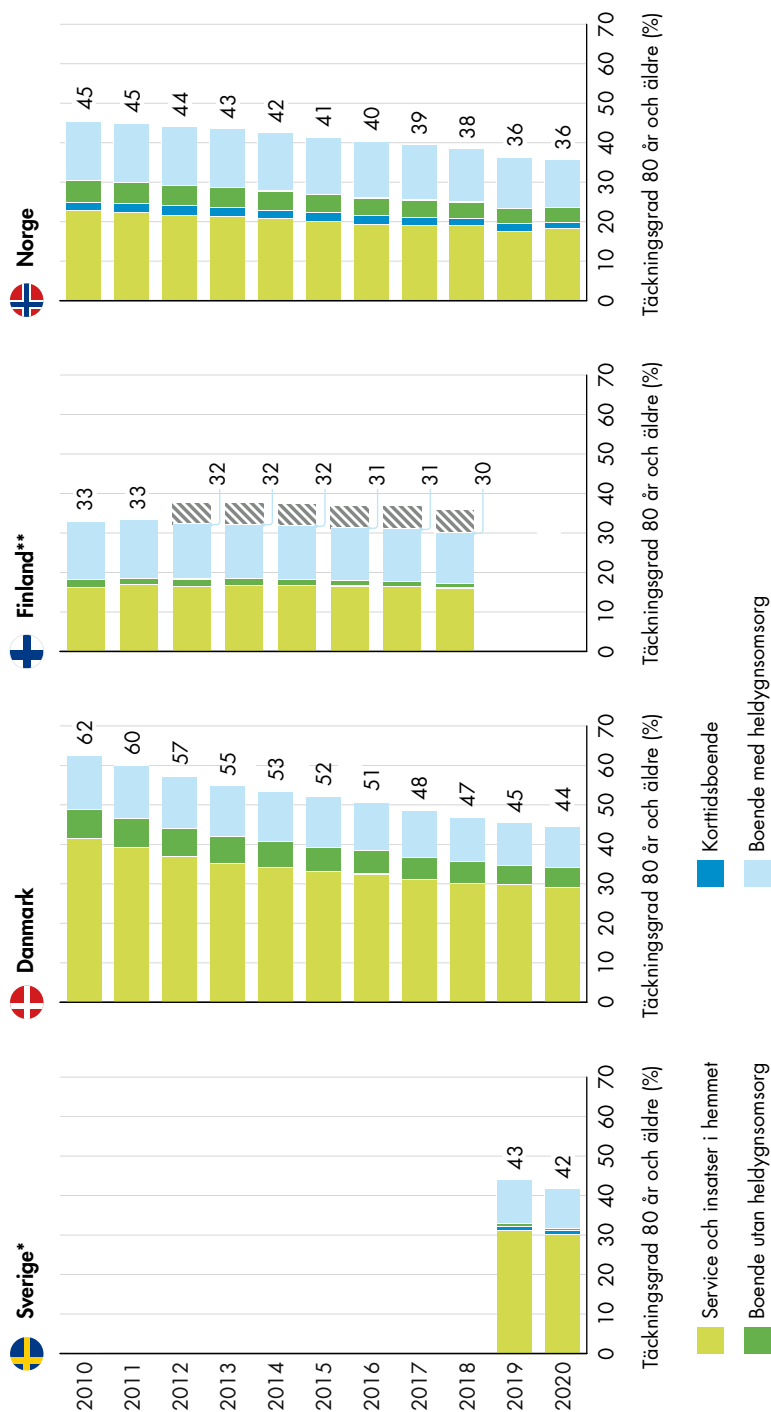
Service och insatser i hemmet innehåller insatser som hemtjänst, dagverksamhet, trygghetslarm, måltidsdistribution och anhörigstöd. Ofta kan mottagare ha flera av dessa insatser samtidigt, och vi har därför använt oss av det totala antalet mottagare för att inte räkna mottagare två gånger. För Finland kan vi dock inte utesluta mottagare som har både insatsen stöd för närståendevård och hemtjänst. För Finland har vi därför uppskattat andelen insatser i hemmet både med och utan närståendevård.

Enligt den statistik vi har använt (se bilaga 1) hade ungefär 15 procent av befolkningen 65 år och äldre någon insats inom äldreomsorgen i Sverige 2020. Motsvarande andel för Danmark var 17 procent, Finland drygt 10 procent (2018) och Norge 14 procent (se figur 11). Bland befolkningen 80 år och äldre hade 42 procent någon insats inom äldreomsorgen i Sverige. Motsvarande andelar var 44 procent för Danmark, samt drygt 30 procent för Finland (2018) och 36 procent för Norge (se figur 12).

**Figur 11.** Äldreomsorgens totala täckningsgrad i länderna för personer 65 år och äldre 2010–2020.



**Figur 12.** Äldreomsorgens totala täckningsgrad i länderna för personer 80 år och äldre 2010–2020.



Not. För Sverige och Norge har vi uppskattat andelen i hetsyngsomsorg samt i boenden utan hetsyngsomsorg (se bilaga 1). \*För Sverige saknade vi vid publicering uppgifter för 2010-2013 för personer över 65 samt 2010-2018 för personer över 80. \*\*Vi har inte alla data från 2018 och framåt. Stöd för närstående vård saknas för 2010-2011 i åldersgruppen 80 år och äldre. \*\*\*Stöd för närstående vård använder den kumulativa andelen mottagare under ett år, och kan därför vara överskattad. Mottagarna av insatsen kan även vara mottagare av hemtjänst och därför räknas "dubbel".

Källor: Socialstyrelsen (2020a och 2021 d) och SCB (2021b), Danmarks Statistik (2021 a, b och f), Statistisk sentralbyrå (2021 a, b och g) och Solfkanet.fi (2021 c).

I både Danmark och Norge har täckningsgraden minskat för bägge åldersgrupperna sedan 2010. Vi ser inga tecken på att det minskade antalet platser i boenden har ersatts med tjänster i hemmet, utan täckningsgraden har tvärtom minskat totalt sett för både hemtjänstinsatser och platser på boenden. I Sverige och Finland syns inte samma tydliga minskning totalt sett. Vi har dock inte haft möjlighet att jämföra förändringen i täckningsgrad för alla år i Sverige, utan först från 2016 för dem som är 65 år och äldre och från 2019 för dem som är 80 år och äldre.

### 5.1.1 Vad som utmärker länderna när det gäller insatser

Danmark har högst täckningsgrad för äldreomsorgen totalt, främst för att man har jämförelsevis mycket hemtjänst och vård- och omsorgsboenden utan heldygnsoomsorg. Efter Danmark kommer Sverige, även detta på grund av en hög andel mottagare av insatser i hemmet, men till skillnad från Danmark så räknas även mottagare med insatser som exempelvis trygghetslarm och matdistribution. Norge har näst lägst täckningsgrad, men har en hög täckningsgrad för vård- och omsorgsboenden, både med och utan heldygnsoomsorg. Norges satsning på de dyrare sjukhemmen med stor medicinsk kompetens ger mindre pengar över för tjänster i hemmet (Daatland & Otnes 2015). Finland har lägst total täckningsgrad bland de jämförda länderna, och Finlands andelar innehåller också en viss del hemsjukvårdsinsatser.

I Sverige är det jämförelsevis få som bor i vård- och omsorgsboenden, men en hög andel mottagare har insatser i hemmet. Den mindre andelen i vård- och omsorgsboenden beror främst på att Sverige har jämförelsevis få biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden utan heldygnsoomsorg. Andelen personer i vård- och omsorgsboenden utan heldygnsoomsorg har uppskattats till 5 procent för alla år (se bilaga 1). I Sverige har vi information om totalt antal brukare, och kan därför säga något om hur stor andel som har insatser i hemmet utöver hemtjänst. 60 procent av kategorin service och insatser i hemmet består av mottagare med hemtjänstinsatser, men dessa kan även ha andra insatser i form av exempelvis trygghetslarm, en insats som 28 procent av dem över 80 år i Sverige har (Socialstyrelsen 2021d). 40 procent av mottagarna har en eller flera övriga insatser, som inkluderar bland annat trygghetslarm, dagverksamhet, matdistribution, ledsagning och övriga insatser.

Danmark har högst andel hemtjänstmottagare av de fyra länderna. Danmark har även en stor andel som bor i vård- och omsorgsboenden utan heldygnsoomsorg. Där har de boende ofta hemtjänstinsatser, men de



hemtjänstinsatserna är inte medräknade här (se bilaga 1). I Danmark består kategorin service och insatser i hemmet endast av hemtjänst, eftersom vi saknar statistik om totalt antal tjänstemottagare, exempelvis hur många som har enbart trygghetslarm eller matdistribution i åldersgrupperna.

Finland har lägst total täckningsgrad för äldreomsorgen bland länderna. Kategorin service och insatser i hemmet består i Finland av hemvård, som inkluderar både hemtjänst och hemsjukvård. I de övriga länderna finns hemsjukvård inte medräknat inom äldreomsorgens insatser, vilket innebär att den totala täckningsgraden kan vara något lägre än den vi redovisar. Insatsen stöd för närståendevård skiljer ut Finland från de övriga länderna, där denna insats är ovanlig. Personer med stöd för närståendevård kan också ha hemtjänstinsatser, vilket är anledningen till att den totala täckningsgraden är något osäker (personer med både hemtjänst och stöd för närståendevård räknas två gånger).

Norge utmärker sig med en hög täckningsgrad för boenden med heldygnsomsorg, men en mindre täckningsgrad för insatser i hemmet jämfört med Sverige och Danmark. I Norge består kategorin service och insatser i hemmet utöver hemtjänst av exempelvis matdistribution, trygghetslarm och dagaktiviteter såsom avlastning i institution. Dessa tjänster är vanliga i Norge, 4 procent av mottagarna 80 år och äldre har insatsen ”dagaktivitetstilbud” och 24 procent har trygghetslarm (Svetsisk sentralbyrå 2021a).

## 5.2 GEMENSAMT FÖR LÄNDERNA ÄR INRIKTNINGEN MOT BOENDEN I EN HEMLIK MILJÖ

I alla länderna har äldre möjlighet att flytta till ett vård- och omsorgsboende om de inte längre kan klara vardagen och ha ett fungerande liv med hjälp av anhöriga eller kommunal vård, omsorg eller service i hemmet. När äldre flyttar till boenden är målet i de jämförda länderna att miljön ska vara så hemlik som möjligt. I de nordiska länderna bor 4–6 procent av dem som är 65 och äldre och 10–16 procent av dem som är 80 år och äldre i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden, med eller utan heldygnsomsorg. Det är därmed en totalt sett liten andel av de äldre som bor i sådana boenden, och de flesta bor kvar i sitt eget hem.

I detta kapitel beskriver vi enbart biståndsbedömda boenden. I alla länderna finns även mer eller mindre utbredda privata alternativ såsom seniorboenden, men de finns inte med i vår granskning. Vi gör en övergripande analys av boendena i de nordiska länderna, och de skiljer sig åt på framför allt två sätt. För det första kan de skilja sig åt administrationsmässigt

genom att antingen fungera som institutionsboende eller som ett boende där de boende har juridisk status som hyresgäst. För det andra kan bemanningen variera: vissa boenden har bemanning dygnet runt, det vill säga heldygnssomsorg, medan andra har bemanning endast under delar av dygnet eller är obemannade. Då är det i stället ofta hemtjänst som utför omsorg och service. Vår genomgång visar att det finns många olika benämningar på omsorgsboenden men att de över lag liknar varandra.

### 5.2.1 Norge avviker med en hög andel boende på institutioner

Sverige har helt fasat ut institutionsvården av äldre. Danmark har endast en liten andel kvar, och Finlands institutionsboenden har minskat dramatiskt under de senaste tio åren. I Norge är däremot institution den vanligaste typen av boende.

Danmark och Sverige genomförde reformer för att avveckla institutionsboenden under sent 1980-tal respektive tidigt 1990-tal. I Danmark gjorde man det genom en ny lag, eldrehjemloven 1987, som stoppade byggandet av vårdboenden (plejehjem) som är reglerade som institutioner. Sverige avvecklade sin institutionsomsorg under Ädelreformen 1992. I dag är institutionsboendena helt avvecklade i Sverige och i princip helt försvunna i Danmark. Även Finland har haft en snabb avveckling av institutionsboenden och övergång till omsorgsboenden under de senaste åren. En liknande utveckling var på gång även i Norge under 1990-talet då det gjordes stora statliga satsningar på vård- och omsorgsboenden med heldygnssomsorg, men det skapade stora kontroverser och institutionerna blev kvar, framför allt inom äldreomsorgen. En ytterligare anledning kan vara att ekonomin tillät Norge att ha kvar institutionsplatserna (Daatland & Otnes 2015). Även i Norge har dock antalet institutionsplatser minskat något under de senaste åren, medan platserna på andra vård- och omsorgsboenden har ökat (Helsedirektoratet 2019b). På norska institutionsboenden har de boende inte samma juridiska status som en hyresgäst, en annan skillnad är att institutionsboenden ofta erbjuder en större medicinsk insats och ibland mindre egen boendeyta.

### 5.2.2 Norge och Danmark har fler vård- och omsorgsboenden utan heldygnssomsorg än Sverige och Finland

Även om länderna gått olika vägar när det gäller att avveckla institutionsomsorgen fyller de olika boendena liknande funktioner och målet är en hemlik miljö. Däremot varierar förekomsten av boenden som har heldygnssomsorg



samt boenden utan personal eller med personal under delar av dygnet. I de sistnämnda har de boende ofta hemtjänstinsatser. I Danmark bor nästan 40 procent av personer 65 år och äldre som har boende som insats i vård- och omsorgsboenden utan heldygnsoomsorg, liksom 30 procent av dem som är 80 år eller äldre. I Norge uppskattar vi att 20–30 procent bor i boenden utan heldygnsoomsorg, med personal under delar av dygnet eller med hemtjänstinsatser. I Finland är motsvarande andel 8 procent och i Sverige har vi uppskattat den till 5 procent men kan inte dela upp de boende i åldersgrupper.

### *I Sverige används särskilt boende som ett samlingsnamn för alla boenden*

I Sverige används beteckningen särskilt boende för alla vård- och omsorgsboenden. Begreppet är inte reglerat utan används för de boenden som före Ädelreformen exempelvis kallades ålderdomshem, sjukhem, gruppboenden och servicehus. Det är upp till kommunerna att anordna de boendeformer som passar bäst enligt lokala förhållanden (SOU 2017:21).

I Sverige är det vanligast med boenden med heldygnsoomsorg, som ofta benämns vård- och omsorgsboenden eller gruppboendestäder för dementa. De boende hyr oftast lägenheterna och betalar hyra, omvårdnadsavgift och avgift för måltider. De flesta lägenheter är 30–40 kvm stora med hall och badrum (SKR 2020c) och ligger runt gemensamma utrymmen för mat och aktiviteter. Det finns också en liten andel bostäder som benämns servicehus. Personerna som bor där har beslut om särskilt boende, men kan också få insatser från hemtjänsten.

I Sverige infördes även biståndsbedömda trygghetsbostäder som insats 2019. Insatsen är tänkt för äldre som behöver extra stöd men inte vård och omsorg dygnet runt (prop. 2017/18:273). Biståndsbedömda trygghetsbostäder redovisas tillsammans med uppgifter om särskilda boenden och finns inte särredovisade i Socialstyrelsens enhetsundersökning (Socialstyrelsen 2021a), och ingår därför inte i vår genomgång. Enligt boverkets bostadsmarknadsenkät 2021 var det 24 kommuner av 290 (8 procent) som hade infört boendeformen (Boverket 2021).

Tabell 2 visar en översikt över vård- och omsorgsboenden i Sverige med och utan heldygnsoomsorg.



**Tabell 2.** Boende i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden 65 år och äldre i Sverige oktober 2020.

	Antal boende	Andel som bor i boendeformen (%)	Heldygnsomsorg	Personal del av dygnet eller hemtjänst
Vård- och omsorgsboenden	74 881	95	x	
Servicehus	3 941*	5		x

\* Egen beräkning från Socialstyrelsen (2019c), beskrivet i bilaga 1.

Källa: Socialstyrelsen (2021d).

### *I Danmark finns två övergripande typer av vård- och omsorgsboenden*

I Danmark finns två huvudformer av biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden: dels vårdboenden, som är vård- och omsorgsboenden för äldre med stora vårdbehov liknande de svenska vård- och omsorgsboendena, och dels vanliga äldreboenden, som är till för äldre som klarar sig utan hjälp dygnet runt. Det finns också en liten andel institutionsplatser, som är på väg att fasas ut.

Beroende på åldersgrupp räknas runt 55–60 procent av de danska boendena som vårdboenden (Danmarks Statistik 2021b), där de boende är hyrestagare med egna hyreskontrakt. I denna kategori ingår också så kallade friplejeboliger, som drivs privat under en annan lagreglering.

32–37 procent av de boende (beroende på om vi använder åldersgruppen 65 år och äldre eller 80 år och äldre) bor i vanliga äldreboenden (Danmarks Statistik 2021b). De är speciellt inredda för äldre som har nedsatt fysisk eller psykisk funktionsförmåga, men som klarar sig utan personal och hjälp dygnet runt. De boende har precis som i de svenska serviceboendena oftast beslut om andra insatser, till exempel hemtjänst. Bland de yngre tjänstemottagarna är det något vanligare att bo i ett vårdboende jämfört med ett vanligt äldreboende.

Det finns även kvar en liten andel institutionsboenden kvar (vårdhem och skyddade bostäder), runt 5 procent av alla boenden (Danmarks Statistik 2021b). Dessa boenden slutade uppföras 1988 och fasas nu ut (Ældre Sagen 2014). De skiljer sig administrationsmässigt från de nyare boendeformerna på flera områden. De boende är inte hyrestagare, men det har införts bestämmelser (genom lejerettighedsbekendtgørelsen) för att de ska ha flera av de rättigheter som gäller för hyrestagarna i modernare omsorgsboenden.



Institutionsboenden har vanligtvis lite mindre yta till varje person, med bara ett rum, jämfört med vårdboenden. Personer som bor på boenden ska dock få samma vård och omsorg oavsett typ av boende, och alla har gemensamma lokaler (Sundheds- og Ældreministeriet 2017).

Tabell 3 visar en översikt över vård- och omsorgsboenden i Danmark med och utan heldygnsoomsorg.

**Tabell 3.** Boende i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden 65 år och äldre i Danmark april 2020.

	Antal boende	Andel som bor i boendeformen (%)	Heldygnsoomsorg	Institution	Personal del av dygnet eller hemtjänst
Vårdboenden (plejeboliger och friplejeboliger)	37 500	57	x		
Vårdhem (plejehjem)	2 850	4	x	x	
Skyddade bostäder (beskyttede boliger)	344	1	x	x	
Vanliga äldreboenden (almene ældreboliger)	24 492	38			x

Källa: Danmarks Statistik (2021b).

### *I Finland är serviceboenden med heldygnsoomsorg vanligast av de biståndsbedömda vård- och omsorgsboendena*

I Finland är den vanligaste boendeformen för äldre som bor i biståndsbedömda boenden serviceboenden med heldygnsoomsorg. Det finns också serviceboenden utan heldygnsoomsorg för dem som inte behöver vård och omsorg dygnet runt, där de boende även kan ha hemtjänstinsatser som i svenska servicehus. Det finns även en liten andel institutionsplatser, främst på ålderdomshem, och en mycket liten andel på långvårdsplatser på hälsovårdscentraler.

Serviceboende med heldygnsoomsorg utgör över 80 procent av platserna i biståndsbedömda boenden med och utan heldygnsoomsorg i Finland. Serviceboenden med heldygnsoomsorg kan ordnas i vanliga bostäder, i ett servicehus, i en servicebostadsgrupp eller i någon annan form. De boende betalar hyra för boendet och väljer själv vilka insatser de behöver. Insatserna betalas separat (Konkurrens- och konsumentverket 2015). Insatserna kan omfatta både vård- och omsorgsinsatser, måltidsservice, insatser för trygghet och säkerhet och hjälp med personlig hygien och städning.

Serviceboenden finns även utan heldygnsomsorg (runt 8 procent av de biståndsbedömda platserna), där de boende får omsorg efter behov men inte dygnet runt (THL 2020c) för dem som inte har ett lika intensivt vård- och omsorgsbehov. Utöver serviceboenden är knappt 10 procent av platserna på vård- och omsorgsboenden i Finland institutionsboenden i form av ålderdomshem och långvårdsplatser på hälsovårdscentraler. Långvarig institutionsvård ska enligt lag enbart ges som insats om det finns skäl som är medicinsk motiverade eller som anknyter till brukar- eller patientsäkerheten (14 a § äldreomsorgslagen).

Tabell 4 visar en översikt över hur många som har respektive boendeform som insats i Finland. Precis som i Sverige kan de olika boendeformerna drivas tillsammans i samma enhet.

**Tabell 4.** Boende i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden 65 år och äldre i Finland december 2019.

	Antal boende	Andel som bor i boendeformen (%)	Heldygnsomsorg	Institution	Personal del av dygnet eller hemtjänst
Serviceboende med heldygnsomsorg	43 828	82	x		
Vanligt serviceboende	4 087	8			x
Ålderdomshem	4 338	8	x	x	
Långvårdsplatser	821	2	x	x	

Källa: Sotkanet.fi (2021d).

### *I Norge bor de flesta äldre med boendeinsatser på institutionsboenden*

I Norge är den vanligaste boendeformen för äldre sjukhem, som är en form av institutionsboende. Äldre kan även bo i ett omsorgsboende (omsorgsbustad), med varierande nivå på bemanning.

Ungefär 60 procent av de äldre med biståndsbedömt boende bor på sjukhem. De är mer medikaliserade än andra boenden och har behandlingsansvar för de boende. Sjukhemmen ansvarar också för medicinsk rehabilitering, avlastning, permanent boende, skyddat boende för personer med åldersdemens samt palliativ vård. Sjukhemmen skiljer sig annars inte mycket från andra boenden i de nordiska grannländerna; de boende har oftast egna rum precis som i andra



former av boenden (Daatland & Otnes 2015). Rummen ska som regel vara till för en person, eller två för gifta par, och det är lagstadgat att rummen ska ha egen toalett, och de boende ska kunna ta med sig egna möbler (enligt forskrift för sykehjem och boform för heldøgns omsorg og pleie).

Kommunerna disponerar även omsorgsboenden med heldygnsomsorg, där det inte ställs samma krav på bemanning av vårdpersonal som i sjukhem (Abrahamsen m.fl. 2016). Omkring 40 procent av omsorgsboendena ger heldygnsomsorg medan övriga har lägre eller ingen bemanning (Melby m.fl.2019). I Norge bor uppskattningsvis 1–2 procent av dem som är 65 år och äldre och 4–5 procent av dem som är 80 år och äldre i vård- och omsorgsboenden som inte har personal dygnet runt. Boendet kan vara ägt av kommunen, organiserat som en bostadsrättsförening eller vara ett boendekollektiv med de boende själva som ägare (Helsenorge 2019).

Tabell 5 visar en översikt över vård- och omsorgsboenden i Norge med och utan heldygnsomsorg. Observera att tabellen visar boende över 67.

**Tabell 5.** Boende i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden 67 år och äldre i Norge december 2020.

	Antal boende	Andel som bor i boendeformen (%)	Heldygnsomsorg	Institution	Personal del av dygnet eller hemtjänst
Sjukhem (sykehjem)	29 681	57	x	x	
Omsorgsboenden (Bustad som kommunen disponerer for helse- og omsorgsføremål/ Omsorgsbustad)	22 269	43	x		x

Källa: Statistisk sentralbyrå (2021a).

### 5.3 PLATSER PÅ VÅRD- OCH OMSORGSBOENDEN ÄR FÖR DE SKÖRASTE ÄLDRE I ALLA LÄNDER

Utvecklingen i alla länderna går mot att vård och omsorg ska ges i hemmet så länge som möjligt, och antalet platser på vård- och omsorgsboenden har minskat under de senaste åren. Då antalet äldre ökat i alla länderna innebär platsminskningen också att det har blivit svårare att få en plats på ett boende. De personer som får plats är ofta multisyuka och botiderna har blivit kortare.

Flera källor anger att personer som får äldreomsorg i form av vård- och omsorgsboende eller hemtjänst har större omsorgsbehov än tidigare (Szebehely och Meagher 2013; SOU 2020:80; Rostgaard & Matthiessen

2019). Det stöds av att andelen äldre ökar i länderna samtidigt som utbudet av äldreomsorg minskar. Studier från Sverige, Danmark och Finland tyder på att det troligen finns äldre med otillfredsställda behov till följd av hårdare behovsbedömningar (Socialstyrelsen 2011; IVO 2015; IVO 2017; Rissanen 2019; Kröger m.fl. 2019; Rostgaard & Matthiessen 2019). Exempelvis finner Rostgaard och Matthiessen (2019) att en större andel äldre som har svårt att utföra vardagssysslor får hjälp av anhöriga i stället för hemtjänst 2007 än 2017, men också att det finns en ökande andel som inte har någon hjälp alls.

### **5.3.1 Det är svårt att jämföra omsorgsbehov hos dem som bor i vård- och omsorgsboenden mellan länderna**

Det är svårt att jämföra omsorgsbehovet hos de boende i de olika länderna, eftersom det saknas direkt jämförbara data över brukares omsorgsbehov.

Några möjliga indikatorer för omsorgsbehovet hos personer i boenden med heldygnsomsorg är den genomsnittliga ålder då man flyttar till boendet och hur lång tid man bor där. I Sverige och Norge är 86 år den genomsnittliga inflyttningsåldern till ett vård- och omsorgsboende, och boendetiden är omkring två år (Szebehely 2020; Helsedirektoratet 2017a). Den svenska statistiken inkluderar dock alla typer av vård- och omsorgsboenden, medan den norska enbart inkluderar sjukhem. I Danmark och framför allt i Finland är genomsnittsåldern något lägre när man flyttar till boende med heldygnsomsorg, 82–84 år, och boendetiden är längre, i genomsnitt omkring tre år (Rostgaard 2020; Sundheds- og Ældreministeriet 2016; THL 2020e).

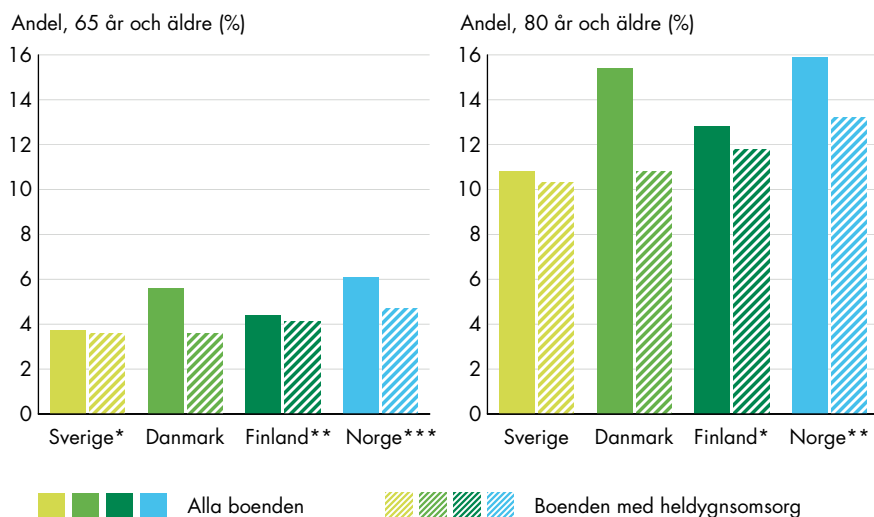
### **5.3.2 Danmark och Norge har hög täckningsgrad för vård- och omsorgsboenden**

De många olika vård- och omsorgsboendena i länderna gör det svårt att jämföra täckningsgraden för boenden inom äldreomsorgen. För att få en jämförbar bild delar vi här upp boendena för att inkludera dels alla biståndsbeslutade boenden, dels enbart boenden med heldygnsomsorg. Syftet är att få en skattning av den ”maximala” och ”minimala” andelen som har biståndsbeslut om boenden i länderna. Både Norge och Danmark har en högre total andel som bor i vård- och omsorgsboenden än Sverige och Finland. En stor del av skillnaden består i att Sverige och Finland har jämförelsevis få boenden utan heldygnsomsorg. Andelen som bor i vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg är däremot högst i Norge och ungefär lika stor i Sverige, Danmark och Finland.



Figur 13 visar den uppskattade andelen över 65 år och över 80 år i alla biståndsbedömda boenden och i boenden med heldygnsomsorg. I Sverige hade nästan 4 procent av befolkningen 65 år och äldre insatsen särskilt boende 2020, liksom runt 11 procent av befolkningen 80 år och äldre. Den uppskattade andelen i boenden med heldygnsomsorg är något lägre. I Danmark är den totala andelen i alla typer av boenden högre än i Sverige, men andelen är ungefär densamma om vi enbart ser till boenden med heldygnsomsorg. Även Finland har en liknande eller något högre total andel i alla boenden och i boenden med heldygnsomsorg jämfört med Sverige. Norge har högst andel boende i alla typer av boenden. Information om hur vi uppskattat andelen i alla biståndsbedömda boenden respektive boenden med heldygnsomsorg finns i bilaga 1.

**Figur 13.** Andel av befolkningen 65 år och äldre respektive 80 år och äldre som bor permanent i vård- och omsorgsboenden (både med och utan personal) och i boenden med heldygnsomsorg, 2020.



Not. \* Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg för Sverige (se bilaga 1). \*\* Finland uppgifter från 2019, \*\*\* Norges andel kan vara något överskattad eftersom personer 67 år och äldre används som referensgrupp. Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg (se bilaga 1).

Källor: Sverige: Socialstyrelsen (2021d), Danmark: Danmarks Statistik (2021b), Finland: Soikanet.fi (2021c), Norge: Statistisk sentralbyrå (2021a), KS (2020) och Statistisk sentralbyrå (2021f och g).

### 5.3.3 Kvarboendeprincipen har en avgörande roll i alla länder

I alla länderna har utvecklingen gått mot att äldre ska få vård och omsorg i hemmet så länge som möjligt, den så kallade kvarboendeprincipen, och alla länder har på något sätt detta inskrivet i lag. Antalet platser på boenden har också minskat i alla länderna, trots att gruppen äldre har ökat under de senaste åren. Denna utveckling är inte enbart en nordisk företeelse, och det kallas internationellt för att "äldras på plats" (ageing in place). Utbudet av omsorgs- och institutionsboenden minskar och ersätts (till viss del) med insatser i hemmet, dagverksamhet och boenden som erbjuder omsorg på deltid eller är särskilt anpassade för äldre.

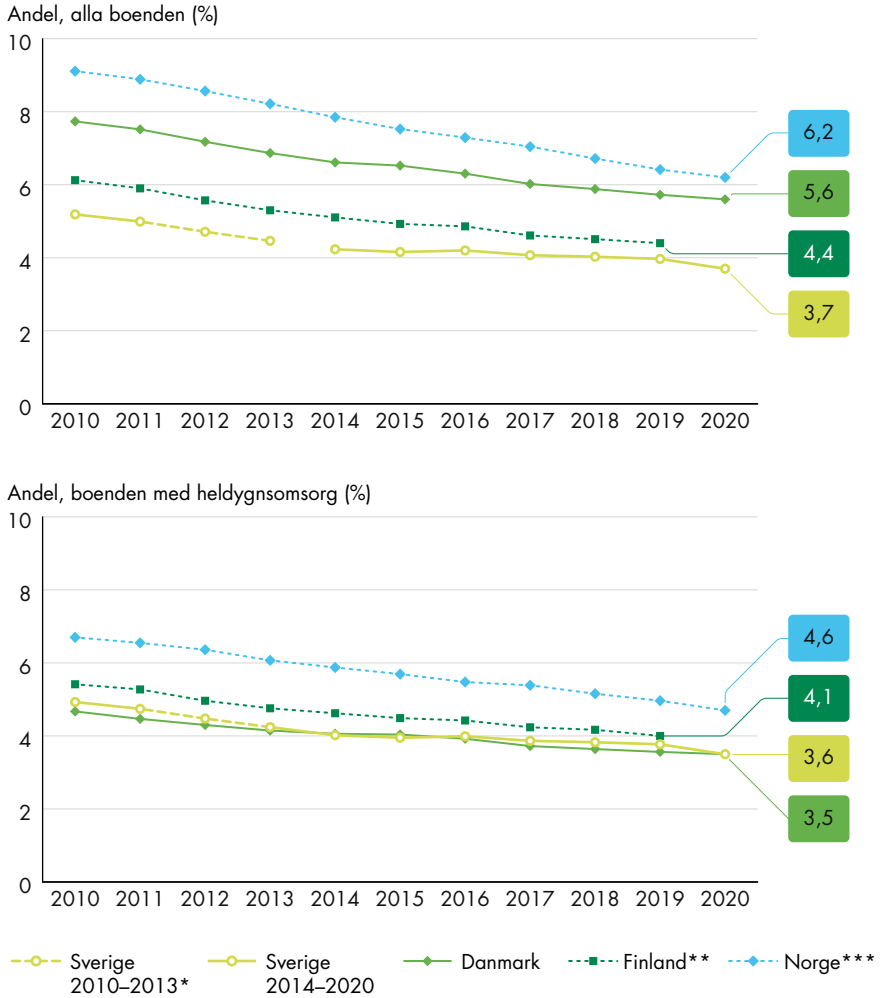
#### *Minskningen av platser på boenden är större för boenden utan heldygnsoomsorg*

Andelen som bor i vård- och omsorgboenden minskar i alla länder. Vi har uppskattat de senaste tio årens utveckling av andelen äldre över 65 år och över 80 år i biståndsbeslutade boenden, både med och utan heldygnsoomsorg. Jämfört med 2010 har andelen som bor i biståndsbedömda boenden minskat i alla länder, och mer för boenden utan heldygnsoomsorg.

I figur 14 har vi uppskattat utvecklingen sedan 2010 för personer över 65. Andelen som bor i biståndsbedömda boenden har minskat med runt 30 procent i alla länder, mindre för enbart boenden med heldygnsoomsorg. Minskningen kan vara något överskattad i Sverige på grund av ett brott i tidsserien år 2013. I Danmark består minskningen till stor del av att utbudet av vanliga äldreboenden utan heldygnsoomsorg samt institutionsplatser minskar, medan andelen i vårdboenden ökar (Danmarks Statistik 2021b). I Finland finns samma utveckling: andelen som bor i vanligt serviceboende utan heldygnsoomsorg minskar, liksom institutionsplatser, medan andelen i serviceboende med heldygnsoomsorg ökar (Sotkanet.fi, 2021). Då vi uppskattat andelen som bor i servicehus i Sverige till 5 procent för alla år kan vi inte göra en liknande jämförelse för Sverige (se bilaga 1).



**Figur 14.** Andel av befolkningen 65 år och äldre i vård- och omsorgsboenden 2010–2020, totalt samt i boenden med heldygnsomsorg.



\* Brott i tidsserien för Sverige år 2013, 2010–2012 räknas beviljade insatser, från 2013 räknas pågående insats den 31 oktober. Andelen kan därmed vara överskattad för år 2010–2013 jämfört med 2014 och senare. Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg för Sverige (se bilaga 1). \*\* Finland saknar data för 2020. \*\*\* Norges data kan vara något överskattade på grund av att personer 67 år och äldre används som referensgrupp. Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg (se bilaga 1).

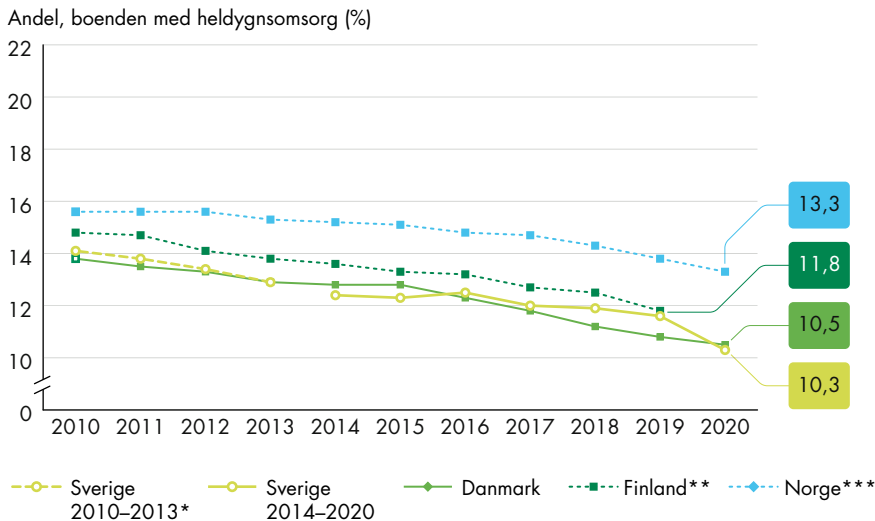
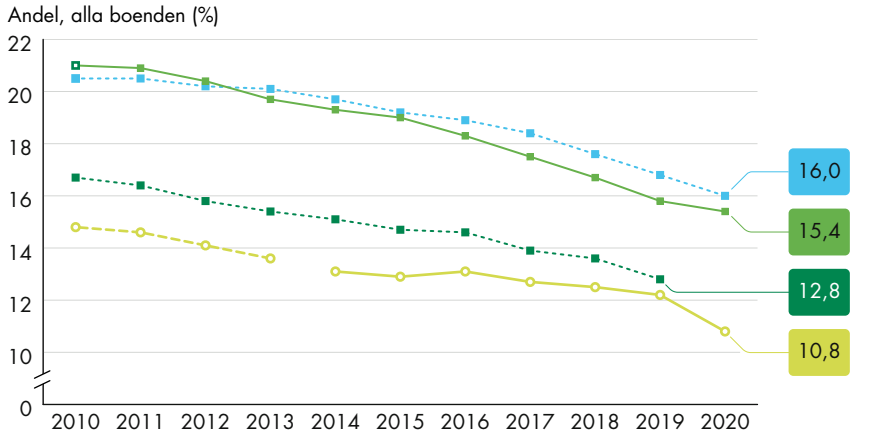
Källor: Sverige: Socialstyrelsens statistikdatabas (2021a), Socialstyrelsen (2021d) och SCB(2021b). Danmark: Danmarks Statistik (2021b). Finland: Sotkanet.fi (2021c). Norge: Statistisk sentralbyrå (2021a), KS (2018), KS (2020), Statistisk sentralbyrå (2021f) och Statistisk sentralbyrå (2021g).

I figur 15 har vi uppskattat utvecklingen sedan 2010 för personer över 80. Minskningen är mindre än för dem över 65 i alla länder. Den stora minskningen i Sverige mellan 2019 och 2020 kan främst förklaras av att



inflyttning till vård- och omsorgsboenden hade en tydlig nedgång i och med spridningen av covid-19 (Socialstyrelsen 2021f). För personer 80 år och äldre har andelen som bor i boenden totalt minskat något mer i Sverige och Danmark än i Norge och Finland.

**Figur 15.** Andel av befolkningen 80 år och äldre i vård om omsorgsboenden 2010–2020, totalt samt i boenden med heldygnsomsorg.



\* Brot i tidsserien för Sverige år 2013, 2010–2012 räknas beviljade insatser, från 2013 räknas pågående insats den 31 oktober. Andelen kan därmed vara överskattad för år 2010–2013 jämfört med 2014 och senare. Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg för Sverige. \*\* Finland saknar data för 2019. \*\*\* Omsorgsbostäder saknas för 2019 (uppskattat genom medelvärde av året innan och efter). Egen uppskattning av boenden med heldygnsomsorg (se bilaga 1).

Källor: Sverige: Socialstyrelsens statistikdatabas (2021a och b), Socialstyrelsen (2021a och d), SCB (2021b). Danmark: Danmarks Statistik (2021b). Finland: Soltkanet.fi (2021c). Norge: Statistisk sentralbyrå (2021a) samt beräkning av heldygnsomsorg för personer över 67 från KS (2020) och personer över 80 från Statistisk sentralbyrå (2021f).

### 5.3.4 Korttidsplatser i boenden kan användas för avlastning av anhöriga och tillfälliga behov

Utöver permanenta platser på vård- och omsorgsboenden så finns i alla länder även korttidsplatser. Dessa är avsedda för tillfälliga vård- och omsorgsbehov, under väntan på permanent boende eller för att tillfälligt ta över närståendes vård och omsorg. De kan organiseras på olika sätt och ges utifrån olika behov.

Korttidsboende är i Sverige ett tillfälligt boende avsett för vård och omsorg dygnet runt med behandling, rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av anhörig. I Norge finns tidsbegränsad vistelse på institution, vilket liksom i Sverige kan syfta till utredning, rehabilitering eller avlastning. I Danmark ska kommunen erbjuda tillfälligt boende för personer som i perioder har ett särskilt behov av vård och omsorg (16 kap. § 84 serviceloven). I Finland kan kommunen ordna kortvariga vistelser vid serviceboende och på institution, exempelvis för rehabilitering eller för att avlasta närstående.

Användandet av korttidsplatser är mer utbrett i Norge än i Sverige och Danmark. I gruppen 80 år och äldre hade 4 782 personer (cirka 1 procent av åldersgruppen) beslut om korttidsplats i Sverige oktober 2020 (Socialstyrelsen 2021d), och 3839 personer (cirka 2 procent av åldersgruppen) beslut om "tidsbegränsad vistelse i institution" eller avlastning av anhöriga i Norge i december 2020 (Statistisk sentralbyrå 2021a). I Danmark har vi inte information om hur många i åldersgrupperna som har insatsen, men det fanns totalt 3235 platser korttidsplatser år 2020 (Danmarks Statistik 2021c). Vi saknar information om hur många som har korttidsboende som insats i Finland.

## 5.4 ÄVEN HEMTJÄNSTINSATSERNA MINSKAR ÖVER TID

Andelen äldre som bor i vård- och omsorgsboenden minskar i alla länderna, och det är därmed fler äldre med stora omsorgsbehov som bor kvar hemma. Det är dock inte tydligt om dessa omsorgsbehov täcks av fler insatser i hemmet eftersom andelen med hemtjänst har minskat i alla länderna, både bland personer 65 år och äldre och personer 80 år och äldre. Det finns även studier som visat att kommuner har reducerat vad som inkluderas i hemtjänsten, och dragit ner på exempelvis städning och sociala aktiviteter (Rostgaard & Matthiesen 2019).

Sett till de senaste 10 åren är minskningen procentuellt sett störst i Danmark och Norge, och mindre i Sverige och Finland. Sett i ett längre tidsperspektiv har dock andelen med hemtjänstinsatser minskat även i Sverige, främst under 1980- och 1990-talen (Szebehely & Ulmanen 2012).

Länderna har olika sätt att definiera och organisera hemtjänst vilket försvårar en jämförelse, men över lag gäller det liknande insatser för praktisk hjälp och personlig omvårdnad.

I detta avsnitt går vi igenom hemtjänst som ges i hemmet. I alla länder exkluderar vår statistik hemtjänst i biståndsbedömda vård- och omsorgsboenden (se bilaga 1). Täckningsgraden är inte det enda viktiga i jämförelsen, utan även insatsernas omfattning, exempelvis antalet timmar i veckan, är viktig ur ett jämförande perspektiv.

#### **5.4.1 Den största skillnaden i hemtjänstens organisering är hur integrerad hemsjukvården är med hemtjänsten**

De jämförda länderna har olika uppdelning av insatser i hemmet, både hur man praktiskt organiserar insatserna och hur de redovisas i statistiken. Detta gör det svårt att jämföra hemtjänsten mellan länderna. En stor skillnad är relationen mellan hemtjänst och hemsjukvård. I svensk, dansk och norsk statistik skiljer man på hemtjänst och hemsjukvård. I Finland kan kommunerna välja att integrera hemsjukvården och hemtjänsten helt under namnet hemvård, och både hemtjänst, hemsjukvård samt hemvård rapporteras tillsammans.

Insatser i hemmet som inte innefattar sjukvård kan delas upp i

- serviceinsatser eller praktisk hjälp
- personlig omsorg.

Serviceinsatser eller praktisk hjälp omfattar praktiska, eller instrumentella, aktiviteter i det dagliga livet (IADL), och personlig omsorg omfattar insatser som definieras som primära aktiviteter i det dagliga livet (PADL) (se avsnitt 4.1.1).

Alla de nordiska länderna strävar som tidigare nämnts efter att de äldre ska få hjälp i sitt eget hem så långt det går, och få hjälp att ta hand om sig själva så mycket som möjligt. I dag är människor friska högre upp i åldrarna, men lever också längre. Fler når en hög ålder med sämre funktionsförmåga och upplevd hälsa (Szebehely & Trydegård 2018). Allt fler som får omsorg i hemmet har komplexa vårdbehov, och därför behöver hemtjänsten kompletteras med kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser genom hemsjukvården (Socialstyrelsen, 2020d). Hemsjukvården kan innehålla medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad. I alla länderna utom Sverige är hemtjänst och hemsjukvård i någon mån integrerade.



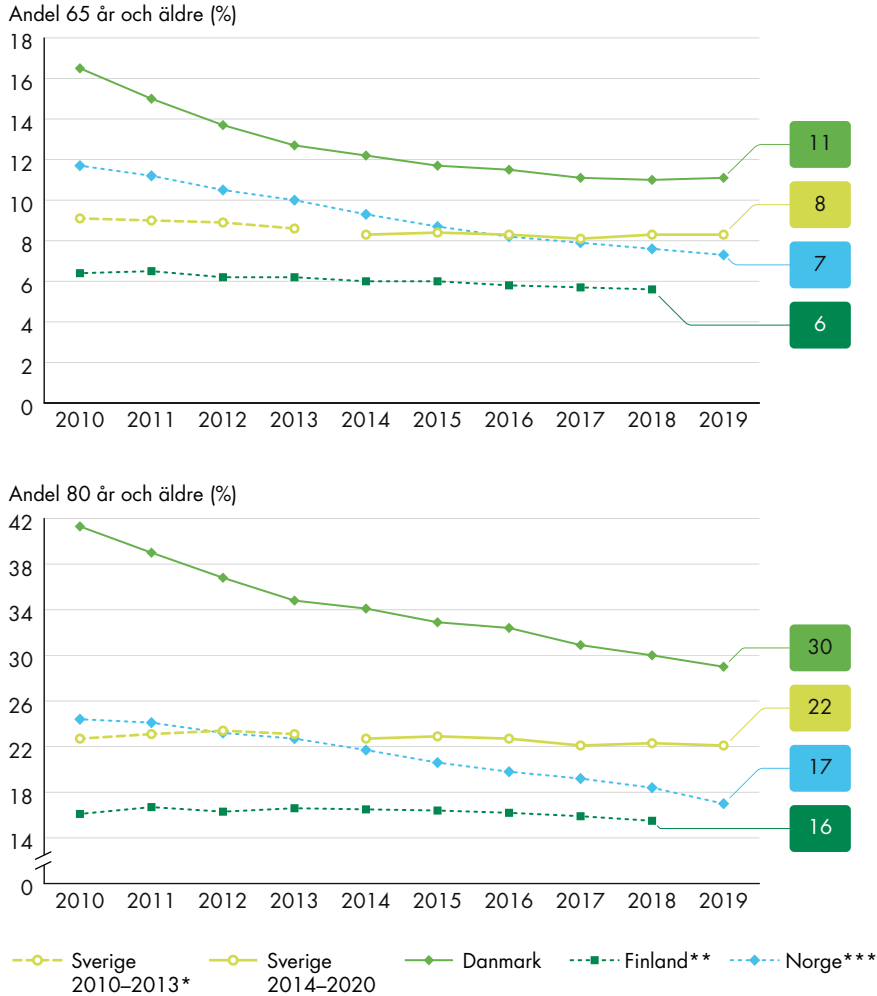
Den danska, svenska och norska hemtjänsten organiseras på ett liknande sätt, med en uppdelning mellan service och personlig omvårdnad och en tydlig skillnad gentemot hemsjukvården. Hemtjänst och hemsjukvård är dock integrerad också i många danska kommuner. År 2014 hade cirka hälften av de danska kommunerna hemsjukvården integrerad med hemtjänsten, medan resten hade hemsjukvården som en självständig enhet (Kontoret for Social og Sundhed 2014). I Finland kan kommunerna välja att integrera hemsjukvården och hemtjänsten helt, under namnet hemvård. Den omfattar då både hemtjänst enligt socialvårdslagen och hemsjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Här ingår vårdinsatser och personlig omvårdnad (Social- och hälsovårdsministeriet u.å). I Norge har det som tidigare kallades hemtjänst bytt namn till praktiskt bistånd och omfattar både en viss del av personlig omvårdnad och praktiska insatser i hemmet. Men omsorg kan även ingå under beteckningen hälsotjänster i hemmet, tillsammans med hemsjukvård (Rostgaard m.fl 2015).

#### **5.4.2 Hemtjänstinsatserna har minskat mest i Danmark och Norge de senaste 10 åren**

Andelen äldre som får hemtjänst minskar i alla länder, men mest i Danmark och Norge. Täckningsgraden för hemtjänsten varierar dock en hel del mellan länderna, betydligt mer än täckningsgraden för boenden.

Figur 16 visar andelen med hemtjänstinsatser 2010–2019. I Danmark och Norge har andelen hemtjänstmottagare minskat mycket under de senaste tio åren. I Finland är minskningen mindre, men både Finland och Sverige hade redan en lägre täckningsgrad för hemtjänst 2010.

**Figur 16.** Andel av befolkningen med hemtjänst. Andel av befolkningen 65 år och äldre och andel av befolkningen 80 år och äldre.



\* Brott i tidsserien för Sverige år 2013, 2010–2012 räknas beviljade insatser, från 2013 räknas pågående insats den 31 oktober. Andelen kan därmed vara överskattad för år 2010–2013 jämfört med 2014 och senare. \*\*Finland saknar data för 2019 och framåt. \*\*\* Norges data kan vara något överskattade på grund av att personer 67 år och äldre används som referensgrupp.

Källor: Sverige: Socialstyrelsens statistikdatabas (2021c och d). Danmarks Statistik (2021f). Finland: Sotkanet.fi (2021c). Norge: Statistisk sentralbyrå (2021b och g).

Andelen med hemtjänst varierar mycket mellan länderna. 2018/2019 var den nästan dubbelt så stor i Danmark som i Finland för bägge åldersgrupperna, medan Sverige och Norge låg mellan de två andra länderna.



Skillnader i organisering gör det dock svårt att direkt jämföra de insatser som äldre får i hemmet. Statistiken för Danmark och Sverige inkluderar beslut om hemtjänst för service eller personlig omvårdnad, eller båda. Statistiken för Finland inkluderar även hemsjukvård. Den norska statistiken inkluderar ingen hemsjukvård, och kan ha exkluderat några mottagare av omsorgstjänster inom ramen för insatsen hälsotjänster i hemmet.

I Sverige hade 8 procent av befolkningen 65 år och äldre beslut om hemtjänst i sitt eget hem under 2019, liksom 22 procent av befolkningen 80 år och äldre (Socialstyrelsen 2020a). Runt hälften av hemtjänstmottagarna (65 år och äldre) hade beslut om både service och personlig omvårdnad, medan resten hade beslut om en av dessa insatser.

I Danmark hade 11 procent av befolkningen 65 år och äldre och 30 procent av befolkningen 80 år och äldre beslut om hemtjänst 2019. Ungefär 40 procent av dem hade beslut om både service och personlig omvårdnad, medan nästan hälften hade beslut om enbart service (Danmarks Statistik 2021f).

I Finland hade 6 procent av befolkningen 65 år och äldre, och 16 procent av befolkningen 80 år och äldre, insatsen regelbunden hemvård 2018. I detta ingår både vård- och omsorgsinsatser i hemmet. Kompletterande stödtjänster användes 2018 av 60 procent av hemtjänstmottagarna (THL 2020e). Hit räknas bland annat måltidsservice, städning och insatser för social samvaro. Dessa insatser kan vara ett komplement till den personliga omvårdnaden, eller så kan man enbart ha stödtjänster (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.c). Det har blivit vanligare att stödtjänsterna separeras till en egen serviceform och inte ingår i hemvården, samt att de utförs av andra än yrkespersonal inom vård och omsorg (Huhta & Karppanen 2020).

I Norge hade 7 procent av befolkningen 65 år och äldre så kallat praktiskt bistånd 2019 (personlig omvårdnad och praktisk hjälp), liksom 17 procent av befolkningen över 80 år.

### **5.4.3 Andelen med hemtjänst är högst i Danmark, men hemtjänstinsatserna är mest omfattande i Sverige**

För att jämföra äldreomsorgens täckningsgrad är det intressant att titta på hur många som har hemtjänst och hur omfattande hemtjänst de får. Både tidigare studier och vår genomgång har visat att täckningsgraden för hemtjänst är högst i Danmark, men att Sverige har en mer omfattande hemtjänst än de övriga länderna sett till antalet timmar i veckan per hemtjänstmottagare.

Det genomsnittliga antalet timmar för en hemtjänstmottagare är högre i Sverige än i Norge och Danmark. I Sverige var genomsnittet 8 timmar i

veckan 2012, jämfört med 4,5 timmar i Norge och 3,7 timmar i Danmark 2014 (Szebehely & Meagher 2017). Vi har inte haft möjlighet att göra motsvarande analys eftersom vi för Sverige endast har uppgift om antalet brukare i olika intervaller när det gäller antalet timmar per brukare. En översiktlig jämförelse utifrån 2019 års data tyder på att skillnaderna mellan de tre länderna ser ungefär likadana ut i dag. När det gäller Finland rapporteras antalet besök, inte antalet timmar, och det saknas därför jämförbara uppgifter. Det genomsnittliga antalet timmar har dock uppskattats vara lägre än i Sverige (Szebehely & Trydegård 2018). Hemtjänstinsatserna verkar därmed vara mest omfattande i Sverige, följt av Norge och sedan Danmark. Även Finland verkar ha mindre omfattande hemtjänst än Sverige. Utöver skillnaden i antalet timmar kan det också finnas skillnader i vad som inkluderas i hemtjänsten.

#### **5.4.4 I Finland är det betydligt vanligare med betald anhörigomsorg än i de andra länderna**

Även om de nordiska länderna har en internationellt sett väl utbyggd äldreomsorg utförs mycket omsorg av anhöriga, och deras insatser ökar. Alla länder erbjuder praktiskt och ekonomiskt stöd till anhöriga som utför omsorg. Stödet till anhöriga är mer omfattande i Finland som i högre grad tycks ha formaliserat anhöriginsatserna.

Eftersom en stor del av anhörigomsorgen är informell saknas det fullständiga uppgifter om dess omfattning, men en svensk studie har funnit att anhörigas insatser för äldre som bor hemma var 2,1–2,7 gånger större än den professionella vården och omsorgen (Wimo m.fl. 2017). Omkring 20 procent av den vuxna befolkningen i Sverige ger obetald anhörigomsorg. En stor del av anhörigomsorgen, 40–60 procent, utförs av personer som själva är äldre och som till exempel tar hand om en partner (Socialstyrelsen 2020d). Även norsk statistik visar att personer med hemtjänst och/eller hemsjukvård samtidigt kan få omfattande informell hjälp från anhöriga. De hemtjänstmottagare som får mest informell anhörigomsorg har i genomsnitt även mer omfattande insatser från kommunen än de som får mindre omfattande anhörigomsorg (Statistisk sentralbyrå 2021d).

Anhörigomsorgen är ojämnt fördelad i befolkningen. Kvinnor tar hand om anhöriga i högre utsträckning än män, och anhörigomsorgen är också mer omfattande bland personer med kortare utbildning (Szebehely & Meagher 2017).

Den informella anhörigomsorgen uppskattas vara mer omfattande i Sverige och Finland än i Danmark och Norge (Szebehely & Meagher 2017;



Naldini, Pavolini & Solera 2016). Forskning visar att anhörigomsorgen ökar i Sverige, Norge och Finland, medan det saknas information om Danmark (Szebehely & Meagher 2017; Socialstyrelsen, 2020d). Ökningen i Sverige har pågått sedan 1980-talet och har kopplats till minskad täckningsgrad för äldreomsorgen i stort (Szebehely & Meagher 2017).

Finland har en mer omfattande formell anhörigomsorg, så kallat stöd för närståendevård, än övriga länder. Stödet innebär att vård och omsorg ordnas med hjälp av en närstående som får vårdarvode med möjlighet till semester och avlösning, och innefattar även insatser som ordnas under den närståendes ledighet samt service och stöd till närståendevårdaren (§ 2 lag om stöd för närståendevård (937/2005)). I Finland hade ungefär 2,7 procent av dem som är 65 år och äldre behovsprövad anhörigomsorg under året 2020, och 5,8 procent av dem 80 år och äldre (Sotkanet.fi 2021c). I Finland finns även insatsen familjevård, som ges enligt familjevårdslagen (263/2015). Insatsen innebär att vård eller omsorg delar av dygnet eller dygnet runt utförs i ett privat hem utanför eller i mottagarens eget hem. Familjevårdaren kan, men behöver inte vara, anhörig till personen som får insatsen. Kommunen ingår ett avtal med familjevårdaren eller en privat producent av familjevård (familjevårdslag (263/2015)). 1 640 personer 65 år och äldre hade insatsen i slutet av 2020 (Sotkanet.fi 2021e).

Även i Sverige, Norge och Danmark finns möjlighet till ekonomisk kompensation och avlastande insatser för anhörigvårdare, men det är mindre vanligt att anhöriga avlönas för att ge omsorg. De kan exempelvis få praktiskt stöd genom olika typer av avlösning och avlastning, både i hemmet och genom korttidsboenden (Socialstyrelsen 2016; Social- og Ældreministeriet u.å; Helsediretoratet 2018b; Pårørende i Danmark u.å). I Norge och i omkring var fjärde kommun i Sverige finns dessutom möjlighet till ekonomisk kompensation i form av omsorgsstöd respektive anhörigbidrag eller hemvårdsbidrag när närstående utför omfattande omsorgsuppgifter som annars skulle utföras av kommunen (Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2016; Helsedirektoratet 2021b; Takter 2019). I Norge har ungefär 0,2 procent insatsen, bland både anhöriga till personer 67 år och äldre och personer 80 år och äldre (Statistisk sentralbyrå 2021a). I Sverige kan anhöriga bli anställda som anhöriganställda per timme eller få anhörigbidrag (även kallat hemvårdsbidrag eller omvårdnadsbidrag). Anhörigbidrag och anhöriganställning finns enbart i vissa kommuner och det kan skilja sig hur kommunerna har valt att organisera insatsen (Socialstyrelsen 2020f). Vid anhöriganställning görs en ansökan om hemtjänst. Den anhöriga anställs vid beslut om vem som ska verkställa insatser och är arbetstagar hos kommunen



(prop. 2008/09:82 Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående). Även i Danmark är det möjligt att anställa en anhörig för att ge omsorg, men det tillämpas i liten utsträckning<sup>6</sup> (Ældre Sagen 2021c). I Danmark var det 2 554 personer som hade en så kallad privat hjälper 2020 (Danmarks Statistik 2021g). I Danmark finns också ekonomisk ersättning för en begränsad period i form av plejevederlag, ett vårdbidrag till den som till exempel tar hand om en döende närstående, vilket i Sverige motsvaras av närståendepenning (Försäkringskassan u.å).

## 5.5 SKILLNADEN I UTBUD OCH OMFATTNING MELLAN LÄNDERNAS KOMMUNER ÄR STÖRRE ÄN SKILLNADEN MELLAN LÄNDERNAS GENOMSNITT

De nordiska ländernas kommunala självstyre medför att utbudet av sociala insatser varierar, även om ekonomiska utjämningsystem syftar till att ge kommunerna mer likvärdiga förutsättningar för att bedriva verksamheten (Vård- och omsorgsanalys 2020a; Söderdahl 2015). Det finns alltså stora skillnader både mellan länderna och inom vart och ett av länderna. De stora skillnaderna mellan svenska kommuner är välkända, men det är inte klarlagt vad de beror på. Det skulle kunna bero på den demografiska utvecklingen och hälsan hos den äldre befolkningen, andelen ensamboende, vilka politiska beslut som fattas eller på skillnader i organisering mellan å ena sidan insatser för att främja kvarboende, som exempelvis hemtjänst, dagverksamhet och anhörigstöd, och å andra sidan boende i vård- och omsorgsboenden. Coronakommissionen skriver, med hänvisning till Trydegård (2000), att traditionen i kommunen tycks ha en större betydelse än befolkningens behov eller kommunens ekonomi och politiska inriktning (SOU 2020:80).

### 5.5.1 Norge har mycket stor variation mellan kommunerna när det gäller vård- och omsorgsboenden

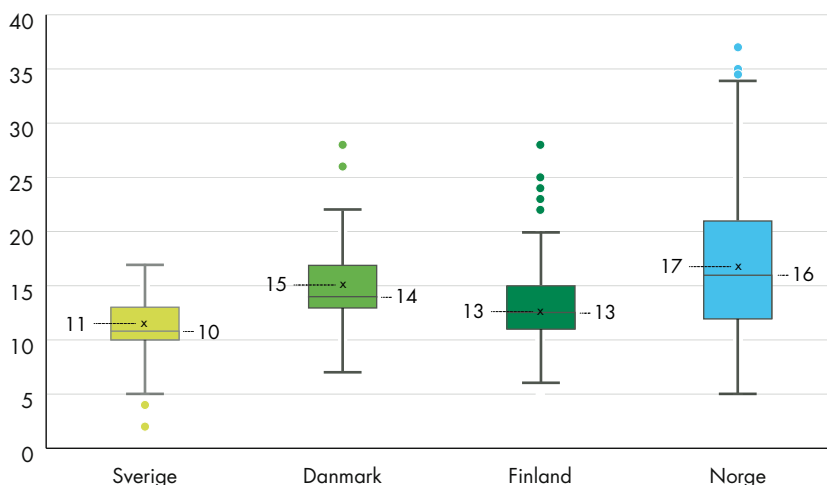
Vi beskriver andelen av dem som är 80 år och äldre som bodde i biståndsbedömda boenden respektive hade hemtjänst i ländernas kommuner 2019 med hjälp av så kallade låddiagram (figur 17). Ett låddiagram är ett grafiskt sätt att presentera variationen mellan kommuner. Strecket i mitten av lådan visar medianen och krysset visar medelvärdet.

<sup>6</sup> Tine Rostgaard, professor Roskilde universitet och Stockholms universitet, kommunikation 4 juni 2021.



Skillnaden mellan ländernas medelvärde är upp till 6 procentenheter; i Sverige är medelvärdet ungefär 11, i Finland 13, i Danmark 15 och i Norge 17. I Sverige befinner sig hälften av kommunerna inom ett intervall på 3 procentenheter (lådan i diagrammet), i Danmark och Finland är motsvarande intervall 4 och i Norge 9 procentenheter. En del av dessa skillnader är alltså större än skillnaden mellan två länders rikssnitt. Sett till skillnaden mellan kommunerna med minst och störst andel inom respektive land är skillnaden 12 procentenheter i Sverige, 14 i Finland, 15 i Danmark och 29 i Norge.

**Figur 17.** Andel av personer 80 år och äldre som bor i biståndsbedömda boenden i kommunerna i respektive land.



Not: Vi har raderat kommuner som av olika anledningar saknar observationer (25 kommuner raderade). Sverige: 2019, Danmark: 2019, Finland: 2019, Norge: 2020. Diagrammet är ett så kallat låddiagram (box plot på engelska). "Lådan" i mitten innehåller 50 procent av alla värden, medan 25 procent av värdena ligger längs strecket nedanför lådan och 25 procent ligger längs strecket ovanför lådan. Strecket mitt i lådan visar medianen, det vill säga det mittersta värdet om observationerna skulle ordnas i storleksordning, och x visar medelvärdet. Punkterna utanför strecken är extremvärden som ligger utanför den normala variationen.

Källor: Sverige: Socialstyrelsen (2020a). Danmark: Danmarks Statistik (2021b) och Danmarks Statistik (2021a). Finland: Sotkanet.fi (2021f). Norge: Statistisk sentralbyrå (2021a, b och g).

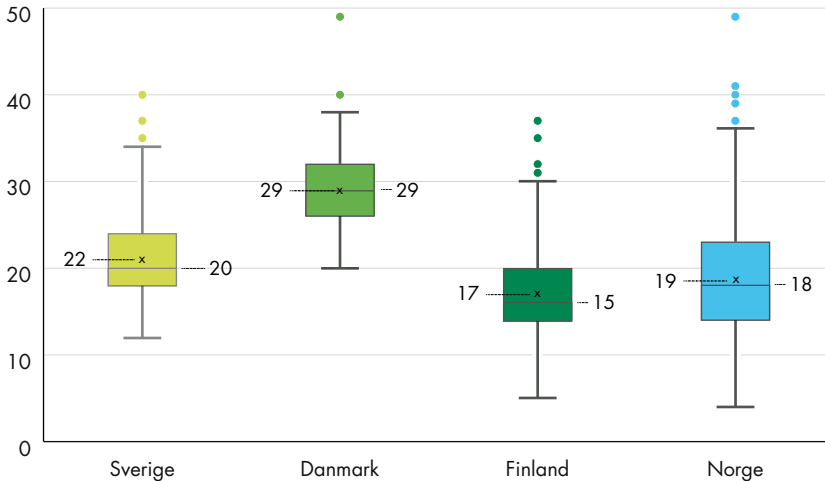
## 5.5.2 Stor spridning både mellan och inom länderna för hemtjänstinsatser

Täckningsgraden för hemtjänstinsatser varierar mer mellan länderna än täckningsgraden för vård- och omsorgsboenden (figur 18).

Skillnaden mellan ländernas medelvärde är maximalt 12 procentenheter; i Sverige är medelvärdet ungefär 22, i Finland 17, i Danmark 29 och i Norge 19. I Sverige, Danmark och Finland befinner sig hälften av kommunerna

inom ett intervall på 6 procentenheter (lådan i diagrammet), och i Norge 9. Dessa skillnader är större än skillnaden mellan ländernas rikssnitt. Mellan kommunerna med minst och störst andel är skillnaden 22 procentenheter i Sverige, 25 i Finland, 18 i Danmark och 32 i Norge.

**Figur 18.** Andel av personer 80 år och äldre med hemtjänst i kommunerna i respektive land.



Not: Vi har raderat kommuner som av olika anledningar saknar observationer (12 kommuner raderade). Sverige: 2020, Danmark: 2020, Finland: 2018, Norge: 2020. Diagrammet är ett så kallat låddiagram (box plot på engelska). "Lådan" i mitten innehåller 50 procent av alla värden, medan 25 procent av värdena ligger längs strecket nedanför lådan och 25 procent ligger längs strecket ovanför lådan. Strecket mitt i lådan visar medianen, det vill säga det mittersta värdet om observationerna skulle ordnas i storleksordning, och x visar medelvärdet. Punkterna utanför strecken är extremvärden som ligger utanför den normala variationen.

Källor: Sverige: Socialstyrelsen (2021 d), Danmark: Danmarks Statistik (2021 a och f), Statkanet.fi (2021 f) och Statistisk sentralbyrå (2021 a, b och g).









## Medicinska insatser i samband med äldreomsorg

I detta kapitel beskriver vi medicinska insatser i samband med äldreomsorgen. Vi inkluderar de vårdinsatser som ges på vård- och omsorgsboenden och genom hemsjukvården, samt gränsdragningen och samordningen mellan äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård.

Kapitlet är indelat i två delar. Den första delen beskriver de medicinska insatser som ges till äldreomsorgsmottagare på vård- och omsorgsboenden och i det egna hemmet, medan den andra delen handlar om samordningen mellan vård och omsorg. Beskrivningen av de medicinska insatserna på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården fokuserar särskilt på sjuksköterskornas och andra yrkesgruppers roll samt tillgången till medicinsk teknisk utrustning på vård- och omsorgsboenden. I genomgången av samordning mellan vård och omsorg beskriver vi hur länderna ordnat läkartillgången, hur de löst frågan om medicinska insatser på kvällar och helger samt hur de hanterar behovet av samordning mellan äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård.

### 6.1 KOMMUNERNA ANSVARAR FÖR HEMSJUKVÅRD OCH VÅRDINSATSER PÅ BOENDEN

I alla länderna har kommunerna ansvar för vårdinsatser på vård- och omsorgsboenden, hemsjukvård och rehabilitering. Även om vårdinsatser och omsorgsinsatser regleras av olika lagstiftning ges de ofta av samma personal, antingen på vård- och omsorgsboenden eller genom en integrerad hemtjänst och hemsjukvård.



Sjuksköterskor anställda på vård- och omsorgsboenden eller i hemsjukvården har en central roll i vårdinsatserna i alla länderna. Det finns däremot skillnader i vilka befogenheter övriga personalkategorier i äldreomsorgen har att utföra vårdinsatser. I Danmark och Finland finns yrkesgrupper i baspersonalen med vårdinriktad utbildning som får utföra vårdinsatser under eget ansvar, medan baspersonal i Sverige och Norge behöver få sådana uppgifter delegerade till sig av en sjuksköterska efter upplärning.

Det är inte i något av länderna reglerat vilken medicinsk-teknisk utrustning som ska finnas på vård- och omsorgsboenden utan detta avgörs utifrån de enskilda brukarnas behov.

### **6.1.1 Sjuksköterskor står för större delen av den medicinska kompetensen**

På vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården står sjuksköterskor för större delen av den medicinska kompetensen, även om de samråder med läkare. Det gäller för alla de jämförda länderna. Andelen sjuksköterskor i äldreomsorgens personal är liknande i Sverige, Danmark och Finland, där sjuksköterskor utgör knappt en tiondel av personalen. För Norge har vi endast uppgift om andelen sjuksköterskor på sjukhem, där Szebehely (2020) nyligen konstaterat att sjukskötersketätheten är betydligt högre än på svenska vård- och omsorgsboenden. Utöver sjuksköterskorna utför även andra personalkategorier vårdinsatser. I Danmark har social- och hälsoassistenterna en tydlig medicinsk profil och i Finland har närvårdare, den största yrkesgruppen bland baspersonalen, medicinsk profil. Dessa yrkesgrupper behöver inte få delegering för att till exempel ge läkemedel, till skillnad från baspersonal i Sverige och Norge.

#### *I Sverige är sjuksköterskorna centrala*

I Sverige har den kommunala hälso- och sjukvården ansvaret för medicinska och rehabiliterande insatser på särskilda boenden upp till sjuksköterskenivå. Genom överenskommelser med regionerna kan kommunerna även ta över ansvaret för hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå, vilket har genomförts överallt utom i Region Stockholm. Detta innebär att de flesta med äldreomsorgsinsatser omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården.

Sjuksköterskor har det huvudsakliga ansvaret för vårdinsatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. De är anställda av kommunen, till skillnad från läkarna som är anställda av regionerna. Organiseringen av den kommunala hälso- och sjukvården varierar. Den legitimerade vårdpersonalen kan exempelvis finnas på en egen enhet som arbetar konsultativt mot



äldreboenden och hemtjänst, eller så arbetar legitimerad vårdpersonal och omsorgspersonal som ett team (SOU 2020:80). Den kommunala vården kvalitetssäkras av en eller flera medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), som är särskilt ansvariga för att vården bedrivs på ett säkert sätt (Socialstyrelsen u.å., 2014b). Alla vård- och omsorgsboenden ska ha tillgång till sjuksköterska. På boenden med större avdelningar kan en sjuksköterska ha ansvaret för en avdelning. Är boendena mindre kan sjuksköterskan i stället till exempel ha ansvar för ett geografiskt område eller dela sin tid mellan ett boende och hemsjukvården. Sjuksköterskan finns oftast tillgänglig på plats vardagar på dagtid, men även under jourtid ska det alltid finnas en sjuksköterska att kontakta (Seniorval.se u.å.).

Ansvaret för enklare medicinska uppgifter, exempelvis att ge läkemedel, är ofta delegerat till omvårdnadspersonal. År 2004 utförde 90 procent av undersköterskorna i äldreomsorgen sjukvårdsinsatser på delegation (SOU 2017:21). Även vårdbiträden och extrapersonal utför sjukvårdsinsatser på delegering (SOU 2019:20).

### *I Danmark är även social- och hälsoassistenter legitimerad vårdpersonal*

I Danmark ansvarar kommunerna för hemsjukvård och vård på boenden (SOU 2020:80) och sjuksköterskor står för huvuddelen av hemsjukvården, i samråd med läkarna inom primärvården och på sjukhus (Ministry of Health 2017). Även på vård- och omsorgsboenden står sjuksköterskor för den huvudsakliga medicinska kompetensen. I en mindre fallstudie från 2016 framkom att de flesta undersökta danska äldreboenden (10 av 12) hade sjuksköterskor anställda på själva boendet. I övriga fall löstes tillgången till medicinsk kompetens genom exempelvis samarbete med sjuksköterskor från hemsjukvården eller genom att en sjuksköterska går mellan flera boenden. På de boenden som har egna sjuksköterskor är det vanligt att dessa arbetar på plats under kontorstid och under övrig tid rings in vid behov, men det är inte alltid som det går att tillkalla sjuksköterska dygnet runt (Sundheds- og Ældreministeriet 2016).

Den medicinska kompetensen kan också tillhandahållas av social- och hälsovårdsassistenter. Social- och hälsoassistenter är legitimerade och profilerade mot grundläggande medicinska insatser. I deras arbetsuppgifter ingår bland annat att ge injektioner, administrera läkemedel och reagera på observerade förändringar i patientens sjukdomstillstånd. Antalet social- och hälsoassistenter har ökat över tid och de utgör i dag omkring en tredjedel av personalen i den danska äldreomsorgen (Sundheds- og Ældreministeriet 2016; Vinge & Hjort-Enemark Topholm 2021).



### *I Finland har baspersonalen tydlig medicinsk profil*

I Finland har många kommuner slagit ihop hemtjänsten och hemsjukvården till en gemensam hemvård som omfattar både personlig omsorg, vård och viss praktiskt service (Social- och hälsovårdsministeriet u.å.b.). Även i Finland har sjuksköterskor (kallade sjukskötare) en viktig roll i hemsjukvård och på vård- och omsorgsboenden. Närvårdarna, som är den största gruppen bland finsk baspersonal både i hemvården och på vård- och omsorgsboenden, har dock kompetenskrav "nära" sjuksköterskornas. De behöver till exempel inte få delegering för att ge läkemedel (förutom vid mer krävande läkemedelsbehandling) eftersom läkemedelshantering ingår i utbildningen (SOU 2019:20; Valvira 2017).

### *Norska sjukhem är mer medicinskt inriktade än svenska boenden*

Hemsjukvården i Norge organiseras runt kommunens hemsjuksköterska, som samråder med patienternas fasta läkare. På omsorgsboenden, som är mindre reglerade än sjukhem, är den medicinska vården organiserad på samma sätt som för äldre i eget boende (Abrahamsen m.fl. 2016; Martens 2014). Sjukhemmen i Norge har däremot en mer medicinsk profil än norska omsorgsboenden och särskilda boenden i Sverige. Alla sjukhem ska enligt föreskrifter ha läkare och sjuksköterskor anslutna till sig, liksom rutiner för att säkra de boendes medicinska behov (forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene). Andelen sjuksköterskor på sjukhemmen är ungefär en tredjedel. Helsefagarbaidere och annan omsorgspersonal kan i likhet med svensk baspersonal utföra vårdinsatser, som att ge läkemedel, på delegering efter opplärning (legemiddelhandteringsforskriften).

## **6.1.2 Sparsamt med medicinteknisk utrustning på vård- och omsorgsboenden**

Det är inte i något av de jämförda länderna tydligt reglerat vilken typ av medicinteknisk utrustning som ska finnas på vård- och omsorgsboenden för äldre, utan utrustning ska finnas utifrån de boendes individuella behov. De flesta boendeformer med heldygnsomsorg är de boendes hem och inte vårdinrättningar med behandlingsansvar. Det innebär en begränsning av hur avancerad teknik som finns att tillgå. Undantag är sjukhemmen i Norge samt ett litet antal långvårdsavdelningar vid de finska hälsovårdscentralerna. Dessa boendeformer är mer medikaliserade.

## 6.2 SAMORDNING MELLAN ÄLDREOMSORG, PRIMÄRVÅRD OCH SJUKHUSVÅRD

I alla länderna finns ett behov av samordning mellan äldreomsorgen, primärvården och sjukhusvården, men förutsättningar och utförande ser olika ut. Skillnader i primärvårdens organisering får konsekvenser för hur vården runt äldre patienter samordnas. I Danmark och Norge har fastläkaren en viktig roll, medan vård- eller hälsovårdscentralen och eventuell fast vårdkontakt är en samlade punkt i Sverige och Finland. I samtliga länder har dock sjuksköterskor en viktig samordnande roll på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården.

I samtliga länder finns en organisatorisk gräns mellan primärvård och sjukhusvård, men i Danmark, Norge och Sverige är detta dessutom en huvudmannagräns. I dessa tre länder är det obligatoriskt att upprätta samarbetsavtal mellan huvudmännen.

Tillgången till läkare är i alla länderna mer komplex än tillgången till sjuksköterskor eftersom läkare i regel tillbringar huvuddelen av sin arbetstid inom en annan del av primärvården. Det delade huvudmannaskapet i Sverige, där kommunerna ansvarar för primärvårdsinsatser på särskilda boenden och hemsjukvård upp till sjuksköterskenivå medan läkarna hör till den regionala primärvården, har pekats ut som en faktor som försvårar samordningen och läkartillgången (SOU 2020:80; SKR 2020b). Huvudmannagränsen har till exempel implikationer för finansiering och möjligheterna att dela information (Vård- och omsorgsanalys 2016). I de övriga länderna är alla de primärvårdsinsatser som ges på vård- och omsorgsboenden ett kommunalt ansvar, inklusive boendenas läkare. När det gäller hemsjukvården har den egna primärvårdsläkaren i Norge och Danmark ett tydligt ansvar för patienten, även om de danska primärvårdsläkarna har en annan huvudman än övrig hemsjukvård. Finland har i likhet med Sverige inte något fastläkarsystem, men läkartillgången i den finska hemsjukvården behöver inte samordnas över en huvudmannagräns eftersom hela primärvården är kommunal (Vård- och omsorgsanalys 2016).

Barriären mellan vård och omsorg framstår sammantaget som potentiellt större i Sverige och detta skulle kunna innebära sämre förutsättningar för samordning och tillgång till läkare. Vi saknar dock underlag för att kunna jämföra hur väl läkartillgången och samordningen mellan vård och omsorg faktiskt fungerar i de olika länderna. Vi kan däremot konstatera att bristande samordning uppfattas som en utmaning i samtliga länder (Iversen m.fl. 2016; Aaltonen 2015). Läkartillgången är dock bättre på norska sjukhem än svenska särskilda boenden, och Norge och Danmark har infört system



med kommunal respektive regional läkarjour för att hantera behovet av medicinska bedömningar på jourtid.

### **6.2.1 Läkare hämtas oftast från annan del av primärvården**

Även om större delen av vårdinsatserna på vård- och omsorgsboenden och i hemsjukvården sköts av sjuksköterskor behövs också läkarkompetens. Läkare har i alla länderna som regel huvuddelen av sin arbetstid inom andra delar av primärvården. Hur man konkret ordnar tillgång till läkare varierar dock både mellan och inom länderna.

Vi saknar data för att jämföra läkartillgången över lag, men kan se att tillgången på läkare tycks vara betydligt större på norska sjukhem än på svenska särskilda boenden. Norska sjukhem har i genomsnitt 0,55 timmes läkartid per vecka och person, alltså drygt 30 minuter (Melby m.fl. 2019). De senaste uppgifter vi funnit för Sverige är från 2009, då den genomsnittliga läkartiden per person på särskilt boende var fem minuter per vecka (Szebehely 2020). Eftersom sjukhemmen är mer medikaliserade än övriga norska vård- och omsorgsboenden är det inte helt rättvisande att jämföra dessa uppgifter rakt av, men det tyder på en stor skillnad mellan Sverige och Norge när det gäller läkartillgången på boenden för de äldre med störst vårdbehov. När det gäller Danmark och Finland saknar vi helt uppgift om läkartillgången och vi kan därför inte avgöra om det är Sverige eller Norge som sticker ut.

#### *I Sverige är läkarna anställda av en annan huvudman*

I Sverige hindrar HSL kommunerna från att anställa läkare på särskilda boenden och i hemsjukvården (SOU 2020:80). I stället ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att alla med särskilt boende eller hemsjukvård ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen 2019d). Tillgången till läkare på särskilda boenden kräver alltså samordning och koordination mellan huvudmän, och i alla regioner utom Stockholm gäller det även inom hemsjukvård. Detta regleras vanligtvis via avtal mellan särskilda boenden och regional primärvård (oftast en vårdcentral) respektive avtal mellan kommunal hälso- och sjukvård och regional primärvård.

I de fall kommunen ansvarar för hemsjukvården hämtas läkar-kompetensen oftast från den vårdcentral där patienten är listad. Regioner och kommuner kan också avtala med annan aktör, till exempel ett privat bolag, om att utföra vården (Socialstyrelsen u.å.). En undersökning av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2020b) visar att bristande läkarmedverkan

är det största problemet i hemsjukvården enligt personalen, och SKR kopplar problemet till det delade huvudmannskapet mellan kommun och region. Exempelvis kan läkarbemanningen bestå av ett stort antal läkare från olika vårdcentraler som huvudsakligen arbetar med annat än hemsjukvård, vilket innebär problem med kontinuitet och samordning. Då kan besök på akuten ses som en jämförelsevis snabbare lösning än att få kontakt med den ansvariga läkaren. Det finns dock lokala skillnader i hur väl läkarstödet i hemsjukvården fungerar (SKR 2020b).

Regionerna har olika sätt att organisera läkarförsörjningen på de särskilda boendena. Det vanliga är att en närliggande vårdcentral har ansvaret för att tillgodose läkarbehovet, via avtal som brukar ange vilka planerade uppgifter som läkare ska ansvara för och hur tillgången till läkare ska lösas vid till exempel akuta ärenden. Det finns dock ingen nationell sammanställning av hur dessa avtal är utformade eller hur mycket tid som läkarna förväntas lägga på uppdraget (SOU 2020:80). När en äldre person flyttar in på ett särskilt boende är hen oftast redan listad vid en vårdcentral. Vid inflyttningen erbjuds personen att byta till den vårdcentral som boendet har avtal med för att få bättre tillgång till läkarvård. De flesta byter, men det går att välja att behålla sin tidigare läkare.

Uppgiften om att den genomsnittliga läkartillgången på svenska vård- och omsorgsboenden är omkring fem minuter per boende och vecka är drygt tio år gammal (Szebehely 2020). Vi har dock inte hittat någon information om att läkartillgången förbättrats, snarare finns tecken på att tillgången till läkare har blivit sämre över tid. Data från Palliativregistret visar att en lägre andel av dem som avlider på särskilt boende hade undersökts av läkare under sin sista månad i livet 2019, jämfört med 2013. Andelen varierade över landet och var lägre i glesbygd. I brukarundersökningar har också andelen personer på boenden som uppger att det är lätt att få träffa en läkare minskat under samma period (Ruin 2021).

### *I Danmark listas patienter hos en fastläkare, men läkare knyts nu även till boenden*

I Danmark är nästan alla i befolkningen listade hos en läkare inom primärvården. Det är regionerna som ansvarar för allmänläkarna, men när läkare knyts till ett vård- och omsorgsboende sluter kommunen avtal direkt med läkaren, som oftast är egenföretagare (Ministry of Health 2017; Giese Jakobsen 2020).

Fram till 2016 hade den som flyttade in på ett vård- och omsorgsboende kvar sin tidigare läkare. År 2016 infördes ett statsbidrag med syfte att



understödja ett system där allmänläkare i stället knyts till boendena. Den som vill har dock möjlighet att behålla sin tidigare läkare. Boendets läkare besöker boendet varje vecka, handleder personalen och gör sjukbesök. Vi har dock inga uppgifter om omfattningen tidsmässigt. År 2019 hade en tredjedel av landets kommuner infört fast läkare på alla sina boenden, och i ytterligare en tredjedel av kommunerna hade minst hälften av boendena en fast läkare. En del kommuner har dock inte lyckats sluta några avtal med läkare, vilket huvudsakligen kopplas till brist på allmänläkare i vissa delar av landet (Giese Jakobsen 2020; Hasvold & Christensen 2015). Reformen är alltså bara delvis genomförd, men en utvärdering av ett pilotprojekt visade att en fast boendeläkare underlättade kommunikation mellan läkaren och boendets personal (Dohlmann Weatherall m.fl 2014). När det inte finns en läkare knuten till boendet måste personalen nå varje persons egen läkare, och det kan handla om många olika kontakter.

### *I Finland är patienter listade på en hälsovårdscentral*

I Finland ansvarar kommunerna för att ordna både hälso- och sjukvård och äldreomsorg. Kommunen är ansvarig för att ordna läkartjänster både inom hemvården och heldygnsoomsorgen. Tjänsteproducenten av läkartjänster kan vara antingen offentlig eller privat. Största delen av läkartjänster ges av den offentliga sektorn, men det finns variation mellan kommunerna och verksamhetsenheterna i hur tjänsterna ordnas.<sup>7</sup> Primärvården utgår från hälsovårdscentraler. Man är listad på en hälsovårdscentral men patienten kan önska en särskild läkare eller annan professionell (EU-hälsovård.fi 2021). Kommunen ansvarar för att arrangera hemvården, inklusive läkartjänster. Läkartjänsterna kan ordas via kommunen, samkommuner, samarbetsområdet eller via privata tjänsteproducenter. Läkarna på hälsovårdscentralen kan ansvara för hemvårdens klienter som en del av sin mottagning, eller så kan det finnas en angiven läkare med ansvar för alla som mottar hemvård. Kommunen kan också köpa hemvårdens läkartjänster från privata producenter.<sup>8</sup> Patienter kan även själva köpa tjänster av en privat läkare. På vård- och omsorgsboenden finns flera olika lösningar för tillgång till läkare beroende på vilket avtal kommunen har slutit med omsorgsenheten för boendet. Avtalen innehåller en namngiven ansvarig läkare och reglerar hur många timmar läkaren ska ägna åt verksamhetsenheten. Även här kan det vara så att en enskild läkare eller en avdelning på en hälsovårdscentral ansvarar för de som bor på boenden.

---

<sup>7, 8</sup> Teija Hammar, specialist och Pia Pulkkinen, expert vid Institutet för hälsa och välfärd, kommunikation 15 april 2021.

Personer som bor på boenden kan också ha egna privat anlidade läkare, men det är ovanligt.<sup>9</sup>

### *I Norge är patienter listade hos en fastläkare*

I Norge tillhör primärvårdsläkarna den kommunala hälso- och sjukvården. Varje kommun har även en så kallad kommunläkare eller kommunöverläkare som arbetar med bland annat tillsyn, kvalitetssäkring, planering och rådgivning i medicinska frågor såsom förebyggande hälsoarbete och smittskydd (Sosial- og helsedirektoratet 2007). År 2001 genomfördes en reform som gav samtliga invånare rätt till en fast läkare i primärvården. I dag är 99 procent av befolkningen listad hos en fastläkare och det finns fler primärvårdsläkare per invånare i Norge än i Danmark och Sverige. Det är kommunerna som ansvarar för att det finns avtal med tillräckligt många läkare för att täcka invånarnas behov. Primärvårdsläkarna är oftast egenföretagare och varje kommun avgör om man vill anställa egna läkare eller ingå avtal med läkare i privat regi.

Fastläkarna har det medicinska ansvaret för personer med äldreomsorg i eget boende, och enligt sina avtal med kommunen ska de göra hembesök vid behov. Samma ordning gäller för personer som bor på vård- och omsorgsboenden som inte är sjukhem (Martens 2014).

På sjukhem är sjukhemmets läkare medicinskt ansvarig, även när den som flyttar till sjukhemmet behåller sin fastläkare. Det finns inga nationella regler för läkarbemanningen på sjukhem, utan varje kommun ska sätta en norm för detta (sykehjemforskriften 1989; Melby m. fl. 2019). Organisationen av läkartillgången varierar därmed mellan kommuner. Ungefär hälften av läkartjänsterna på sjukhem gäller anställda sjukhemsläkare, resten är fastläkare som har avtal med kommunen och som använder en mindre del av sin arbetstid till sjukhemmet (Melby m.fl 2019).

### *Egen fastläkare eller läkare knutna till boenden?*

När det gäller läkartjänster som är knutna till vård- och omsorgsboenden skiljer forskningen ofta mellan två typer av organisering: en ”öppen modell” där läkartjänsterna väljs av de boende och alla auktoriserade läkare kan erbjuda sina tjänster, och en ”stängd modell” där boendet ordnar tjänsterna genom avtal (Melby, m.fl. 2019).

---

<sup>9</sup> Teija Hammar, specialist och Pia Pulkkinen, expert vid Institutet för hälsa och välfärd, kommunikation 28 maj 2021.



Alla de jämförda länderna har en blandning av öppen och stängd modell. I alla länderna knyts läkare oftast till boenden genom avtal med en utförare av primärvård – kommunal, regional eller privat. I Norge och Finland kan boenden också anställa läkare direkt. Dessutom kan enskilda personer i alla länderna ha kvar sina egna fastläkare även efter att de flyttat till ett boende med heldygnsomsorg. Detta verkar vara vanligare i Danmark och på norska boenden som inte är sjukhem även om vi saknar exakta data.

En egen fastläkare som känner patienten kan ge kontinuitet och bidra till att samordna de medicinska insatserna. Samtidigt har man i både Danmark och Norge upplevt att det blir problem om varje person på boendet har sin egen läkare, eftersom mycket av sjuksköterskornas tid går till att få kontakt med de olika läkarna (Dohlmann Weatherall m.fl. 2014). I en norsk kartläggning konstateras att det är en fördel om många av brukarna har samma fastläkare, eftersom det ger bättre tillgänglighet och samordning (Melby m.fl. 2019). Även i Sverige har man i hemsjukvården sett problem med att samarbeta med ett stort antal olika läkare (SKR 2020b).

Tillgängligheten kan öka om en läkare i stället knyts till boendet och ansvarar för samtliga eller de flesta boende, och det skulle kunna göra boendets läkare särskilt erfaren inom geriatrik. En dansk utvärdering har funnit att införandet av boendeläkare förde med sig bättre samarbete mellan läkare och omsorgspersonal (Dohlmann Weatherall m.fl. 2014). Samtidigt blir läkartillgången beroende av vilka avtal som boendet eller kommunen lyckas sluta med den del av primärvården där läkaren huvudsakligen arbetar. Om det råder generell brist på primärvårdsläkare kan tillgängligheten minska, och det blir särskilt tydligt i glesbygd (Jakobsen 2020) (Ruin 2021). I Norge kan kommunen kräva att fastläkare ägnar en viss tid åt boenden, vilket kan vara ett sätt att motverka problemet. Samtidigt diskuteras bristande läkarkontinuitet som ett problem även i Norge, eftersom personalomsättningen är stor bland de norska sjukhemsläkarna. Det visar på ytterligare en dimension av utmaningen (Melby m.fl. 2019).

Tillgången till läkare på vård- och omsorgsboenden tycks samvariera med läkartillgången i primärvården. Norge är det land som har flest allmänläkare och har också jämfört med Sverige mycket god tillgång till läkare på sina sjukhem. I Danmark har man svårt att få läkare till boenden i vissa kommuner med läkarbrist, och i Sverige tycks läkartillgången på boenden vara sämre i glesbygd (Ruin 2021). Detta tyder på att läkartillgången på boenden påverkas av den generella tillgången till allmänläkare. Både Sverige och Finland har kronisk brist på allmänläkare, i synnerhet i vissa områden, men eftersom vi saknar data över läkartillgången på vård- och omsorgsboenden i Finland och



Danmark kan vi inte avgöra om bristen på allmänläkare sammanfaller med sämre tillgång till läkare på vård- och omsorgsboenden.

### 6.2.2 Medicinska insatser på jourtid och beslut om sjukhusinläggning

Läkare och sjuksköterskor arbetar i regel vanliga kontorstider, och om det inte går att nå en läkare för konsultation på jourtid kan besök på en akutmottagning vara det enda alternativet. Behovet av medicinska bedömningar på jourtid hanteras på olika sätt i länderna men varierar också lokalt. Läkartillgång på jourtid verkar vara mer reglerat i Norge och Danmark där det alltid ska finnas en kommunal respektive regional jourläkare. Personer med hemsjukvård har också i högre grad en egen primärvårdsläkare, som ibland kan vara tillgänglig på jourtid. I Sverige och Finland beror möjligheten till läkarkonsultation under jourtid i stället på avtalen som upprättats mellan omsorgen eller den kommunala vården och primärvården eftersom man inte har en generell tillgång till jourläkare eller en egen fastläkare. Samtidigt förekommer det även till exempel i Norge att äldre personer behöver uppsöka sjukhus akut eftersom de inte får tillgång till läkare på annat sätt (Norsk forening for allmenmedisin 2014).

Om en person på särskilt boende i Sverige behöver vård under dagtid på vardagar tillfrågas en sjuksköterska, som vid behov kontakter läkare. På jourtid är det mer komplext då avtalen som reglerar tillgången till läkare skiljer sig åt. Detsamma gäller inom hemsjukvården. Om tillgång till läkare saknas på jourtid är man hänvisad till sjukhusens akutmottagningar för hjälp. Personal på boenden eller i hemtjänsten kan alltid tillkalla ambulans om inte legitimerad personal finns tillgänglig.

I Danmark är det i första hand den egna allmänläkaren som bedömer när en person behöver sjukhusvård. För personer som bor på vård- och omsorgsboenden där en läkare är knuten till boendet är det denna läkare som kontaktas, om inte personen valt att behålla sin egen allmänläkare. På kvällar och helger finns dessutom regionens jourläkare och en regional akuttelefon (Lægevakten.dk u.å.). Det finns också personal som kan göra hembesök när någon har ett akut behov av läkartillsyn.

I Finland beror läkartillgången på vård- och omsorgsboenden under jourtid på de avtal som boendet slutit med primärvården. När det gäller hemsjukvård ger två tredjedelar av hemvårdsenheterna vård även under natten och majoriteten (61 procent) av enheterna har tillgång till läkarkonsultation dygnet runt (Rissanen et al, 2020). Om läkare inte är tillgänglig på boendet eller inom hemsjukvården kan baspersonalen hänvisa



direkt till sjukvården. Ofta har primärvård och sjukhusvård gemensamma jourtjänster. Under jourtid sköts det mesta av vården av sjukhusen och vid sjukhusens samjourer (Olejaz m.fl 2012; Kokko 2009; Social- och hälsovårdsministeriet u.å.b).

I Norge har kommunerna ansvar för att det finns läkarjour dygnet runt i primärvården, enligt den så kallade legevaktsordningen. För akut sjukvård på sjukhusens akutavdelningar krävs remiss. För personer som bor i eget hem eller omsorgsboenden är det kommunens jourhavande läkare som fattar beslutet om att skicka en person till sjukhus och som då skriver remiss, och för dem som bor på sjukhem är det sjukhemmets jourhavande vårdpersonal och eventuell jourläkare som fattar beslut. Även ambulanspersonal kan skriva remiss till akuten. Två tredjedelar av alla akuta inläggningar på sjukhus beslutas av kommunens jourläkare (Norsk forening for allmenmedisin 2014). Det finns dock problem med att juren bemannas av många olika läkare med varierande erfarenhet och att kapaciteten inte alltid räcker till, vilket skapar fler inläggningar på sjukhus (Norsk forening for allmenmedisin 2014).

### **6.2.3 Samordning organiseras på olika sätt, men är en utmaning i samtliga länder**

Samordning av äldreomsorgen, primärvården och den specialiserade vården är en utmaning som man försöker lösa i samtliga länder (Iversen mfl. 2016). En faktor som får konsekvenser för hur samordningen ordnas är skillnaderna i primärvårdens organisering. I Danmark och Norge har fastläkaren en viktig roll, medan vård- eller hälsovårdscentralen och eventuell fast vårdkontakt (som inte behöver vara en läkare) är en samlande punkt i Sverige och Finland. Oavsett organisation har dock sjuksköterskor inom äldreomsorg och primärvård en viktig roll i samordningen av vård- och omsorgsinsatser. En annan skillnad mellan länderna är huvudmannskapet för vården. I Sverige, Danmark och Norge behöver samordning mellan äldreomsorg och sjukhusvård ske över en huvudmannagräns, och det är obligatorisk att upprätta samarbetsavtal mellan de olika nivåerna.

Brister i samordning har varit föremål för mycket diskussion i Sverige och gränsdragningen mellan den kommunala hälso- och sjukvården och de regionala vårdcentralerna beskrivs ofta som huvudorsaken (se exempelvis SKR 2020b). Samverkan med den regionala primärvården upplevs enligt Socialstyrelsen fungera bra på vård- och omsorgsboenden, men sämre för dem som bor i eget hem (Socialstyrelsen 2020d).

Det finns ett generellt krav på samverkan mellan kommuner och regioner i HSL (16 kap. 2 §). Om en patient som skrivs ut från slutenvården behöver insatser från både kommun och region ska också representanter för de enheter som står för insatserna ta fram en individuell plan för att underlätta samordningen (lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)). För att förbättra samordningen mellan kommunal och regional primärvård har vissa svenska kommuner och regioner startat mobila team som är inriktade på vård i hemmet för bland annat sköra äldre. Teamen verkar över huvudmannagränsen och kan till exempel bestå av sjuksköterskor från hemsjukvården och läkare från vårdcentralen (Socialstyrelsen 2019d; Falu kommun 2020; Region Gävleborg 2020; Malmö stad 2021; Uddevalla kommun 2021).

De flesta i Sverige är listade på en vårdcentral, men det går att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den möjligheten har införts för att underlätta samordning, främst för dem med störst behov av vård (7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § patientlagen). Patienter har också möjlighet att få en fast vårdkontakt (4 kap. 1 § HSL, 6 kap. 2 § patientlagen) som ska stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna insatserna (prop. 2009/10:67 s.61). År 2019 uppgav 26 procent av befolkningen att de hade en fast läkarkontakt på en vårdcentral och 15 procent att de hade en fast vårdkontakt som inte var läkare, oftast en sjuksköterska. Det är vanligare att äldre och personer med långvariga sjukdomar har en fast läkarkontakt jämfört med befolkningen i övrigt. Undersökningar pekar mot att betydligt fler hade önskat eller behövt en fast kontakt och tillgången till fasta kontakter tycks inte förbättras över tid (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

I Danmark har den egna läkaren inom primärvården (almen praksis) en viktig roll i samordningen av vårdinsatser (WHO 2019; Ministry of Health 2017). Som tidigare nämnts pågår det dock en omställning till att äldreboenden ska ha allmänläkare knuten till sig, och boendeläkaren övertar då denna roll. Sjukhus och andra specialister måste skriva utskrivningsmeddelande till namngiven läkare i primärvården efter avslutad behandling (Hasvold & Christensen 2015; Sundhetsdatastyrelsen 2016). Danska kommuner och regioner måste ingå regelbundna avtal kring hur primärvården och sjukhusvården ska samarbeta (WHO 2019; se till exempel Region Syddanmark 2020) Samordningen mellan primärvårdsläkare och sjukhus är dock inte strukturerad eller institutionaliserad (Hasvold & Christensen 2015).

I Finland behöver samordningen av äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård inte ske över en huvudmannagräns eftersom kommunerna



ansvarar för samtliga områden. Primärvård och äldreomsorg tillhandahålls dock genom huvudmännen, som antingen är enskilda större kommuner eller samarbeten mellan flera kommuner, medan sjukhusvården är delegerad till gemensamma sjukvårdsdistrikt. Sjukvårdsdistrikten ska ha en administrativ primärvårdsenhet som bland annat ansvarar för samordning med primärvård och socialväsande (35 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010 35)).

De finska hälsovårdscentralerna fungerar som samlande punkt de i äldres vård. Hälsovårdscentralerna är ofta utgångspunkt för hemsjukvården och läkarvård på boenden och sköter även viss vård som i andra länder brukar ges på sjukhus (Forma m.fl. 2020b). Bland annat har hälsovårdscentralerna vårdavdelningar där många tillbringar sin sista tid i livet (Forma m.fl. 2020a). Hälsovårdscentralerna är särskilt inriktade på grupper med stora behov, bland annat äldre, eftersom den vård som är knuten till anställningsavtal och den privat köpta vården fångar upp andra grupper. Primärvårdsläkarna och framför allt sjuksköterskorna på hälsovårdscentralerna har en viktig roll i att koordinera vården (Keskimäki m.fl. 2019).

Även i Finland anses samordning vara en av de största utmaningarna för vården och äldreomsorgen (Aaltonen 2015). Utvecklingen har gått mot en ökande integrering av primärvård, sjukhusvård och socialtjänst som bland annat syns i att hemtjänst och hemsjukvård har slagits ihop (Kokko 2009). Det uppskattas dock finnas stora regionala skillnader i hur samordningen ordnas (Iversen m.fl. 2016).

I Norge har fastläkaren en samordnande roll när det gäller medicinska behov och åtgärder för dem som har äldreomsorg och bor i eget boende eller på ett omsorgsboende (som inte är sjukhem). Fastläkaren kommunicerar till exempel patientens behov till kommunen och om patienten beviljas hemsjukvård koordineras och utförs vården av kommunens sjuksköterska i samråd med fastläkaren<sup>10</sup> (18 och 19 §§ fastlegeforskriften). Det finns rapporter om brister i samordningen mellan fastläkare och andra instanser, såsom hemsjukvård och sjukhus (Martens 2014), vilket har kopplats till att det saknas incitament för samverkan. Det är också relativt ovanligt med multiprofessionellt teamarbete (Vård- och omsorgsanalys 2017).

Den norska helse- og omsorgstjenesteloven föreskriver att kommunen ska utarbeta en individuell plan för personer som behöver långvariga och samordnade insatser i enlighet med hälso- och vårdtjänstlagen. En särskild samordnare ska ha huvudansvaret för att den enskilda patienten

---

<sup>10</sup> Ingrid Sperre Saunes, seniorrådgivare Folkhelseinstituttet, kommunikation 2 februari 2021 om 18 och 19 §§ fastlegeforskriften.

eller användaren får nödvändig uppföljning. Samordnaren ska säkerställa att insatsutbudet samordnas och att den individuella planen tas fram och följs upp, medan fastläkaren ansvarar för den medicinska koordineringen (Helsedirektoratet 2018a). Det är dock få personer över 67 år med hemtjänst eller hemsjukvård (0–2 procent) som har en individuell plan (Helsedirektoratet 2020c).











## Personal och bemanning

Personalen är äldreomsorgens mest omfattande resurs, och kvaliteten på den vård och omsorg som äldre får är i hög grad kopplad till kompetensförsörjningen. De kommunala omsorgstjänsterna ställer höga krav på personalens kompetens eftersom de främst vänder sig till personer med multisjuklighet, ofta i kombination med omfattande funktionsnedsättningar. Många av mottagarna av äldreomsorg är också personer med demens.

I detta kapitel jämför vi de olika länderna när det gäller personalens kompetens, bemanningen inom äldreomsorgen, anställningsformerna och personalkontinuiteten. Vi beskriver också personalsituationen i vart och ett av de jämförda länderna.

### 7.1 JÄMFÖRELSE AV BEMANNING, KOMPETENS OCH ANSTÄLLNINGSFORMER

I detta stycke jämför vi personalresurserna i de olika länderna med fokus på utbildning, bemanning och anställningsvillkor.

#### 7.1.1 Sverige och Norge har högst andel omsorgspersonal utan formell utbildning

Baspersonal i äldreomsorgen har liknande kompetensprofil men både utbildningssystemet och uppdelningen på olika yrkesgrupper varierar mellan de nordiska länderna. Länderna redovisar också personalstatistik på olika sätt, så sammantaget är det svårt att jämföra kompetensförsörjningen.



Sverige är det enda land där undersköterskor, den största yrkesgruppen bland omsorgspersonalen, inte har skyddad yrkestitel med nationellt fastslagen kompetensnivå. Skyddad yrkestitel införs från och med 1 juli 2023 (Riksdagen 2021). Den som är tillsvidareanställd som undersköterska men inte uppfyller utbildningskraven får dock fortsätta använda titeln till 2033. Vidare är andelen personal utan relevant yrkesutbildning förhållandevis hög i Sverige. Andelen omsorgspersonal utan relevant yrkesutbildning är omkring en tredjedel i Sverige och Norge, runt en femtedel i Danmark och uppskattningsvis inte mer än en tiondel i Finland (SOU 2017:21; Toft & Handberg 2020; HelseDirektoratet 2019a; Szebehely 2020).

I utredningen om reglering av yrket undersköterska (SOU 2019:20) kopplas problem med bristande och varierande kompetens bland undersköterskor till att de har olika och ibland bristfällig utbildning. Omvårdnadspersonalens kompetens är tydligare reglerad i de övriga länderna. I Finland beskrivs i synnerhet närvårdares kompetens som noga reglerad, och de framstår som särskilt välutbildade i en internationell jämförelse<sup>11</sup> med kompetenskrav ”nära” sjuksköterskornas (SOU 2019:20; Valvira 2017).

I Sverige beskrivs också att det är för liten skillnad i arbetsuppgifter mellan undersköterskor och övriga yrkesgrupper med kortare utbildning, och att det i vissa delar kan innebära en patientsäkerhetsrisk. Detta kopplas i utredningen till oklarheter i undersköterskors kompetenskrav, men framför allt till personalbrist (SOU 2019:20). På detta område finns tydligare skillnader mellan de olika yrkesgrupperna i både Finland och Danmark (SOU 2019:20, Vinge & Hjort-Enemark Topholm 2021). En skyddad yrkestitel behöver dock inte innebära att de olika yrkesgrupperna i praktiken får tydliga roller. Även i Norge upplevs differentieringen av helsefagarbeideres och icke-utbildad personals arbetsuppgifter som problematisk, trots att helsefagarbeter är auktoriserade (SOU 2019:20).

Vi ser även vissa skillnader i utbildningsprofil mellan ländernas baspersonal. De finska närvårdarna framstår som mer medicinskt inriktade än baspersonalen i de övriga länderna (SOU 2019:20). De danska social- och sundhedshjælper är i stället inriktade på omsorg enligt serviceloven, och deras kompetens kompletteras av social- och sundhedsassistenter som är inriktade på vård enligt sundhedsloven (Vinge & Hjort-Enemark Topholm 2021). Svenska undersköterskor och norska helsefagarbeter har en mindre tydlig profilering mot vård eller omsorg (SOU 2019:20; Utdanning.no 2021).

---

<sup>11</sup> Siv Sandberg, universitetslärare, Åbo Akademi, SILF Vårdens styrning i Norden. Webbinarium 3 maj 2021.

## 7.1.2 Finland tycks ha lägre bemanning

Det saknas konsensus när det gäller vad som är en god bemanningsnivå per brukare. Den beror exempelvis på brukarnas behov men också på ambitionsnivån i insatserna (Wånell & Trygg 2010, Harrington m.fl. 2012). Vad som ingår i arbetet varierar, till exempel om omsorgspersonal på boenden även sköter städning, och därför är det också svårt att jämföra länderna.

Inga av länderna har direkta, nationella uppgifter om faktisk personaltäthet. I Sverige finns exempelvis statistik över kommunalt anställd personal inom äldreomsorgen men inte motsvarande uppgifter för privata utförare. För de övriga länderna redovisas uppgifterna inte alls eller på annat sätt. Szebehely (2020) uppskattar att personaltätheten på äldreboenden (alla typer av boenden, vardagar under dagtid), är ungefär lika stor i Sverige, Danmark och Norge men lägre i Finland (Szebehely, Stranz & Strandell 2017b). Bemanningen beräknas till runt 3 brukare per anställd i de tre förstnämnda länderna och 4,3 brukare per anställd i Finland. Utifrån antalet helårsarbetare kan man anta att personaltätheten är högre på norska sjukhem än på boenden med heldygnsomsorg i de andra länderna, medan bemanningen på norska vård- och omsorgsboenden över lag uppskattas vara i nivå med de svenska och danska (Szebehely 2020). Finland tycks alltså utmärka sig genom lägre bemanningsnivåer än de andra länderna. I Finland har man dock nyligen, som enda land i Norden, infört ett lagstadgat krav på minsta bemanningsnivå inom äldreomsorgen.

## 7.1.3 Olika anställningsvillkor men samma rekryteringsproblem

Anställningsformerna är en väsentlig del i kompetensförsörjningen och påverkar exempelvis arbetsbelastningen, yrkenas attraktivitet och personalkontinuiteten för brukarna. På detta område ses skillnader både i heltidsanställningar och i andelen osäkra anställningar.

I Sverige, Danmark och Norge är andelen heltidsanställda betydligt lägre inom äldreomsorgen än bland kommunernas övriga personalgrupper, även om heltidsanställning är vanligare bland personalgrupper med längre utbildning. Andelen heltidsarbetande i finsk äldreomsorg är däremot mer lik arbetsmarknaden i stort.

För andelen timanställningar och andra korttidsanställningar saknas exakta uppgifter för flera länder, men andelen timanställda verkar vara högre i Sverige än i Danmark (drygt en fjärdedel jämfört med knappt en femtedel)



sett till all omsorgspersonal (SKR 2021b; Social og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed 2020). Andelen korta anställningar beskrivs som hög i Norge<sup>12</sup>.

Samtliga länder har problem med att rekrytera personal, och svårigheterna förväntas öka eftersom en allt större del av befolkningen kommer att bestå av äldre. En anledning är att äldreomsorgen generellt inte ses som en attraktiv arbetsplats i länderna. Vi gör inte någon jämförelse av arbetsmiljön och sjukskrivningstalen bland personal i de olika länderna eftersom det skulle kräva en mer djupgående analys än vad som rymts inom projektet. Däremot kan vi konstatera att arbetet inom äldreomsorgen uppfattas som tungt och att sjukskrivningstalen är högre än på arbetsmarknaden i stort i samtliga länder (Szebehely 2020; Socialstyrelsen 2020d; Sundheds- og Ældreministeriet 2020; Finansministeriet m.fl. 2018; Regeringens proposition 2020; Helsedirektoratet 2019a). Arbetsvillkoren är därför en viktig faktor för den framtida kompetensförsörjningen. Personalens villkor i de nordiska länderna har nyligen jämförts mer utförligt av den svenska Coronakommissionen. Över lag konstaterade då Szebehely (2020), utifrån enkäten Nordcare från 2015, att det inte framkommer några entydiga skillnader mellan länderna när det gäller omsorgspersonalens arbetsbelastning, men att personalen i Sverige var mer fysiskt och psykiskt trött än personalen i grannländerna. I samtliga länder finns initiativ kring kompetensförsörjningen.

#### **7.1.4 Det saknas jämförbar data om personalkontinuitet**

Vi saknar även direkt jämförbara uppgifter om personalkontinuiteten i de olika länderna. Studien Nordcare fann att antalet personer som en anställd på äldreboende hjälper under ett arbetspass var lägst i Danmark, tätt följt av Norge, medan antalet var högre i Sverige och högst i Finland (Szebehely 2020). Det behöver dock inte motsvara antalet personal som en boende möter. För Sverige finns en kvalitetsindikator över antalet personal som en person med hemtjänst i genomsnitt träffar under en tvåveckorsperiod, men det finns ingen jämförbar indikator för boenden eller för något att dessa områden i de andra länderna.

Det finns en rad faktorer som kan påverka förutsättningarna för personalkontinuitet. Till att börja med kan en hög andel fastanställd personal antas innebära att personalen stannar längre på arbetsplatsen, med lägre

---

<sup>12</sup> Mia Vabø, forskare, Äldres hälsa under covid-19. Webbinarium 12 oktober 2020.

sjukfrånvaro och mindre behov av vikarier. En hög andel heltidsanställda kan innebära att brukarna träffar färre olika personer, men det skulle också kunna medföra sämre scheman som ökar sjukfrånvaron och personalomsättningen. En högre bemanningsnivå skulle kunna innebära ökad flexibilitet och att personalen exempelvis inte behöver dela sin tid mellan olika avdelningar. Alla dessa faktorer kan antas påverka personkontinuiteten. På flera punkter saknas dock heltäckande och jämförbar data, och de uppgifter vi har är heller inte entydiga. Det gör att vi inte kan värdera om till exempel Danmarks högre andel deltidsanställningar, men lägre sjukskrivningstal, sammantaget ger bättre förutsättningar för kontinuitet än i Sverige. I vidare analyser är det viktigt att undersöka hur man kan skapa förutsättningar som främjar kontinuitet.

## 7.2 PERSONALEN I DE OLIKA LÄNDERNA

I samtliga länder består personalen inom äldreomsorgen framför allt av omsorgspersonal och sjuksköterskor. En sammanställning av yrkesgrupperna finns i tabell 6. Baspersonalen, som huvudsakligen arbetar med praktisk hjälp och omvårdnad inom äldreomsorgen, utgörs i samtliga länder av personal med omsorgsrelaterad yrkesutbildning på 1–4 år. Utöver dessa finns yrkesgrupper med utbildning från yrkeshögskola eller högskola, vilka har olika grad av medicinsk kompetens, framför allt sjuksköterskor.



Tabell 6. Sammanställning av de vanligaste yrkesgrupperna inom äldreomsorgen.

Utbildning	Sverige	Danmark	Finland	Norge
Yrkesutbildning ≤1 år	Vårdbiträde Arbetsmarknadsutbildning, komvux		Vård- och anstaltsbiträde Omsorgsassistent	
Yrkesutbildning 1–4 år	Undersköterska Gymnasial yrkesutbildning 3 år, komvux, arbetsmarknadsutbildning, validering m.m.	Social- og sundhedshjælper. Yrkesutbildning 2 år och 2 månader Social- og sundhedsassistent Yrkesutbildning, kan kombineras med studentexamen, 4 år 7 månader	Närvårdare Yrkesutbildning, kan vara gymnasieutbildning, läroavtalsutbildning eller vuxenutbildning, 2–3 år	Helsefagarbeidere 2 år studier, 2 år praktik
Eftergymnasial utbildning Högskola/universitet/ yrkeshögskola, 3–4 år	Sjuksköterska 3 år	Sjuksköterska (sygeplejerske) 3,5 år	Sjuksköterska (sjukskötare) 3,5 år Hälsovårdare 4 år Geronom 3,5 år	Sjuksköterska (sykepleje) Vernepleje Både 3 år
		Ytterligare yrkesbenämningar som fasas ut	Ytterligare yrkesbenämningar som fasas ut	Ytterligare yrkesbenämningar som fasas ut

Källor: Sverige: Framtidsutveckling (u.å.), SOU 2019:20; Universitets- och högskolerådet (2019), Danmark: Vinge & Hjort-Enemark Topholm (2021), Sundheds- og Ældreministeriet (2016), Finland: Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer (u.å.), Helsingfors stad (u.å.), Norge: Utdanning.se (u.å.a.b.c)

## 7.2.1 I Sverige är personalens kompetens mindre reglerad och många saknar utbildning

År 2015 var ungefär 230 000 anställda som omsorgspersonal inom den kommunalt finansierade vården och omsorgen om äldre i Sverige. Till detta kommer drygt 13 000 sjuksköterskor. Båda uppgifterna inkluderar deltidsanställda. Omräknat till heltidsanställningar blir det 168 000 omsorgspersonal och knappt 11 000 sjuksköterskor (SOU 2017:21).

De huvudsakliga personalgrupperna är undersköterskor och vårdbiträden, där undersköterskor är den största gruppen och utgör ungefär 70 procent av alla månadsavlönade. Andelen sjuksköterskor är runt 6 procent av alla anställda och 7 procent omräknat till heltidsanställningar. När det gäller antal helårsarbeten per yrkeskategori finns enbart statistik om personal som är anställd av kommunerna och alltså inte för privatanställda.

De flesta undersköterskor har vård- och omsorgsutbildning, antingen på gymnasienivå eller från en kommunal vuxenutbildning. Det finns också utbildningar för att bli specialistundersköterska. Undersköterska är i dag inte en skyddad yrkestitel och utbildningens längd och innehåll varierar. Titeln kommer att regleras från och med 1 juli 2023. Den som är tillsvidareanställd som undersköterska när regleringen träder ikraft kommer att kunna fortsätta använda titeln fram till 2033, även om utbildningskraven inte uppfylls (Socialdepartementet 2021; Riksdagen 2021). Ett vårdbiträde har i stort sett samma arbetsuppgifter som en undersköterska men har kortare utbildning eller saknar formell utbildning inom området (SOU 2021:52). Utbildningsnivån för personal inom äldreomsorgen har ökat över tid genom att det finns allt fler undersköterskor och färre vårdbiträden.

Äldreomsorgen i Sverige har en förhållandevis stor andel personal utan yrkesutbildning. För några år sedan saknade var femte månadsanställd på äldreboenden yrkesförberedande utbildning, liksom var fjärde inom hemtjänsten, och andelen var högre bland timanställda (SOU 2017:21). Andelen av alla anställda som saknar motsvarande en yrkesexamen på gymnasienivå är högre, omkring en tredjedel (SOU 2017:21). Den statliga utredningen om regleringen av yrket undersköterska fann omfattande brister i undersköterskors kompetens. Utredningen fann också att arbetsgivarna ser bristande språkkunskaper som ett stort problem i verksamheterna (SOU 2019:20). Även IVO har funnit att bristande kunskaper i svenska kan leda till allvarliga risker.

Det saknas nationella registerbaserade uppgifter om personaltätheten per brukare (SOU 2020:80), men enligt Socialstyrelsen enhetsenkät är



genomsnittet runt 0,3 anställda per brukare på särskilda boenden på vardagar under dagtid (Socialstyrelsen 2019c). Variationen mellan kommunerna är dock stor.

Runt 40 procent av personalen är heltidsanställd, och andelen har ökat under en längre tid (Szebehely, Stranz & Strandell 2017; Szebehely 2020). När det gäller anställningsform var drygt 25 procent av de anställda inom äldreomsorgen timanställda 2015 (Socialstyrelsen 2015) och 2019 var totalt 28 procent av undersköterskor och vårdbiträden inom hemtjänst och särskilda boenden timanställda (SKR 2021b). Mer osäkra anställningsformer är vanligare bland personal utan formell utbildning, och det är något vanligare med timanställningar hos privata utförare (Rostgaard m.fl 2015).

Flera utredningar har nyligen berört kompetensförsörjningen i svensk äldreomsorg mer djupgående. Utredningen Nationell samordnare för kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre lade fram sitt betänkande i juni 2021. I betänkandet lyfter utredningen fram viktiga förändringar för att göra äldreomsorgen till en mer attraktiv arbetsplats, bland annat ökad professionalisering, förbättrad arbetsmiljö, förbättrade anställningsformer och ett stärkt ledarskap med färre anställda per chef. Utredningen menar att kommunerna behöver ha ett systematiskt och långsiktigt arbete med kompetensförsörjningen, vilket i dag varierar stort mellan kommuner, samtidigt som staten behöver stödja arbetet (SOU 2021:52).

Det pågår flera nationella initiativ för att förbättra kompetensförsörjningen, till exempel Äldreomsorgslyftet som ger statliga medel för att ny och befintlig personal ska kunna utbilda sig på betald arbetstid (Socialstyrelsen 2021c). Nationella vårdkompetensrådet, som bidrar med rådgivning och samverkan kring kompetensförsörjningen inom vården, omfattar i dag endast yrkesgrupper med högskoleutbildning men kan enligt ett förslag på sikt omfatta även undersköterskor (Socialstyrelsen 2021b).

## **7.2.2 Personalen i Danmark arbetar oftast deltid**

I Danmark fanns 2020 motsvarande 69 000 heltidsanställda som social- och vårdpersonal och sjuksköterskor inom äldreomsorgen. På boenden med heldygnsomsorg arbetar huvudsakligen tre personalgrupper: social- och hälsovårdshjälpare, social- och hälsovårdsassistenter och sjuksköterskor. Social- och hälsovårdshjälpare arbetar med personlig omvårdnad och praktisk hjälp. Social- och hälsovårdsassistenter hanterar dessutom bland annat administration av läkemedel och ska också säkerställa ett



sammanhängande vårdförlopp samt reagera på observerade förändringar i brukarens eller patientens sjukdomstillstånd (Sundheds- og Ældreministeriet 2016). Dessvärre saknas aktuell data, men 2010 uppskattas att ungefär hälften av de anställda var social- och hälsovårdshjälpare, en tredjedel social- och hälsovårdsassistenter och ungefär en tiondel sjuksköterskor (Rostgaard 2020). Det finns också anställda med äldre yrkesbenämningar och personal som saknar yrkesutbildning. Andelen personal utan yrkesutbildning har ökat över tid och rapporterades 2020 vara 21 procent (Toft Handberg 2020).

Social- och hälsovårdshjälpare har en tvåårig yrkesutbildning medan social- och hälsovårdsassistenter har en längre yrkesutbildning. Tidigare har utbildningen till social- och hälsovårdsassistent varit en påbyggnad på social- och hälsovårdshjälparutbildningen, men sedan 2017 har utbildningarna i stället getts mer skilda profiler. Social- och hälsovårdshjälpare är nu inriktade på omsorg enligt serviceloven, medan social- och hälsovårdsassistenter har mer medicinsk utbildning och är inriktade på vård enligt sundhedsloven (Vinge & Hjort-Enemark Topholm 2021).

Antalet anställda per brukare på boendena varierar mycket mellan kommunerna, i synnerhet för nattbemanningen. Den genomsnittliga personaltätheten på danska boenden med heldygnsoomsorg uppskattas vara ungefär som i Sverige (Szebehely 2020).

Inom äldreomsorgen arbetar de flesta deltid och andelen med heltidsanställningar varierar mellan olika yrkesgrupper. Bland omsorgspersonalen är andelen heltidsanställda 10 procent. Av sjuksköterskorna arbetar 24 procent heltid, och nästan alla sjuksköterskor i ledande ställning är heltidsanställda. Andelen timanställda är totalt 18 procent bland omsorgspersonalen. Andelen timanställda är lägre bland social- och hälsovårdshjälpare (7 procent) och social- och hälsovårdsassistenter (6 procent), medan hälften av de som tillhör äldre yrkesbeteckningar eller saknar yrkesutbildning är timanställda (Social og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed 2020).

### **7.2.3 Finland har utbildad, fast anställd personal men låg bemanning**

I Finland arbetade 2018 cirka 50 000 vård- och omsorgsanställda vid boenden med heldygnsoomsorg, inom hemvården och på vanliga serviceboenden. En dryg tredjedel av personalen arbetade inom hemvården och två tredjedelar på boenden (THL 2021e). Statistiken för tjänster i hemmet är dock inte jämförbar med den svenska eftersom den även inkluderar hälsotjänster och hemsjukvård. Den största gruppen bland baspersonalen utgörs av närvårdare och av äldre motsvarande yrkeskategorier. Inom heldygnsoomsorgen utgör



dessa omkring 80 procent medan andelen sjuksköterskor och hälsovårdare är totalt 9 procent. Vi saknar uppgift om andelen personal utan relevant yrkesutbildning, men i statistik från heldygnsomsorgen räknas de in i samma kategori som vårdbiträden, hemvårdare med flera som sammanlagt utgör 11 procent av personalstyrkan (Szebehely 2020).

Närvårdare har en treårig yrkesutbildning som också utgör grundexamen för andra yrkesgrupper inom social- och hälsovården. Hemvårdare och hemhjälpare har motsvarande examen, men dessa utbildningar håller på att fasas ut. Sjuksköterskor (i Finland kallade sjukskötare) och geronomer har utbildningar som leder till yrkeshögskoleexamina inom social- och hälsovård. Personal som utbildats utanför EU/EES-området behöver språkkunskaper i finska för att få använda sin legitimation eller en skyddad yrkestitel. Inom äldreomsorgen berör detta till exempel närvårdare och hemvårdare (proposition RP 69/2018).

I Finland är arbetsgivaren enligt lag skyldig att se till att det vid varje arbetsskift finns tillräckligt många yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården i förhållande till klienternas behov och antal. Lagen reglerar också vilka yrkesgrupper som får arbeta på serviceboenden med heldygnsomsorg. Finland är därtill det enda av de jämförda länderna som har ett lagstadgat krav på bemanning inom äldreomsorgen: minst 0,7 heltidsanställd per brukare inom boenden med heldygnsomsorg. Lagen kom 2020 och nivån ska uppnås senast 2023 (lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre; Social- och hälsovårdsministeriet u.å.a). Denna bemanningsnivå är dock inte jämförbar med de nivåer som anges för Sverige ovan, eftersom de beräknas på olika sätt. Den finska personaldimensioneringen handlar om bemanning omräknat till heltidstjänster och gäller endast brukarnära arbetsuppgifter, inte städning med mera (THL 2021b). Som nämnts tidigare uppskattas bemanningen på de finska äldreboendena vara lägre än i de övriga länderna.

En stor majoritet av personalen inom den finska äldreomsorgen arbetar heltid. År 2017 var andelen heltidsanställda 83 procent på boenden med heldygnsomsorg, och totalt 90 procent av omsorgspersonalen inom äldreomsorgen uppskattas jobba heltid (Szebehely 2020). Andelen som har heltidsanställning är något högre bland kommunanställda jämfört privatanställda. Andelen deltidsanställda är lägre än inom många andra branscher, men har ökat något under de senaste åren.

## 7.2.4 Även i Norge finns många icke-utbildade och deltidanställda

I Norge arbetar ungefär 55 procent av de anställda inom sektorn på institutioner, främst sjukhem, och övriga inom hemtjänst eller på omsorgsboenden. På institutioner (sjukhem) är det vanligast med helsefagarbidere (44 procent), sjuksköterskor (32 procent) och icke yrkesutbildad personal (21 procent). I hela den kommunala omsorgen (som omfattar även yngre personer) stod 2019 icke yrkesutbildad personal för 23 procent av årsverken och utgjorde 30 procent av alla anställda (Helsedirektoratet 2019a). Ytterligare en yrkeskategori är vernepleier (3 procent) som har särskild kompetens inom rehabilitering och demenssjukdom. Helsefagarbidere har en gymnasial utbildning medan sjuksköterskor och vernepleier har högskoleutbildning. Icke yrkesutbildade (ufaglerte) är anställda utan vård- eller omsorgsutbildning eller studenter som går en utbildning inom vård och omsorg.

Det är upp till kommunerna att ställa krav på språkkunskaper för icke-legitimerad personal (Helsedirektoratet 2020e; Skotheim 2018). En del av Kompetansløft 2020 handlar om att öka tillgången på kvalificerad personal med annat språk än norska (Helsedirektoratet 2019a). En undersökning från 2018 visar att vissa kommuner arbetar systematiskt med att kartlägga och lyfta språkkunskaperna i norska bland anställda i omsorgen med annat modersmål (Rambøll 2018).

Majoriteten av dem som arbetar inom omsorgen har en deltidstjänst, och det är vanligare med deltidsarbete bland personalgrupperna med kortare utbildning. Andelen heltidsanställda är 13 procent bland de icke yrkesutbildade, 25 procent bland yrkesutbildad omsorgspersonal (helsefagarbidere, hjelpepleiere och omsorgsarbetare) och 55 procent bland sjuksköterskor. Inom alla personalkategorier har andelen heltidsarbetande ökat sedan 2015, för helsefagarbidere med hela 13 procent (Helsedirektoratet 2019a). Norge har också en stor andel utländsk (bland annat svensk) personal som arbetar på korttidskontrakt<sup>13</sup>, men vi saknar exakt uppgift om hur stor andel av personalen som har korttids- eller timanställningar.

<sup>13</sup> Mia Vabø, forskare, Äldres hälsa under covid-19. Webinarium 12 oktober 2020.









## Kvalitetsarbete och uppföljning

I detta kapitel ger vi en översikt över kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Systematiskt kvalitetsarbete bygger på att man kontinuerligt förbättrar kvaliteten i organisationen genom planering, uppföljning och utveckling av verksamheten. Kapitlet inleds med en beskrivning av hur ansvaret för kvalitetsarbetet är fördelat i de olika länderna. Därefter beskriver vi hur länderna följer upp olika aspekter av kvalitet.

### 8.1 KVALITETSARBETE OCH UPPFÖLJNING PÅ FLERA NIVÅER

Flera olika aktörer arbetar med uppföljning och kvalitetsutveckling inom äldreomsorgen, på flera nivåer. Verksamheterna bedriver kontinuerligt kvalitetsarbete, kommunerna är i egenskap av huvudmän ansvariga för äldreomsorgens kvalitet och statliga myndigheter står för övergripande uppföljning och analys.

I alla länder utom Danmark finns krav på att verksamheterna ska ha ett systematiskt kvalitetsarbete. Det handlar om att kontinuerligt förbättra kvaliteten i verksamheten genom att planera, följa upp och utveckla den. Kravet gäller både vård- och socialtjänstdelarna av verksamheten, även i de länder där dessa regleras av olika lagar. Verksamheterna är också skyldiga att rapportera uppgifter till kommunen och nationella aktörer för övergripande uppföljning.

I samtliga länder finns uttalade krav på kommuner att följa upp kvaliteten i verksamheterna, oavsett om den själv är utförare eller om det är en privat aktör som driver verksamheten. Kommunen har också ansvar för att följa



upp enskilda ärenden för att kontrollera att brukare fått den omsorg som de behöver och avgöra om behovet av omsorg har förändrats.

Formerna för kommunernas kvalitetsansvar skiljer sig åt mellan länderna. I Sverige har till exempel medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) en viktig roll när det gäller kvalitetsarbetet inom vårdområdet (Socialstyrelsen 2014b). I Danmark ingår det i kommunstyrelsens tillsynsplikt att göra ett årligt tillsynsbesök på äldreboenden. Kommunen ska också publicera en tillsynspolicy för hemtjänsten som ska följas upp varje år (Sundheds- og Ældreministeriet 2018b). I Finland ska kommunen årligen utvärdera om äldreomsorgen är tillräcklig och vilken kvalitet den håller (Kommunförbundet 2017). I Norge har varje kommun en administrations- eller förvaltningschef som ansvarar för systematisk uppföljning, kvalitetsutveckling och säkerhet inom vård- och omsorgsverksamheterna (Helsedirektoratet u.å.a).

Även om äldreomsorgen är ett kommunalt ansvar pågår i alla länderna nationella initiativ för att öka kvaliteten och samla in nationellt jämförbara data. Från nationell nivå följs omsorgen upp för att ge underlag för nationella beslut, säkra likvärdighet över landet och effektivisera och stödja lokalt förbättringsarbete, genom till exempel gemensamma indikatorer. Som en del i att säkra likvärdighet följer man på nationell nivå spridningen i kvalitet mellan kommuner. I Sverige, Norge och Finland följer och redovisar den ansvariga myndigheten på nationell nivå löpande ett antal kvalitetsindikatorer, som inhämtas genom exempelvis enkäter till verksamheter och brukarundersökningar. Danmark avviker genom att ha mindre kvalitetsuppföljning på nationell nivå men det finns ett pågående arbete kring detta (Arbejdsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen 2019, Sundheds- og Ældreministeriet 2018a).

## 8.2 LÄNDERNA FÖLJER FRÄMST UPP BEMANNING OCH VÅRDSÄKERHET

Länderna följer framför allt upp bemanning och patient- och brukarsäkerhet. I alla länderna är den nationella uppföljningen främst inriktad på struktur- och processmått. Det främsta måttet på kvalitet i resultaten är brukarundersökningar.

När det gäller strukturmått är det vanligt att följa upp personalresurserna, som är viktiga för många aspekter av kvalitet. Mycket kvalitetsarbete är också inriktat på säkerhet och vårdprevention, och alla länderna bedriver ett patientsäkerhetsarbete som berör äldreomsorgen. Andra aspekter av kvalitet såsom personcentrering och tillgänglighet följs inte upp i lika hög grad, men



även dessa faktorer följs i viss mån med nationella indikatorer i alla länderna utom Danmark. Uppföljning av jämlikhetsperspektivet saknas genomgående bland de indikatorer som följs löpande.

Det finns generellt mindre data om socialtjänstområdet än om hälso- och sjukvården. Äldreomsorgen är dock den del inom socialtjänsten som följs upp mest, framför allt när det gäller hur nöjda brukarna är (Vård- och omsorgsanalys 2020a). I en internationell jämförelse finns det mycket välfärdsstatistik i de nordiska länderna (se till exempel Socialstyrelsens jämförelse mellan Norge, Danmark, England och Kanada (Berleen 2009)). Det innebär dock inte nödvändigtvis att uppgifterna är jämförbara så att det går att jämföra äldreomsorgens kvalitet.

### 8.2.1 Personalresurser

Ett vanligt strukturmått är att följa upp personalresurserna och man ser här särskilt till bemannings- och utbildningsnivåer. Personalresurserna kan kopplas till de flesta kvalitetsdimensioner inom god vård; tillräcklig bemanning med kompetent personal är till exempel en förutsättning för säker omvårdnad och gott bemötande.

I Sverige följs personalresurserna upp genom Socialstyrelsens öppna jämförelser. I Norge är kommunerna skyldiga att rapportera dessa uppgifter till Statistisk sentralbyrå (Berleen 2009), och i Finland ingår bemanningssituationen i Institutet för hälsa och välfärds (THL) löpande uppföljning av äldreomsorgslagen (THL 2021c). I Danmark går vissa uppgifter om personalen att följa genom kommunernas och regionernas löndatakontor (krl.dk u.å.). I Norge följs även personalens möjlighet till kompetensutveckling.

### 8.2.2 Säkerhet och vårdprevention

Vårdpreventivt arbete går ut på att undvika skador i vården och att alla ska garanteras en säker och jämlik vård. Äldre personer med sviktande hälsa och nedsatt rörelseförmåga drabbas ofta av fallskador, nutritionsproblem, trycksår och nedsatt munhälsa, oberoende av medicinska diagnoser. I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar för de tillstånden och att sätta in åtgärder vid behov. Detta är en viktig del i en säker vård och omsorg för de äldre.

Inom det preventiva arbetet följer alla länder utom Danmark förekomsten av trycksår eller vårdrelaterade infektioner, och man bedömer



nutritionstatus och fallrisker samt genomför läkemedelsgenomgångar utifrån nationella indikatorer. I Sverige följs detta upp i kvalitetsregistret Senior alert och av Socialstyrelsen i Öppna jämförelser.

### **8.2.3 Kvalitetsregister är ett verktyg för säker vård**

Nationella kvalitetsregister är ett verktyg för att samla och sprida kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och kan förbättras. I den svenska patientlagen definieras ett kvalitetsregister som en automatiserad, strukturerad samling personuppgifter för kvalitetsutveckling. Registren omfattar en patientgrupp med en viss sjukdom eller tillstånd, och man registrerar diagnoser, åtgärder och utfall på individnivå. De innehåller i ökande grad även patient- eller brukarrapporterade mått på hälsoutfall och avser fånga faktorer såsom personcentrering. Sverige är ensamt om att ha ett särskilt kvalitetsregister, Senior alert, specifikt om vårdprevention för äldre. Senior alert omfattar både den regionala vården och den kommunala vården och omsorgen.

I Norge finns dock liknande information i Kommunalt patient- och brukarregister (KPR). I KPR registreras alla som får insatser från kommunal vård och omsorg, både exempelvis äldreomsorg och vård till äldre i primärvården (Helsedirektoratet 2021a).

### **8.2.4 Brukarundersökningar används för att mäta resultat**

Det finns en ökad medvetenhet om vikten av att ta tillvara brukarnas erfarenheter för att förbättra omsorgsverksamheter (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Brukarundersökningar är ett av de huvudsakliga verktygen för att fånga upp denna typ av resultat kvalitet i äldreomsorgen. Frågorna kan omfatta upplevelsen av mötet med omsorgsgivaren, upplevd tillgänglighet och individanpassning. Samtidigt finns välkända problem med att använda brukarundersökningar för detta, bland annat eftersom det ibland är anhöriga som svarar i brukarens ställe och det är svårt att veta hur det påverkar resultaten (Vård- och omsorgsanalys 2020a).

I Sverige, Danmark och Finland är det obligatoriskt att göra regelbundna brukarundersökningar inom äldreomsorgen, men det är frivilligt för de norska kommunerna. I Sverige genomförs fler nationella brukarundersökningar än i de övriga länderna, men även Danmark och Finland är på väg att införa regelbundna nationella brukarundersökningar (Social- och hälsovårdsministeriet 2020; Sundheds og Ældreministeriet 2018a).

I Sverige gör Socialstyrelsen sedan 2013 den årliga brukarundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*. Den riktar sig till personer som fyllt 65 år och som mottar hemtjänst eller bor på särskilt boende. I 2018 års undersökning fick mer än 200 000 personer med äldreomsorg möjlighet att medverka. Av dessa besvarade 56 procent enkäten. Den innehåller både skattningar av nöjdhet och mer konkreta frågor om hur omsorgen utförs, till exempel om personalen har tillräckligt med tid och hur enkelt det är att få träffa en läkare (Socialstyrelsen 2020b).

I Danmark har regeringen och Kommunernas Landsförening tidigare rekommenderat kommunerna att vartannat år offentliggöra resultaten från lokala brukarundersökningar, men det har varit frivilligt. Nationella intervjuundersökningar har även riktats till ett litet urval av äldre med hemtjänst eller i särskilt boende. Resultaten går dock inte att jämföra mellan kommuner (Sundheds og Ældreministeriet 2018a). Vår bild är att de danska undersökningarna är mer inriktade på att skatta övergripande nöjdhet, jämfört med den svenska nationella undersökningen och de norska kommunernas undersökningar, och de omfattar mindre konkreta beskrivningar av kvaliteten på insatserna. De danska stickprovsundersökningarna ska nu ersättas med årliga nationella brukarundersökningar som genomförs av Social- och inrikesministeriet, och de ska även kunna användas för att jämföra kommuner (Social och indenrigsministeriet 2020-1498; Vårdanalys 2020b; Krag 2020; Arbejdsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen 2019).

I Finland finns lagkrav på att kommuner och verksamheter regelbundet ska inhämta synpunkter från brukare och deras anhöriga, men resultaten sammanställs inte på nationell nivå. THL gör vartannat år en nationell undersökning av kommuner och verksamheter för att kontrollera att de genomför brukarundersökningarna (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

I Norge utarbetar kommunorganisationen KS standardiserade brukarundersökningar för kommunal verksamhet, och resultaten presenteras samlat på [bedrekommune.no](http://bedrekommune.no). Frågorna berör både hur nöjd man är med omsorgen och mer konkreta frågor, exempelvis om personalen talar så att man förstår ([bedrekommune.no](http://bedrekommune.no) u.å.). Undersökningarna är frivilliga för kommunerna, i likhet med de undersökningar som SKR samordnar i Sverige. Inom de flesta av KS undersökningar som berör äldreomsorgen är det endast ett mindre antal kommuner som presenterar sina resultat. I den senast publicerade undersökningen från 2017 hade 47 kommuner publicerat resultat från brukarundersökningar inom särskilt boende och 37 hade publicerat resultat från brukarundersökningar inom hemtjänsten ([bedrekommune.no](http://bedrekommune.no) u.å.).









## Resultat och utmärkande kännetecken

Vi har jämfört äldreomsorgen i de nordiska länderna utifrån ett gemensamt ramverk som omfattar dess struktur, organisation och innehåll. Vi har särskilt fokuserat på:

- det övergripande behovet av äldreomsorg
- styrning och organisering av äldreomsorgen
- finansieringen och formerna för äldreomsorgen
- typen av insatser som ges
- samordningen av äldreomsorg med hälso- och sjukvårdsinsatser
- bemanningssituationen och de personalresurser som finns att tillgå
- uppföljningen av olika kvalitetsdimensioner inom äldreomsorgen.

Mycket av informationen är känd från andra sammanhang, men genom att samla och sätta den i ett sammanhang vill vi ge en bred bild av hur svensk äldreomsorg förhåller sig till äldreomsorgen i våra nordiska grannländer. I detta kapitel presenterar vi resultaten av vår kartläggning och avslutar med att beskriva vad vi ser som utmärkande drag för äldreomsorgen i varje land.



## 9.1 JÄMFÖRELSEER MELLAN LÄNDERNA FÖRSVÅRAS AV BETYDANDE KOMMUNAL VARIATION OCH AVSAKNAD AV GEMENSAM TERMINOLOGI OCH STATISTIK

Den nordiska välfärdsmodellen beskrivs ofta i gemensamma termer och det finns flera likheter i sättet att organisera äldreomsorgen. Länderna delar också den i grunden väldigt positiva omständigheten att människor lever allt längre, även om det medför en särskild utmaning inom äldreomsorgen. Trots alla likheter är det dock ofta svårt att jämföra olika aspekter av äldreomsorgen mellan länder. Analysen i den här rapporten har därför ofta formen av resonemang kring övergripande mönster snarare än direkta jämförelser.

Utifrån arbetet med den här rapporten ser vi framför allt två orsaker till detta. Den ena är skillnader mellan länderna i hur olika företeelser definieras, kategoriseras och redovisas som gör att specifika uppgifter eller detaljer sällan är fullt jämförbara. Det handlar till exempel om vid vilken ålder äldreomsorgen träder in, hur olika omsorgsinsatser delas upp och hur bemanning rapporteras in. I Norge är exempelvis inte äldreomsorg ett avgränsat begrepp utan man talar mer allmänt om omsorgsinsatser till människor med funktionsnedsättning, oavsett ålder. Statistiken är visserligen åldersuppdelad, men med en brytpunkt vid 67 år i stället för 65 år som i Sverige, Danmark och Finland.

Den andra orsaken är kommunala skillnader inom varje land. Även om ramarna sätts på nationell nivå är äldreomsorgen i hög grad kommunalt styrd. Det gör att vissa faktorer kan variera så mycket inom ett land att det blir missvisande att tala om och jämföra den "svenska" eller "norska" äldreomsorgen. I denna rapport har vi försökt lyfta fram de nationella särdragen hos länderna, samtidigt som vi vill vara tydliga med att de nationella genomsnitten ofta rymmer stora lokala skillnader.

## 9.2 PÅ ÖVERGRIPANDE NIVÅ ÄR ÄLDREOMSORGENS UTFORMNING LIKANDE MELLAN LÄNDERNA

I ett internationellt perspektiv finns det flera gemensamma drag i de fyra ländernas äldreomsorg, och likheterna är tydligare än skillnaderna. I alla länderna är äldreomsorgen ett grundläggande offentligt åtagande och ambitionsnivån är hög i internationell jämförelse, sett till äldreomsorgens utgifter som andel av BNP. Finlands andel är något lägre än de andra länderna, men fortfarande hög jämfört med andra EU-länder. De äldre möts av en liknande process när de ansöker om insatser i de nordiska länderna, och omsorgsutbudet har flera gemensamma drag.



Alla länder har en liknande demografi med en hög och ökande andel äldre, även om den utvecklingen har gått olika långt. I alla länderna finns också en ambition om att erbjuda jämlik omsorg till alla medborgare. Samtidigt ser vi stora kommunala variationer inom länderna, bland annat när det gäller bemanning och andelen 65 år och äldre som har insatser.

Samtidigt som de nordiska länderna lägger jämförelsevis mycket resurser på äldreomsorgen i förhållande till BNP har andelen äldre personer i befolkningen som får hemtjänst eller bor på vård- och omsorgsboende minskat i alla fyra länderna sedan 2010. Det pågår diskussioner i alla länder om att insatser i hemmet, exempelvis hemtjänst, inte har ökat tillräckligt för att kompensera för färre platser i vård- och omsorgsboenden, och att det därför troligen finns äldre med behov som inte är tillfredsställda.

När det gäller personalresurser finns likheter i personalstruktur och liknande utmaningar med kompetensförsörjningen. Samtliga länder har redan i dag problem med att rekrytera personal och svårigheterna förväntas öka i och med den demografiska utvecklingen. Sverige, Danmark och Norge har liknande bemanning sett till omsorgspersonal per omsorgsmottagare under dagtid. Alla tre verkar ha en högre bemanning än Finland, men också en högre andel timanställda, fler anställda utan vård- eller omsorgsutbildning och en högre andel deltidsanställda.

De gemensamma dragen ses även i ländernas övergripande sätt att styra och organisera äldreomsorgen, exempelvis när det gäller ansvarsfördelning mellan stat och kommun. I alla länder har de självstyrande kommunerna huvudansvaret för att tillhandahålla äldreomsorg för alla invånare på lika villkor efter behov, medan statliga myndigheter står för att utforma och införa regelverk för styrning, uppföljning och analys på en nationell nivå. Det finns samtidigt vissa skillnader i hur mycket handlingsutrymme kommunerna har för att utforma sin äldreomsorg. Kommunerna i Danmark ska till exempel själva formulera en kvalitetsnorm utöver det som krävs enligt lag, medan Finland håller på att införa regleringar som gör det obligatoriskt att utreda äldres omsorgsbehov med hjälp av verktyget Resident Assessment Instrument (RAI) i hela landet.

### **9.2.1 Det är svårt att bedöma skillnader i insatsernas omfattning och ännu svårare att jämföra deras innehåll och kvalitet**

Vi ser många likheter mellan insatserna som erbjuds i de jämförda länderna, men det finns inga självklara slutsatser om den övergripande nivån på insatsernas omfattning i varje land. Mått på resursinsatser eller liknande kan



exempelvis fånga olika aspekter av äldreomsorgen och påverkas av skillnader i behov. Kostnadsmått är också problematiska eftersom länderna använder olika sätt att gruppera och rapportera kostnader, exempelvis när det gäller vilka verksamheter som inkluderas och vid vilken ålder äldreomsorgen träder in.

Andelen av BNP som används till äldreomsorg är den mest övergripande ansatsen för att jämföra hur äldreomsorgen prioriteras gentemot andra åtaganden – och till viss del kan den spegla omsorgens omfattning. År 2018 lade Sverige 2,4 procent av BNP på äldreomsorg, jämfört med en andel på 2,3 för Norge, 2,0 för Danmark och 1,5 för Finland. I ett europeiskt perspektiv ligger de fyra länderna högst i Europa och Sveriges andel är allra högst.

Men det finns utmaningar med detta mått. Andelen resurser som satsas kan inte översättas direkt till hur mycket resurser äldreomsorgen har att röra sig med i varje land, eftersom det påverkas av skillnader i prisnivå på de resurser, såsom personal och utrustning, som används inom äldreomsorgen. Köpkraftsjusterade mått visar här att Norge lägger mest resurser per capita på äldreomsorgen i absoluta termer, följt av Sverige, Danmark och Finland.

Ett mer direkt mått på äldreomsorgens omfattning är andelen äldre i befolkningen som har olika former av äldreomsorgsinsatser, så kallad täckningsgrad. Variationen i insats- och boendeformer gör det svårt att sammanvägt jämföra andelen äldre som antingen får omsorgsinsatser i sitt eget hem (framför allt hemtjänst) eller i olika former av vård- och omsorgsboenden. Vi bedömer dock att Danmark har högst total täckningsgrad, med högst andel äldre som mottar omsorg i sitt eget hem och en hög andel äldre som bor på vård- och omsorgsboenden. Även Norge har en hög andel äldre som bor på boenden. Däremot är det en mindre andel äldre i Norge som mottar hemtjänst. Finland har sammantaget lägst andel av befolkningen som får omsorgsinsatser.

Sverige har en något lägre andel äldre med plats på vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg än Norge och utmärker sig även genom att ha få vård- och omsorgsboenden utan heldygnsomsorg jämfört med Norge och Danmark. Det är svårt att bedöma om Sveriges lägre täckningsgrad för boenden kompenseras av mer omfattande insatser i hemmet. Andelen äldre med hemtjänst är lägre i Finland och Norge än i Sverige, och allra högst i Danmark. Skillnader i organisering gör det dock svårt att direkt jämföra de insatser som äldre får i hemmet. Exempelvis är hemsjukvården och hemtjänsten integrerad i Finland och redovisas tillsammans i statistiken, vilket inte är fallet i de övriga länderna. Det varierar också hur omfattande hemtjänstinsatserna är, och Danmark, Finland och Norge verkar alla ha

mindre omfattande insatser sett till antal timmar i veckan per brukare än Sverige.

Också insatsernas innehåll och kvalitet kan variera stort, bland annat beroende på att mängden och typen av hemtjänstinsatser kan variera mycket mellan brukare. Utöver detta kan exempelvis personaltätheten och personalens kompetens variera. Därtill saknas jämförbara resultatmätt på äldreomsorgens utfall och kvalitet.

En jämförelse av andelen personer med äldreomsorg i olika åldrar tar inte heller hänsyn till skillnader i mer preciserade behov bland de äldre eller hur olika omsorgsformer möter dessa behov. Andelen äldre med insatser ger därför endast en generell bild av äldreomsorgens omfattning i länderna.

Slutligen är äldreomsorgen i samtliga jämförda länder ett kommunalt ansvar, vilket försvårar jämförelser på nationell nivå. Ofta är skillnaderna mellan kommuner i samma land större än skillnaden mellan varje lands rikssnitt. Kommunala jämförelser visar i flera fall stora geografiska skillnader, vilket kan innebära att äldreomsorgens omfattning och innehåll till viss del påverkas av exempelvis traditionen i varje enskild kommun.

### 9.3 LÄNDERNA HAR LIKNANDE INSATSFORMER, MEN DET ÄR VANLIGARE MED INSTITUTIONSBOENDEN I NORGE OCH AVLÖNAD ANHÖRIGVÅRD I FINLAND

När man jämför insatsformerna mellan länder finns det flera faktorer att ta hänsyn till: vilka specifika insatserna som ges, hur tillgängliga insatserna är och vilket omfång de har. Men eftersom alla länder har ett starkt kommunalt självstyre ger lagstiftning och nationella genomsnitt inte hela bilden. På detta område finns mycket stora kommunala variationer. De speglar både strukturella skillnader mellan kommuner och skillnader i hur kommunerna lagt upp sina mål och utför behovsbedömningarna.

Alla länderna fokuserar på att rehabiliterande och omvårdande insatser i första hand ska ges i hemmet. Den så kallade kvarboendepincipen är central, och andelen som bor på vård- och omsorgsboenden har över lag minskat markant.

En viktig punkt är vilken typ av boenden som erbjuds i länderna. Sverige, Danmark och Finland har gradvis avvecklat sina mer sjukhuslika institutionsboenden och ersatt dem med mer hemlika boenden. I Norge syns ingen sådan trend, utan platserna minskar både på institutionsboendena (sjukhem), som är den vanligaste boendeformen, och på andra boenden. De norska sjukhemmen har dock moderniserats över tid och verkar inte ha några



större skillnader i boendemiljö jämfört med andra vård- och omsorgsboenden i de nordiska länderna.

En annan skillnad mellan länderna är att Sverige främst erbjuder vård- och omsorgsboenden med heldygnsoomsorg. De andra länderna, särskilt Norge och Danmark, har även biståndsbedömda boenden med omsorg under exempelvis dagtid. Danmark utmärker sig i sin tur genom att generellt ha en hög andel äldre som får stöd i det egna hemmet eller som har plats på vård- och omsorgsboende utan heldygnsoomsorg.

En skillnad mellan länderna är däremot synen på formell anhörigomsorg. Finland har en hög andel som får stöd för närståendevård (6 procent av personer 80 år och äldre), medan andelen är betydligt lägre i de övriga länderna. Stödet organiseras också på ett annat sätt i Finland, genom att närståendevårdare kan få viss ekonomisk ersättning för vården snarare än enbart exempelvis avlastning i dagcenter. Däremot är den informella omsorgen omfattande i alla länder. En svensk studie uppskattar att anhörigas insatser för äldre som bor hemma är 2,1–2,7 gånger större än all professionell vård och omsorg som ges enligt socialtjänstlagen och HSL (Wimo 2017). Den informella anhörigomsorgen uppskattas vara mer omfattande i Finland och Sverige än i Danmark och Norge.

#### **9.4 TILLGÅNGEN TILL OMSORG BYGGER PÅ LIKNANDE BEHOVSPRÖVNING, MEN EGENAVGIFTERNA VARIERAR**

Alla länderna har lagar som beskriver intentionen bakom kommunens insatser till äldre i form av service, vård eller omsorg. Syftet är genomgående att äldre ska leva ett värdigt liv och få individuellt anpassade insatser för att behålla funktionsförmågan. Den lagstadgade ansatsen säger dock inte så mycket om hur stora behov som krävs för att få rätt till insatser.

I samtliga länder kräver de flesta insatser att den äldre personen ansöker om omsorg och får sitt behov utvärderat av kommunen. Det är personens bedömda behov, snarare än ålder, som avgör om insatsen beviljas. Generellt är behovsbedömningen upp till kommunerna och vi har ingen heltäckande bild av hur behoven ser ut eller hur de varierar på mer detaljerad nivå mellan länderna. Det verkar också finnas vissa skillnader i hur man väger in den sökandes familjeförhållanden. I Sverige och Danmark tas hänsyn till om andra i hushållet kan utföra praktiska uppgifter, medan det inte får beaktas i Norge. I Finland omnämns detta inte alls.

Sverige, Danmark och Finland har börjat införa olika former av standardiserade arbetssätt och verktyg för att göra behovsbedömningen mer

nationellt likvärdig. Individens behov i centrum (IBIC) används i Sverige, Fælles sprog (gemensamt språk) används i Danmark och Resident Assessment Instrument (RAI) används i Finland. Arbetsätten är ännu frivilliga att använda i Sverige och Finland, men RAI kommer att bli obligatoriskt 2023. I Finland används behovsbedömningarna även för att planera och anpassa personalstyrkan. Också i Norge ses statliga initiativ för att öka likvärdigheten i utbudet av äldreomsorg över landet. I Danmark utreds behoven genom att kommunen först ser över om den äldre personens funktionsförmåga kan stärkas genom vardagsrehabilitering. I så fall blir en tidsbegränsad rehabilitering förstahandsvalet, i andra fall får personen äldreomsorg enligt det bedömda behovet.

Slutligen påverkas tillgången till äldreomsorg av i vilken utsträckning äldre själva bekostar sin omsorg, exempelvis genom egenavgifter. I alla fyra länderna finansieras en majoritet av äldreomsorgens utgifter gemensamt genom skatter. Men Finland utmärker sig genom att cirka 17 procent av långtidsomsorgen finansieras av egenavgifter, jämfört med 5–8 procent i de övriga länderna. Danmark utmärker sig däremot genom att hemtjänst är avgiftsfritt för användarna.

## **9.5 I ALLA LÄNDERNA KAN KOMMUNER LÄGGA UT OMSORG PÅ PRIVATA UTFÖRARE, MEN SVERIGE UTMÄRKER SIG MED EN HÖG ANDEL VINSTRIVNA UTFÖRARE**

I samtliga jämförda länder har man öppnat för privata utförare inom både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden, vilket beror på både upphandling och valfrihetsreformer. I alla länderna har kommunerna länge haft möjlighet att lägga ut offentligt finansierad omsorg på privata utförare genom upphandling. Upphandling av äldreomsorg är vanligare i Sverige och Finland än i Danmark och Norge. Under 2000-talet har även olika system där äldre kan välja utförare börjat användas, främst inom hemtjänst. Valfrihetssystem är vanligast i Danmark, följt av Sverige, medan de är betydligt mindre vanliga i Norge. Finland har inte valfrihetssystem på samma sätt som de övriga länderna, men användningen av servicesedlar (vouchers) gör det möjligt att i vissa kommuner välja utförare.

Danmark har den högsta andelen privata utförare i hemtjänsten och Finland den högsta bland vård- och omsorgsboenden. I Danmark är det obligatoriskt för kommuner att erbjuda minst två leverantörer inom hemtjänsten, varav en kan vara kommunen själv. Sverige bedöms ligga i mitten när det gäller privatiseringsgrad för både hemtjänst och vård- och



omsorgsboenden, sett till antalet personer som mottar insatser från privata utförare. Norge verkar ha lägst andel privata utförare.

De privata utförarna kan vara både vinstdrivande och idéburna. Sverige utmärker sig genom en hög andel vinstdrivande utförare i äldreomsorgen. De övriga länderna har däremot en väsentlig andel idéburna utförare i relation till de vinstdrivande inom antingen hemtjänst, boenden eller på båda områdena. I Sverige – liksom i Finland – sker upphandling i regel genom en ”öppen” process där alla privata utförare behandlas lika. Det skiljer oss åt från Danmark och Norge, som båda har undantagit idéburna utförare från kraven på öppen upphandling i offentlig sektor. Undantaget gör att kommuner kan ge idéburna utförare i uppdrag att utföra äldreomsorg, utan att de behöver konkurrera med vinstdrivna utförare.

## **9.6 FRÄMST OMSORGSPERSONAL OCH SJUKSKÖTERS KOR I PERSONALEN, OCH ALLA LÄNDERNA RAPPORTERAR ATT KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN ÄR EN UTMANING**

I samtliga länder består personalen inom äldreomsorgen till största delen av omsorgspersonal och sjuksköterskor. Sjuksköterskor utgör ungefär en tiondel av personalen i Sverige, Danmark och Finland, men en högre andel på norska sjukhem. I Danmark och Finland har även delar av omsorgspersonalen en tydligare medicinsk profil än i Sverige. Sverige, Danmark och Norge har ungefär samma personaltäthet när det gäller omsorgspersonal under dagtid på vardagar, medan bemanningen verkar vara lägre i Finland. Men Finland lagstiftade om en lägsta tillåtna bemanning i äldreomsorgen 2020, så bemanningen där kan komma att öka framöver.

Inom äldreomsorgen arbetar också en relativt stor men varierande andel personal som helt saknar yrkesutbildning. I Sverige och Norge ligger andelen personal utan formell utbildning högre än i Danmark och Finland. Även om de anställda i äldreomsorgen har liknande kompetenser varierar uppdelningen mellan yrkesgrupperna mellan länderna och utbildningssystemen ser inte likadana ut. Tillsammans med skillnader i hur länderna redovisar personalstatistik blir direkta jämförelser därmed svåra.

Sverige är det enda land där undersköterskor, som är den största yrkesgruppen i äldreomsorgen, ännu saknar en skyddad yrkestitel med nationellt fastslagen kompetens. Titeln undersköterska ska dock skyddas från och med juli 2023. Men även efter att reformen införs förväntas andelen personal utan formell omsorgsutbildning vara kvar på samma nivå under en längre övergångstid.

I Finland verkar arbetet inom äldreomsorgen vara mer professionaliserat än i de andra länderna. Nästan all personal i Finland har relevant utbildning och personalen arbetar i hög utsträckning heltid. I Sverige, Danmark och Norge är det vanligt med deltid, i Norge är det dessutom vanligt med korta deltidsanställningar.

Personalkontinuitet innebär att den äldre i möjligaste mån får vård och omsorg av samma personal, vilket är en viktig faktor för kvaliteten i insatserna. I Sverige mäts antalet personer en brukare möter i hemtjänsten under en 14-dagarsperiod, men inom vård- och omsorgsboenden saknas uppgifter om personalkontinuitet. Vår bild är att det saknas uppgifter om personalkontinuitet för de andra länderna, vilket innebär att kontinuiteten inte går att jämföra. Eftersom personalkontinuitet är central för kvaliteten vore det värdefullt med en indikator som fångar denna faktor också för boenden. Kontinuitet är vidare relaterat till anställningsvillkoren, där fasta tjänster ger bättre förutsättningar för kontinuitet än timanställningar.

Kompetensförsörjning är en utmaning i alla länderna. Det är svårt att försörja sig på timanställningar och deltider, och arbetstiderna är ofta sämre än på arbetsmarknaden i stort med arbete på kvällar och helger. Arbetet är dessutom fysiskt och psykiskt utmanade, och organiseringen av arbetet kan skapa stress, med exempelvis många korta besök i hemtjänsten under ett arbetspass. Sjukfrånvaron är också förhållandevis hög.

## 9.7 LÄKARTILLGÅNGEN I ÄLDREOMSORGEN KAN OCKSÅ VARA EN UTMANING

Äldreomsorgen behöver samordnas med olika former av hälso- och sjukvårdsinsatser, eftersom många personer med äldreomsorg har omfattande vårdbehov. Vården för dessa äldre är dock organiserad på olika sätt i länderna och i kommunerna. Anställda sjuksköterskor har generellt ett stort ansvar för vårdinsatserna på vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg och inom hemsjukvården. I Finland och Danmark finns det även ytterligare yrkesgrupper i äldreomsorgen med en kombinerad omsorgs- och hälso- och sjukvårdskompetens.

Läkare arbetar som regel inte enbart inom äldreomsorgen, utan ägnar huvuddelen av sin arbetstid åt andra former av primärvård. Oftast knyts läkarna till boendena genom olika avtal med kommunerna eller med enskilda boenden.

Vår bild är att tillgången till läkare inom äldreomsorgen påverkas av hur primärvården är organiserad och fungerar över lag. Här skiljer sig Sverige och



Danmark från de andra länderna. I Finland och Norge ligger hela primärvården inom kommunernas ansvarsområde, medan ansvaret för den svenska och danska primärvården är delat mellan region och kommun. I Sverige hör primärvårdens vårdcentraler och läkare till regionerna, medan kommunerna ansvarar för primärvård upp till sjuksköterskenivå som ges till personer på vård- och omsorgsboenden. I alla svenska regioner utom Region Stockholm gäller det även för hemsjukvården. Hemsjukvården framstår också som mer integrerad med äldreomsorgen i de andra länderna än vad den är i Sverige. Det delade huvudmannskapet i Sverige har pekats ut som en faktor som försvårar läkartillgången och samordningen mellan vård och omsorg i äldreomsorgen.

Vi ser kommunala skillnader inom Sverige när det gäller läkartillgång för personer med äldreomsorg, med tecken på läkarbrist i glesbygdsområden. Läkartillgången är också beroende av vilka avtal man lyckas sluta med den del av primärvården där läkaren huvudsakligen arbetar. I Norge kan kommunen kräva att fastläkare ägnar en viss mängd tid åt dem som bor på sjukhem, som ett sätt att säkra läkartillgången där.

I alla fyra länderna är det vanligt att personer som flyttar in på ett vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg byter läkare till den som ansvarar för boendet, men det är också möjligt att behålla sin tidigare läkare.

Danmark och Norge verkar ha en mer uppstyrd läkartillgång på jourtid i och med att det alltid ska finnas en kommunal eller regional jourläkare. I Sverige och Finland beror läkartillgången mer på kommunens eller boendets avtal med primärvården, och det finns inte alltid en primärvårdsjour. Men i både Sverige och Norge förekommer det att äldre personer skickas till sjukhusens akutmottagningar eftersom de inte kan få tillgång till läkarvård på annat sätt.

## **9.8 SVERIGES UPPDELNING AV HUVUDMANNASKAP MELLAN VÅRDEN OCH OMSORGEN KAN FÖRSVÅRA INTEGRERINGEN AV LÄKARVÅRD OCH OMSORG**

För äldre i behov av både äldreomsorg och hälso- och sjukvård är det viktigt att omsorgsinsatser och medicinska insatser organiseras och samordnas på ett effektivt sätt. Men i alla jämförelseländerna finns brister i samordningen. I en tidigare rapport om samordning från Vård- och omsorgsanalys (2016) identifierade vi fyra faktorer som påverkar förutsättningarna för en samordnad vård och omsorg: organisationskultur, administrativa system, förmågan att samverka mellan organisationer och systemövergripande policies, lagar och riktlinjer.



Sverige och Danmark har båda en primärvård som är både kommunalt och regionalt styrd, där regionerna ansvarar för den vård som kräver läkarkompetens. Sättet som huvudmannaskapet i Sverige är organiserat på framstår dock som särskilt uppdelat då kommunerna i Sverige, till skillnad från övriga länder, helt saknar möjlighet att anställa eller ingå avtal direkt med läkare. Det innebär att omsorgspersonal och läkare alltid behöver samordna sig över en huvudmannagräns när personer med äldreomsorg behöver läkarvård. Huvudmannagränsen mellan vård och omsorg påverkar flera väsentliga styrdimensioner såsom organisering, finansiering (inklusive ekonomistyrning och ekonomiska incitament) och kompetensförsörjning samt dokumentation, statistik- och registerföring.

I de övriga jämförelseländerna är huvudmannaskapet samlat hos kommunerna. Det tar bort behovet av att samverka mellan huvudmän, men samordningen kan trots det påverkas av de övriga tre faktorerna som vi nämnde ovan – organisationskultur, administrativa system och systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer. Vi saknar dock underlag för att bedöma om skillnaden i huvudmannaskap innebär större svårigheter i praktiken eller sämre utfall när det gäller samordningen, och i så fall i vilken grad.

## **9.9 VI SER STORA LIKHETER I REGLERINGEN AV NORDISK ÄLDREOMSORG, MEN SVERIGE SKILJER UT SIG NÄR DET GÄLLER PERSONER MED NEDSATT BESLUTSFÖRMÅGA**

I stora drag är styrningen och regleringen av äldreomsorgen och de äldres rättigheter likartad i de nordiska länderna. Men vi ser skillnader när det gäller de lagliga förutsättningarna att ge vård och andra insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga. Det gäller människor som inte kan lämna ett fullt informerat samtycke till åtgärden, till exempel på grund av demenssjukdom, och frågan berör i hög utsträckning mottagare av äldreomsorg.

Danmark och Norge har en lagreglering om vård utan samtycke som har utformats med bland annat demenssjuka personer i åtanke. Bestämmelserna grundas i en avvägning, där respekten för självbestämmanderätten vägs mot behovet av att ge vård och skydd till den som inte kan samtycka eller inte förstår innebörden av ett nekat samtycke. I Sverige saknas en sådan reglering. Detta ser vi som en lucka i lagstiftningen som i viss mån skapar ett oklart rättsläge. Konsekvensen kan bli såväl en bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, som risk för att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse.



Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen föreslog 2020 vissa lagändringar som bland annat skulle ge vård- och omsorgspersonal möjligheter att fatta beslut om insatser till personer med nedsatt beslutsförmåga (Framtidens teknik i omsorgens tjänst, SOU 2020:14). Dessa förslag har dock ännu inte lett till några lagstiftningsåtgärder.

## 9.10 UTMÄRKANDE DRAG I LÄNDERNAS ÄLDREOMSORG

Sverige skiljer sig åt från de andra nordiska länderna genom att vi både har en något mindre andel äldre som bor i vård- och omsorgsboende med heldygnsomsorg och betydligt färre som bor i boenden utan heldygnsomsorg jämfört med Danmark och Norge. Personaltätheten när det gäller omsorgspersonal och sjuksköterskor liknar majoriteten av de andra länderna, men andelen personal utan formell utbildning är högre i Sverige och Norge än i Danmark och Finland.

Även om Sverige ligger i mitten när det gäller andelen privata utförare, både i hemtjänsten och på vård- och omsorgsboenden, utmärker vi oss genom att en hög andel är vinstdrivna utförare. Det skiljer oss åt från de övriga länderna, som har en större andel idéburna utförare. I Danmark och Norge kan skillnaden delvis förklaras av att länderna undantagit idéburna utförare från kraven på öppen upphandling i offentlig sektor. Undantaget gör att kommuner kan anlita idéburna utförare för att utföra äldreomsorg, utan att de först behöver konkurrera med vinstdrivna utförare om uppdraget.

Slutligen är Sverige och Danmark ensamma om att huvudmannskapet för äldres primärvård är delat mellan kommuner och regioner, vilket ökar samverkanskomplexiteten.

Danmark skiljer sig åt från de andra länderna genom att ha infört obligatorisk valfrihet i hemtjänsten, med krav på att alla danska kommuner måste erbjuda ett val mellan minst två hemtjänstleverantörer, där den ena kan vara offentligt driven.

Danmark utmärker sig även genom att generellt ha en hög andel äldre som får stöd i det egna hemmet eller som har plats på vård- och omsorgsboende utan heldygnsomsorg. Hemtjänst är avgiftsfritt för äldre personer. Danmark har också en gemensam nationell begreppsapparat för behovsbedömningar, Fælles sprog (gemensamt språk). När en äldre person ansöker om omsorg ska kommunen först ser över om hens funktionsförmåga kan stärkas genom vardagsrehabilitering. I så fall blir rehabilitering förstahandsvalet, i andra fall får personen äldreomsorg enligt det bedömda behovet.

Finland har den högsta andelen äldre personer i befolkningen, men hade trots det lägsta utgifter för äldreomsorgen 2018 – både räknat som andel

av BNP och i absoluta termer. En delförklaring är att landet har en lägre bemanning, men det kan komma att ändras efter att Finland lagstiftat om en lägsta tillåtna bemanning i äldreomsorgen. Än så länge är det dock för tidigt att se vilka konsekvenser lagstiftningen kommer att få. Troligast är att både bemanningen och utgifterna för äldreomsorgen kommer att stiga.

Finland har använt lagstiftning i syfte att öka den nationella jämlikheten även när det gäller behovsutredningar. Lagstiftningen anger inte i detalj hur äldres omsorgsbehov ska utredas, men den har kompletterats med ett standardiserat bedömningsverktyg, Resident Assessment Instrument (RAI), som används av många kommuner. RAI kommer att bli obligatoriskt att använda från och med 2023.

Finland utmärker sig också genom att ha ett jämförelsevis omfattande stöd för närståendevård, med möjlighet att få viss ekonomisk ersättning för dem som tar hand om en äldre anhörig. Ett annat område där Finland skiljer sig åt från de andra nordiska länderna är att en högre andel av omsorgen finansieras av egenavgifter.

Slutligen har Finland en högre andel personal med relevant utbildning och en högre andel personal som arbetar heltid i äldreomsorgen än de andra länderna. Det kan höja äldreomsorgens kvalitet, förutsatt att heltidsanställningarna bidrar till en högre kontinuitet.

Även i Norge pågår statliga initiativ för att utbudet av äldreomsorg ska bli mer likvärdigt över landet. Tillsammans med Danmark har landet också högst andel äldre personer med plats på vård- och omsorgsboende. Norge är det enda av de undersökta länderna som fortfarande har en jämförelsevis hög andel institutionsboenden med fokus på att ge medicinsk vård. Sådana boenden har ett samlat medicinskt ansvar, inklusive läkarvård, för de personer som är inskrivna där. Norska sjukhem har också den högsta bemanningen av sjuksköterskor per brukare bland de nordiska länderna.

Den högre andelen äldre med plats på vård- och omsorgsboenden, särskilt institutionsboenden, kan också vara en anledning till att Norge har högst utgifter för äldreomsorg, i absoluta siffror, och näst högst som andel av BNP bland jämförelseländerna. Ändå har landet den lägsta andelen äldre personer i befolkningen.









## Slutsatser och framåtblickande frågor

Äldreomsorgen står inför flera utmaningar. Vissa har varit kända länge, andra blev synliga i och med covid-19-pandemin. För att stärka omsorgen krävs en bred överblick över äldreomsorgen och dess utmaningar. Vi har därför gjort en jämförande kartläggning av äldreomsorgens struktur, innehåll och organisation i Sverige, Danmark, Finland och Norge.

Vi utgick från följande frågor:

- Vilka utmärkande kännetecken har äldreomsorgen i Sverige och de andra nordiska länderna, och vilka gemensamma drag och utmaningar ses?
- Inom vilka områden ses särskilda behov av mer kunskap för att bidra till lärande och utveckling i äldreomsorgen?

Kapitlet börjar med att besvara frågan om de gemensamma dragen i de nordiska ländernas äldreomsorg. De utmärkande kännetecknen i varje land beskrevs framför allt i kapitel 9. Den sista frågeställningen, om behovet av mer kunskap, behandlas i våra avslutande frågor för lärande, utveckling och styrning.



## 10.1 STORA LIKHETER MELLAN LÄNDERNA I EN EUROPEISK KONTEXT: HÖG AMBITIONSnivÅ, LIKANDE INSATSFORMER OCH GEMENSAMMA DEMOGRAFISKA UTMANINGAR

På nationell nivå har äldreomsorgen i de jämförda länderna mycket gemensamt. Alla fyra har en hög ambitionsnivå för omsorgen och ligger i topp bland OECD-länderna när det gäller hur stor andel av BNP som läggs på äldreomsorg. Det innebär att likheterna överväger, oavsett vilka skillnader som finns mellan jämförelseländerna. Samma likheter gör också att de sticker ut jämfört med övriga Europa.

De gemensamma dragen syns även i strategin och inriktningen för äldreomsorgen. I alla fyra länderna ansvarar kommunerna för att fånga upp, bedöma och tillgodose äldres behov av omsorg. Fokus ligger på att hjälpa äldre personer att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt, med stöd av hemtjänst.

Processen för att få äldreomsorg är också likartad. Äldre personer som behöver hjälp får sitt behov bedömt av kommunen, och behovsbedömningen avgör vilken omsorg de får. Äldreomsorgsinsatserna består framför allt av olika former av hemtjänst och plats på vård- och omsorgsboenden med varierande mängd omsorg. Boendena är utformade som vanliga hem i alla länderna. Både hemtjänst och vård- och omsorgsboenden drivs av en blandning av offentliga, vinstdrivande och idéburna utförare.

Även bemanningen av sjuksköterskor och omsorgspersonal är liknande i länderna, men med en högre andel sjuksköterskor på norska sjukhem och en lägre bemanning av omsorgspersonal i Finland. Andelen omsorgspersonal utan formell utbildning är högre i Sverige och Norge jämfört med Danmark och Finland.

De fyra länderna i vår kartläggning står också inför liknande utmaningar för äldreomsorgen. Den största är att andelen äldre i befolkningen ökar. Det är visserligen positivt att befolkningen lever länge, men det innebär samtidigt att behovet av personal i äldreomsorgen förväntas öka, liksom kostnaderna för omsorgen. Sedan 2010, det vill säga under den period vår studie täcker, har andelen äldre personer som får hemtjänst eller en plats på vård- och omsorgsboende minskat i alla jämförelseländerna. Det kan vara ett tecken på att det har blivit svårare för äldre personer att få äldreomsorg.

De demografiska likheterna gör att de nordiska länderna även har liknande svårigheter när det gäller äldreomsorgens kompetensförsörjning. Några orsaker som diskuterats är en hög andel tim- och deltidstjänster, mycket stress och att arbetet i äldreomsorgen är fysiskt och psykiskt utmanande. Alla



fyra länderna har problem med att alltför få väljer att utbilda sig inom omsorg och att sjukfrånvaron bland personalen är hög.

De fyra länderna rapporterar även brister i samordningen mellan hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Det gäller i synnerhet kontakter med specialistvården, samt med primärvårdsläkare i Sverige. I Finland och Sverige är det dessutom brist på läkare i primärvården, vilket kan göra det svårt att få kontakt med läkare vid behov och kontinuiteten kan bli lidande. Sverige och Danmark utmärker sig även genom att ansvaret för äldres primärvård är delat mellan regioner och kommuner.

Slutligen visar vår kartläggning att det finns kommunala skillnader inom länderna i hur äldreomsorgen är organiserad. Även om ramarna sätts på en nationell nivå har kommunerna stor frihet att besluta hur omsorgen utformas lokalt. Exempelvis är det större skillnader inom länderna än mellan dem när det gäller andelen äldre som får hemtjänst och andelen som bor på vård- och omsorgsboende. Den genomsnittliga väntetiden för att få en insats varierar också mycket inom varje land. Vi har inte underlag för att avgöra om skillnaderna innebär att människor behandlas ojämnt, eller om de är ett resultat av exempelvis olika behov eller preferenser. Men vi ser en risk för geografiska ojämlikheter mellan kommunerna, som bör följas upp.

## **10.2 SVERIGE LÄGGER HÖGST ANDEL AV BNP PÅ ÄLDREOMSORGEN, MEN DET ÄR SVÅRT ATT SE EN JÄMFÖRELSEVIS STÖRRE OMFATTNING PÅ INSATSERNA**

Sverige utmärker sig i både Norden och övriga Europa genom att lägga mest resurser på äldreomsorgen, räknat som andel av landets BNP. Vi kan dock inte se att Sveriges högre ambitionsnivå gett avtryck på äldreomsorgens omfattning. Andelen äldre personer som bor på vård- och omsorgsboende verkar vara något lägre i Sverige än i Danmark och Norge. Samtidigt har Sverige en högre andel av befolkningen som är 80 år eller äldre jämfört med Danmark och Norge. Vi ser inte heller att högre eller mer kvalificerad bemanning kan förklara varför Sverige satsar relativt sett mer ekonomiska resurser på äldreomsorgen än övriga länder.

Jämförelser av äldreomsorgens omfattning mellan länder är dock svåra, bland annat eftersom vi inte har information om behoven av omsorg inom länderna, som kan skilja sig åt, och eftersom det är brist på jämförbar information om äldreomsorgens innehåll och kvalitet.



### 10.3 FRAMÅTBlickande FRÅGOR FÖR LÄRANDE, UTVECKLING OCH STYRNING I ÄLDREOMSORGEN

Samtliga länder i vår kartläggning har genomfört eller försökt genomföra stora reformer inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen är dock del av en ständigt pågående samhällsutveckling, där samhället har gått från en organiserad välfärdsmodell med ökande levnadsstandard till en fas med både ökade ambitioner och tilltagande ekonomisk press.

Vår bild är att det finns två delvis motsatta utvecklingslinjer i denna förändring. Samhällsutvecklingen har ständigt gått framåt: kunskapsläget är bättre, liksom hälsan, och både kraven och ambitionsnivån har höjts. Till exempel har behandlingen vid stroke förbättrats så att färre blir invalidiserade och får leva fler friska år utan behov av hjälp från andra. Samtidigt har en del äldre personer stora behov av omsorg och hälso- och sjukvård, exempelvis som följd av demens eller multisjuklighet.

Den andra utvecklingslinjen är västvärldens förändrade demografi. När antalet äldre blir fler i förhållande till den arbetsföra befolkningen ökar pressen på att hålla nere kostnaderna för äldreomsorgen, samtidigt som det blir svårare att hitta personal. Det ökar kraven på en differentierad äldreomsorg, som erbjuder enklare insatser till äldre personer som klarar det mesta själva, och samtidigt kan hantera de mest sköra äldres stora behov av, ofta integrerad, omsorg och hälso- och sjukvård.

► *Ambitionsnivån i svensk äldreomsorg är jämförelsevis högre sett till finansieringsgrad än till andel äldre med insatser – vad beror det på?*

En viktig slutsats av vår kartläggning är att Sverige har en hög ambitionsnivå när det gäller äldreomsorgens finansiering i ett internationellt sammanhang. Sverige ligger i topp, både i EU och i Norden, i utgifter för äldreomsorgen som andel av BNP. Trots det kan vi inte se att Sverige utmärker sig genom högre bemanning eller fler personer med insatser. Det saknas jämförbar information om andra kvalitetsaspekter, såsom boendestandard och tillgång till sociala aktiviteter.

Eftersom vi även saknar jämförbar information om äldreomsorgens måluppfyllelse i termer av resultat och utfall kan vi inte uttala oss om eventuella effektivitetsskillnader mellan länderna. Vi kan inte heller dra några säkra slutsatser om orsaken till Sveriges relativt sett höga utgiftsandel. Därför är det särskilt viktigt att både analysera äldreomsorgens utgifter vidare och att diskutera vilken kvalitet, innehåll och omfattning omsorgen bör ha.

- ▶ *I alla länder kan kommunerna lägga ut omsorg på privata utförare, men hur påverkar det att Sverige har en högre andel vinstdrivande och lägre andel idéburna utförare?*

De nordiska länderna har alla en blandning av offentliga och privata utförare i sin äldreomsorg, men de har tagit olika vägar för att nå dit. Danmark har gjort det obligatoriskt att erbjuda icke-offentliga alternativ inom hemtjänsten, medan de övriga nordiska länderna har låtit kommunerna själva avgöra i vilken utsträckning de vill ta in privata utförare.

Sverige avviker genom en hög andel vinstdrivande utförare i äldreomsorgen i förhållande till andelen idéburna utförare. I Danmark och Norge kan kommunerna i stället överlåta offentliga tjänster direkt till idéburna utförare, utan att utförarna först behöver vinna en öppen upphandling. I vår kartläggning har vi inte undersökt vilka effekter andelen vinstdrivna utförare har för äldreomsorgens utgifter och kvalitet, något som dock fortsatt bör vara av vikt då Sverige skiljer ut sig på området.

En annan viktig fråga är vilka möjligheter som bör finnas för enskilda att själva finansiera sin äldreomsorg. I alla länderna förekommer det att äldre personer kan köpa tilläggstjänster för att höja standarden på sin äldreomsorg. Frågan är hur betalningsviljan för den offentligfinansierade omsorgen påverkas om det uppstår en bild av att omsorgen håller så låg kvalitet att äldre måste köpa tilläggstjänster för att få den standard som de vill ha.

- ▶ *Hur kan de gemensamma utmaningarna kring äldreomsorgens kompetensförsörjning bemötas?*

Alla jämförelseländerna rapporterar svårigheter att rekrytera personal till äldreomsorgen på kort och lång sikt. Vi kan konstatera att arbetet inom äldreomsorgen uppfattas som tungt och att sjukskrivningstalen i samtliga länder är högre än på arbetsmarknaden i stort. Det tyder på att utvecklingen av arbetsvillkoren inom äldreomsorgens är avgörande för om personalförsörjningen kan säkras i takt med att andelen äldre personer i befolkningen ökar.

En aktuell svensk utredning om hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg (SOU 2021:52) lyfte i detta avseende betydelsen av formell utbildning och vikten av ett starkt och stärkt ledarskap. Vård- och omsorgsanalys har tidigare pekat på att cheferna i den kommunala vården och omsorgen ofta saknar tillräckliga stödfunktioner och slits



mellan administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakten med medarbetare (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Det har också genomförts ett antal statliga satsningar med syfte att stärka kompetensförsörjningen och riksdagen har beslutat att göra undersköterska till en skyddad titel från mitten på 2023.

Frågorna om kompetensförsörjning är fundamentala för att möta den demografiska utmaningen och det är därför viktigt att öka intresset för att arbeta inom äldreomsorgen.

► *Alla länder visar tecken på bristande samordning mellan omsorg och hälso- och sjukvård, men leder Sveriges delade huvudmannaskap till större utmaningar?*

Alla fyra jämförelseländerna rapporterar svårigheter med att samordna vård och omsorg, oavsett om de har ett integrerat eller delat huvudmannaskap för primärvården. Vi har inte underlag för att bedöma hur allvarliga samordningsproblemen är i varje land, vilket gör det svårt att avgöra vilka samordningshinder som är viktigast att motverka. Däremot vet vi att Sverige och Danmark har en extra barriär i form av det delade huvudmannaskapet för primärvården för personer med äldreomsorg. Men det behövs mer kunskap för att förstå vilken typ av organisatoriska, professionella, tekniska eller administrativa barriärer som är av störst betydelse för att stärka samordningen – kunskap om de olika typerna av samordningsutmaningar och om hur de påverkar brukare och patienter.

► *Hur kan vi säkerställa att äldre personer i Sverige som inte har förmåga att samtycka till en insats, eller som inte förstår innebörden av ett nekat samtycke, får den vård och trygghet som de behöver?*

I dag finns i Sverige mycket få lagliga möjligheter att ge vård och omsorg till personer som inte kan lämna ett fullt informerat samtycke till insatsen. Det saknas en lagreglering som är utformad för att tillgodose behoven hos demenssjuka och andra äldre personer som inte fullt ut förstår innebörden av ett givet eller nekat samtycke. Detta skapar ett i viss mån oklart rättsläge. Dels finns en risk för bristande rättssäkerhet, eftersom gränserna för självbestämmanderätten inte är helt tydliga, dels finns en

risk att vissa äldre personer i Sverige inte får den vård och trygghet som ligger i deras intresse. Det oklara rättsläget kan även skapa stress och ett etiskt dilemma för vård- och omsorgspersonal, som har ett ansvar att hjälpa den äldre personen men kanske inte kan uppfylla detta inom lagens ramar.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen har bland annat lyft behovet av att reglera förutsättningarna att ge vård och omsorg vid nedsatt beslutsförmåga (SOU 2020:14). Vi menar att frågan behöver analyseras ytterligare utöver vad som framkom i utredningens betänkande (Vård- och omsorgsanalys 2020b). I den analysen bör lagstiftningen i Danmark, Norge och Finland, som reglerar hur och under vilka omständigheter det är möjligt att ge vård och omsorg utan samtycke, vara ett av flera underlag.

► *Hur kan lokal anpassning av äldreomsorgen kombineras med större nationell jämlikhet?*

De nordiska länderna har en gemensam utmaning i att exempelvis väntetider och andelen äldre som får omsorgsinsatser varierar stort mellan kommuner.

Utifrån vår kartläggning kan vi inte avgöra om variationerna påvisar faktiska ojämlikheter. Men ju större de kommunala skillnaderna är, desto större blir risken att äldre personers omsorg påverkas av var de bor.

Frågan är därför vad kommuner och statliga aktörer kan göra för att säkerställa att äldreomsorgen är jämlik. Sverige, Danmark och Finland har alla tre infört olika gemensamma verktyg och arbetssätt för att göra behovsbedömningarna mer lika nationellt. De gemensamma bedömningarna gör det möjligt att följa och jämföra vilka insatser äldre personer med samma behov får, och vilket resultat insatserna ger. På så sätt kan gemensamma verktyg och arbetssätt bidra till lärande i omsorgen.

Samtidigt finns det en risk för oönskade effekter om gemensamma behovsbedömningar i ett nästa steg även kopplas till resursfördelning. Erfarenheter från diagnosbaserade ersättningssystem i primärvården visar att personal riskerar att anpassa sina bedömningar efter vad som är mest fördelaktigt ur ersättningssynpunkt, snarare än vad som är bäst för den enskilda personen (ESO och Vård- och omsorgsanalys 2014, Medster 2019). Det finns därför all anledning att följa och dra nytta av Danmarks och Finlands erfarenheter av gemensamma behovsbedömningar och hur de bäst kan användas i äldreomsorgen.



► *Hur kan vi öka förutsättningarna för att jämföra äldreomsorgens måluppfyllelse, inklusive brukarupplevd kvalitet, mellan och inom länder?*

En generell utmaning för vår kartläggning är att länderna har olika sätt att kategorisera och redovisa sin äldreomsorg. Det gör att specifika uppgifter eller detaljer sällan är fullt jämförbara. Bristen på jämförbara data blir särskilt tydlig när det gäller äldreomsorgens kvalitet. Ofta saknas även information för att kunna jämföra enskilda kommuner eller äldreomsorgsutförare med varandra.

Med tanke på de stora likheterna mellan de nordiska länderna är det synd att det inte går att göra fler jämförelser på de områden där det trots allt finns skillnader. Här skulle gemensamma kvalitetsindikatorer i Norden kunna underlätta för att dra lärdomar om bästa sättet att möta våra gemensamma utmaningar för äldreomsorgen. Vi har tidigare diskuterat potentialen i ett ökat nordiskt samarbete via en gemensam socialtjänstundersökning (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Samtidigt är det viktigt att anpassa sådana mätningar för att minimera den administrativa bördan för socialtjänstens verksamheter och väga värdet av mer kunskap mot effekten för socialtjänstens kärnverksamhet.

Sverige har redan i dag tillgång till flera datakällor om äldreomsorgen och kommunernas hälso- och sjukvård. Bland annat har vi ett särskilt kvalitetsregister som är inriktat på vårdprevention för äldre. Information från dessa datakällor skulle kunna vara ett verktyg för att öka äldreomsorgens kvalitet och följa upp omotiverade skillnader mellan kommuner, men i så fall behöver det användas på ett mer systematiskt sätt än i dag.







## Referenser

- Aaltonen, M. (2015). *Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people*. Diss. Tampere University. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9902-9>
- Abrahamsen, D., Allertsen, L. & Skjøstad, O. (2016). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Abramsson, M., Hyden, L.C. & Motel-Klingebiel, A. (2017). *Vem är den äldre? Äldrebilder i ett åldrande Sverige*. På uppdrag av Utredningen om nationell kvalitetsplan för äldreomsorgen (S 2015:03) Stockholm: Regeringskansliet Kommittéservice.
- Ahlsten, M & Huupponen, M. (2021). *Rätt bemanning – En rapport om kvalitet och bemanning i äldreomsorgen*. Kommunal.
- Arbejdsgruppen for udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen (2019). *Anbefalinger til udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen*.
- bedrekommune.no (u.å.). *Offentlige rapporter*. [https://datastudio.google.com/reporting/1Le4bw4erlQilkXC\\_M5QwATHIKggunQXt/page/tehy?s=1MomUEa4Kr8](https://datastudio.google.com/reporting/1Le4bw4erlQilkXC_M5QwATHIKggunQXt/page/tehy?s=1MomUEa4Kr8) [Hämtad 2021-09-05].
- Berleen, G., Dahlberg, L., Meinow, B. & Karp, A. (2009). *Metoder och nyckeltal för uppföljning av äldreomsorg i Danmark, Norge, England och Kanada*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Boverket (2021). *BME 2021 - Bostadsmarknaden för olika grupper. Äldre – 2021*. <https://www.boverket.se/contentassets/b46103a52ab3474f81b659dc672059f9/aldre---2021.xlsx> [Hämtad 2021-09-01].
- Brandt, M (2019). *Valfrihet inom social- och hälsovården: Myndigheters syn på valfrihetens inverkan i Finland och Sverige ur olika strategiska synvinklar*. Doktorsavhandling, Vasa universitet.

- Daatland, S. O. & Otnes, B. (2015). Skandinaviske trender i eldreomsorgen- Institusjon eller omsorgsbolig. *Samfunnsspeilet*, 3 (2015) ss 15-22. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/institusjon-eller-omsorgsbolig>
- Danmarks Statistik (u.å) *Gennemsnitlig ventetid i dage til plejebolig for personer på generel venteliste, som har fået tilbudt bolig i året* <https://www.statistikbanken.dk/pxs/208338> [Hämtad 2021-08-26].
- Danmarks Statistik (2020a). Statistikdokumentation for Sociale ressourcer 2020.
- Danmarks Statistik (2020b). Statistikdokumentation for Ældreområdet - indikatorer 2020.
- Danmarks Statistik (2021a). FOLK1C: Folketal den 1. i kvartalet efter område, køn, alder (5-års intervaller), herkomst og oprindelsesland (K2). <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1536> [Hämtad 2021-09-04].
- Danmarks Statistik (2021b). RESI01: Indskrevne i pleje- og ældreboliger efter område, alder og foranstaltningsart, <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=RESI01&PLanguage=0&PXSid=0&wsid=cftree>: [Hämtad 2021-04-16].
- Danmarks Statistik (2021c). RESP01: Pladser på ældreområdet efter område, tid, foranstaltningsart og pladstype, <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>: [Hämtad 2021-06-29].
- Danmarks Statistik (2021d). AED10A: Modtagere af forebyggende hjemmebesøg, efter køn, alder, hjemmebesøg, område og tid, <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=AED10A&PLanguage=0&PXSid=0&wsid=cftree>. [Hämtad 2021-08-29].
- Danmarks Statistik (2021e). AED16: Frit boligvalg og gennemsnitlig ventetid til plejehjem og plejeboliger for personer 67 år og derover efter enhed og område. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1536>
- Danmarks Statistik (2021f). AED06: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, efter område, ydelsestype, timer pr. uge, alder og køn. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=AED06&PLanguage=0&PXSid=0&wsid=cftree>. [Hämtad 2021-09-06].
- Danmarks Statistik (2021g). *Fritvalgsbevis, privat hjælper og pasning af nærtstående (hele landet)*. <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1536>. [Hämtad 2021-07-09].
- Danmarks Statistik (2021h). AED12: Modtagere visiteret til hjemmehjælp, frit valg, der benytter privat leverandør efter område, ydelsestype, alder og køn. <https://www.statistikbanken.dk/AED12>. [Hämtad 2021-09-01].

- Dohlmann Weatherall, C., Hesselberg Lauritzen, H., Toft Hansen, A. & Termansen, T. (2014). *Evaluering af "Fast tilknyttet læge på plejecenter" et pilotprojekt*. SFI- Det nationale forskningscenter for velfærd. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/~/media/4A6997B9DBEF4CC99213CA58ECC6142F.ashx>
- Ekonomifakta.se (2021). RUT-avdrag. <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Foretagande/Naringslivet/rut-avdrag/> [Hämtad 2021-08-21].
- ESO och Vård- och omsorgsanalys – Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi*. Rapport 2014:5.
- EU-hälsovård.fi (2021). *Hälso- och sjukvårdssystemet i Finland*. <https://www.eu-halsovard.fi/till-finland-for-varld/hal-so-och-sjukvardssystemet-i-finland/> [Hämtad 2021-08-27].
- European Commission (2019). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability*. Institutional Paper 105, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurostat (2018). Social protection benefits. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr\\_exp\\_fol/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr_exp_fol/default/table?lang=en)
- Eurostat (2019). European system of integrated social protection statistics – ESSPROS. Manual and user guidelines. 2019 Edition. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/10295301/KS-GQ-19-014-EN-N.pdf/e7c8c019-944c-1c71-ae65-1ffc8ce45200?t=1575969094000>
- Eurostat (2020). Social protection benefits. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr\\_exp\\_fol/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/spr_exp_fol/default/table?lang=en). [Hämtad 2020-12-26].
- Eurostat (2021a). Old-age-dependency ratio [TPS00198]. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00198/default/table>. [Hämtad 2021-04-15].
- Eurostat (2021b). *Population on 1 January by age group and sex (DEMO\_PJANGROUP)*. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJANGROUP\\_\\_custom\\_825032/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANGROUP__custom_825032/default/table?lang=en). [Hämtad 2021-04-16].
- Eurostat (2021c). *Population on 1 January by broad age group and sex (DEMO\_PJANBROAD)*. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJANBROAD\\_\\_custom\\_1000870/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANBROAD__custom_1000870/default/table?lang=en). [Hämtad 2021-05-27].
- Eurostat (2021d). Proportion of population aged 65 years and more and Proportion of population aged 80 years and more. Population: Structure indicators [DEMO\_PJANIND\_\_custom\_846434]. [[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJANIND\\_\\_custom\\_8464](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_8464)] [Hämtad 2021-08-25].

- Eurostat (2021e). Tables by benefits - old age function Benefits in kind, Purchasing power standard (PPS) per inhabitant. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SPR\\_EXP\\_FOL\\_\\_custom\\_1004092/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/SPR_EXP_FOL__custom_1004092/default/table?lang=en) [Hämtad 2021-08-25].
- Falu kommun (2020). *Mobilt team Falun Borlänge ska ge äldre säkrare vård*. Mobilt team Falun Borlänge ska ge äldre säkrare vård - Startside [Hämtad 2021-08-24].
- Finansministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet, Uddannelses- og Forskningsministeriet & Sundheds- og Ældreministeriet (2018). *Kortlægning af rekrutteringsudfordringer for social- og sundhedspersonale og sygeplejersker i kommuner og regioner*. <https://www.uvm.dk/-/media/filer/uvm/aktuelt/pdf18/181214-samlet-kortlaegning-af-rekrutteringsudfordringer.pdf>
- Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer (u.å). *Examina och kompetenser*. <https://www.superliitto.fi/pa-svenska/arbetsliv/examina-och-kompetenser/> [Hämtad 2021-09-02].
- FOA – Fag og Arbejde (2019). *Ældreområdet 2018-2019*.
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Forma, L., Aaltonen, M. & Pulkki, J. (2020a). COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. *LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 12 June 2020*.
- Forma, L., Aaltonen, M., Raitanen, J., Anthun, K.S. & Kalseth, J. (2020b). Place of death among older people in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(8) ss. 817–824. <https://doi.org/10.1177/1403494820944073>
- Framtidsutveckling (u.å.). Vårdbitråde <https://www.framtid.se/yrke/vardbitrade> [Hämtad 2021-08-31].
- Försäkringskassan (u.å.). Närståendepenning för anställda. <https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/anstalld/narstaendepenning> [Hämtad 2021-08-21].
- Giese Jakobsen, R. (2020). *Flere og flere plejehjemsbeboere har glæde af fast læge*. Kommunernes Landsforening (KL) 2020-03-03 <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/nr-6/flere-og-flere-plejehjemsbeboere-har-glaede-af-fast-laege/>
- Gävle kommun (2020). *Mobila vårdteamet Gävle*. <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-var-d-tandvard/samverkan-och-avtal/kommun--och-regionsamverkan/god-och-nara-var-d/mobila-team-i-gavleborg/mobila-teamet-gavle/> [Hämtad 2021-08-24].

- Harrington m.fl. (2012). Nursing Home Staffing Standards and Staffing Levels in Six Countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 2012; 44:1, 88–98.
- Hasvold, T. & Christensen B. (2015). *Denmark. Building primary care in a changing Europe. Case studies*. I Kringos DS, m.fl (red.). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Helsedirektoratet (u.å.a). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Evaluere. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/evaluere#paragraf-8a-kontrollere-at-oppgaver-og-planer-gjennomfores> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (u.å.b). Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/pasientsikkerhet-og-kvalitetsforbedring> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (u.å.c). *Ventetid på sykehjemsplass 2018*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/ventetid-p%C3%A5-sykehjemsplass> [Hämtad 2021-08-25].
- Helsedirektoratet (2016). Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/\\_/attachment/inline/9fdb64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9a9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-omsorgs-og-rehabiliteringsstatistikk-eldres-helse-og-bruk-av-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf/_/attachment/inline/9fdb64f-1c63-41c9-b06b-240a8f92d60e:2ff83cff46b33ba9a9e2b4be590080526cb3d6e/Helse,-omsorgs,-%20og%20rehabiliteringsstatistikk%20%E2%80%93%20Eldres%20helse%20og%20bruk%20av%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.pdf)
- Helsedirektoratet (2017a). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester till hjemmeboende*.
- Helsedirektoratet (2017b). *Veileder for saksbehandling - Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*.
- Helsedirektoratet (2018a). Om individuell plan og koordinator - formål og rettigheter. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/individuell-plan-og-koordinator/om-individuell-plan-og-koordinator-formal-og-rettigheter> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2018b). Pårørendes rettigheter. <https://www.helsenorge.no/parorende/parorendes-rettigheter/#rett-til-avlastningstiltak-for-a-lette-omsorgsbyrden> [Hämtad 2021-08-21].

- Helsedirektoratet (2018c). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten*.
- Helsedirektoratet (2019a). Kompetanseløft 2020, <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/en-faglig-sterk-helse-og-omsorgstjeneste-den-nye-hjemmetjenesten/kompetanse-loft-2020> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2019b). Omsorg 2020 – Årsrapport 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2019c). Årsrapport 2018 - Omsorg 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport/analyse-av-effekter-og-resultater-sett-i-sammenheng-med-forskning-om-utviklingen-i-sektoren> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2020a). *Eksport av data fra de nasjonale kvalitetsindikatorene (NKI)*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/eksport-av-data-fra-de-nasjonale-kvalitetsindikatorene-nki>
- Helsedirektoratet (2020b). Forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenester. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/statlig-finansiering-av-omsorgstjenester> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2020c). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS)*.
- Helsedirektoratet (2020d). Økonomisk belønningsordning for kommuner som innfører fritt brukervalg. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/okonomisk-belonningsordning-for-kommuner-som-innforer-fritt-brukervalg> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2020e). Nye krav til autorisasjon for helsepersonell med utdanning fra utenfor EU/EØS <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-krav-til-autorisasjon-for-helsepersonell-med-utdanning-fra-utenfor-eu-eos> [2021-08-30].
- Helsedirektoratet (2021a). Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kommunalt-pasient-og-brukerregister-kpr> [Hämtad 2021-08-21].
- Helsedirektoratet (2021b). Omsorgsstønad. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/omsorgsstonad/>: [Hämtad 2021-08-21].
- Helsenorge (2019). Barnebolig, sykehjem og andre botilbud. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/kommunal-bolig-boliger-med-serlige-tilpasninger/> [Hämtad 2021-08-21].

- Helsingfors stad (u.å). *Det finländska utbildningssystemet*. <https://www.infofinland.fi/sv/livet-i-finland/utbildning/det-finlandska-utbildningssystemet> [2021-09-02].
- Hjelmar, U. & Kjældgaard Jenssen, J. (2020). Normeringer på danske plejecentre. Et overblik baseret på en survey blandt plejecentre – 2019. Rapport 24 februar, VIVE.
- Holmøy, E., Hjemås, G. & Haugstveit, F. (2020). *Etterspørselen etter omsorgsplasser med heldøgnsbemanning mot 2060. Betydningen av flere eldre, helsetilstand och familieomsorg*. Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/437710?ts=175d10b7b40](https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/437710?ts=175d10b7b40)
- Huhta, J. & Karppanen, S. (2020). *Mot ett åldersvänligt samhälle. Rapport från arbetsgruppen för reform av servicen för äldre personer*. Social- och Hälsovårdsministeriet publikationer 2020:22. urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5429-8
- Huupponen, M. (2020). *Pandemi på äldreboendet – En rapport om den svenska äldreomsorgen innan och under coronapandemin*. Kommunal.
- Indenrigs- og boligministeriet (u.å.a). *Kommunalreformen i 2007* <https://im.dk/arbejdsomraader/kommunal-og-regionaloekonomi/kommunale-opgaver-og-struktur/kommunalreformen-i-2007/> [Hämtad 2021-08-26].
- Indenrigs- og boligministeriet (u.å.b). *Kommunernes nye opgaver pr. 1. januar 2007*. <https://im.dk/media/6784/kommunernes-nye-opgaver-pr-1-januar-2007.pdf> [Hämtad 2021-08-26].
- Iversen, T., Anell, A., Häkkinen, U., Kronborg, C. & Olafsdottir, T. (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, 4(1), ss. 41-55. <https://doi.org/10.5617/njhe.2846>
- IVO - Inspektionen för vård och omsorg (2015). *Tillsynsrapport. De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014*.
- IVO - Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Tillsynsrapport 2016. De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016*.
- Jakobsen, R.G. (2020). Flere og flere plejehjemsbeboere har glæde af fast læge, *Momentum nr 6*, <https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/nr-6/flere-og-flere-plejehjemsbeboere-har-glaede-af-fast-laege/>
- Karsio, O. & Anttonen, A. (2013). Marketisation of eldercare in Finland: legal frames, outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services. I G. Meagher & M. Szebehely, (eds), *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*. Stockholm Studies in Social Work, no 30, Stockholm, ss 85-125.

- Keskimäki, I., Tynkkynen, L.K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. & Karanikolos M. (2019). Finland: Health System Review. *Health Systems in Transition*. Vol. 21 No. 2.
- Kjær Foged, S., Hjelmar, U. & Hjerimitslev Jonsen, E. (2021). *Tilkøbsdelsler på ældreområdet og på botilbud: Resultater fra et frikommuneforsøg i ni kommuner, 2018-2020*, VIVE.
- Kokko, S. (2009). *Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences*. *International Journal of Integrated Care* 9(2). <http://doi.org/10.5334/ijic.310>
- Kolada (u.å.). Frågor och svar. <https://www.kolada.se/om-oss/fragor-och-svar/> [Hämtad 2021-08-21].
- Kommunförbundet (2017). Plan för att stödja den äldre befolkningen. <https://www.kommunforbundet.fi/social-och-halsovord/socialvard/social-och-halsovord/aldreservice/plan-att-stodja-den-aldre-befolkningen> [Hämtad 2021-08-21].
- Kommunförbundet (2018). Kommunförbundets enkät: De flesta kommunerna i Finland erbjuder kommuninvånarna servicesedlar. Pressmeddelande. <https://www.kommunforbundet.fi/pressmeddelande/2018/kommunforbundets-enkat-de-flesta-kommunerna-i-finland-erbjuder-kommuninvanarna>
- Konkurrens- och konsumentverket (2015). Avtal som berör serviceboende för äldre mellan näringsidkare och konsument. <https://www.kkv.fi/sv/ beslut-och-publikationer/publikationer/konsumentrombudsmanens-riktlinjer/enligt-bransch/avtal-som-beror-serviceboende-for-aldre-mellan-naringsidkare-och-konsument/> [Hämtad 2021-08-21].
- Kontoret for Social og Sundhed (2014). *Styring af hjemmesygeplejen. Inspirationsnotat*. Partnerskabsprojektet om dokumentation af hjemmesygeplejen. Köpenhamn: KL [https://www.kl.dk/media/15830/inspirationsnotat\\_-\\_styring\\_af\\_hjemmesygeplejen\\_-2.pdf](https://www.kl.dk/media/15830/inspirationsnotat_-_styring_af_hjemmesygeplejen_-2.pdf)
- Krag, A. (2020). *Svar Spørgsmål nr. 308*. Social- og Indenrigsministeriet. [krl.dk](https://krl.dk/#/main) (u.å.). Kommunernes og regionernes løndatakontor. <https://krl.dk/#/main> [Hämtad 2021-09-06].
- Kröger, T., Puthempambil, J. M. & Van Aerschot, L. (2019). Care poverty: unmet needs in a Nordic welfare state. *International Journal of Care and Caring*. Vol 3, No 4, 485-500.
- KS - Kommunesektorens organisasjon (2018). *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov*. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/omsorgsplasser.pdf>



- KS - Kommunesektorens organisasjon (2020). *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser - fremtidens behov*. <https://www.ks.no/contentassets/461c cab2890c420d92503029cb5d8ed2/Heldogns-2020-undersokelse.pdf>.
- Kürstein Kjellberg, P., Hauge-Helgestad, A., Henriette Madsen, M. & Reindahl Rasmussen, S. (2013) *Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet*. Odense: Socialstyrelsen.
- Lægevakten.dk (u.å.). <https://www.laegevagten.dk/kontakt-laegevagten> [Hämtad 2021-08-27].
- Malmö stad (2021). *Hembesökande vårdteam för äldre*. <https://malmo.se/Bo-och-leva/Stod-och-omsorg/Kommunal-halso--och-sjukvard/Hembesokande-varvteam-for-aldre.html> [Hämtad 2021-08-27].
- Martens, C. T. (2014). Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem? I Daatland, S.O. (Red.), *Boliggjøring av eldreomsorgen?* (s. 19–37). NOVA.
- Medster (2019). *Granskning av 29 vårdenheter från primärvården i Västra Götalandsregionen och deras följsamhet till riktlinjer för diagnossättning*. Slutrapport. Göteborg: Medster.
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, E.A. & Førland, O. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 3/2019. <http://hdl.handle.net/11250/2596428>
- Ministry of Health (2017). *Healthcare in Denmark - An Overview*. København: Ministry of health.
- Moberg, L. (2017). *Marketisation of Nordic Eldercare – Is the Model Still Universal?* *Journal of Social Policy*, 46(3) ss. 603–621. <https://doi.org/10.1017/S0047279416000830>
- Naldini, M., Pavolini, E. & Solera, C. (2016). *Female employment and elderly care: the role of care policies and culture in 21 European countries*. *Work, Employment & Society* 30(4) ss. 607–630. <https://doi.org/10.1177/0950017015625602>
- Nomesco (2017). *Health and health care of the elderly in the Nordic Countries – from a statistical perspective*. Copenhagen: Nordic medico-statistical committee.
- Nordens Välfärdscenter (2015). *Äldreomsorg i Norden*. <https://nordicwelfare.org/publikationer/aeldreomsorg-i-norden/> [Hämtad 2021-09-03].
- Norsk forening for allmenntmedisin (2014). *Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)*.
- Norsk Helseinformatikk AS (2020). *Søknad om kommunale helsetjenester*. <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/helsetjenesten/soknad-om-kommunale-helsetjenester/> [Hämtad 2021-08-21].

- OECD (2019). Health at a Glance 2019. OECD Indicators. <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> [Hämtad 2021-09-02].
- OECD (2020). Good/very good health, total aged 65+. Health Status: Perceived health status by age and gender. [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#). [Hämtad 2020-10-09].
- OECD (2021). Population projections. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=POP PROJ#>. [Hämtad 2021-05-27].
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A. & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark. Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 14 No. 2 2012.
- pasientsikkerhetsprogrammet.no, <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet> - verkar ha blivit <https://www.itryggehender24-7.no/>
- Pårørende i Danmark (u.å). Praktisk hjælp og aflastning. <https://paaroe.dk/livet-som-paaroeerende/offentlig-hjaelp-og-stoette/> [Hämtad 2021-08-22].
- Rambøll (2018). *Strategisk kompetanseplanlegging i kommunene*. Rapport till Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/strategisk-kompetanseplanlegging-i-kommunene.pdf/\\_/attachment/inline/e397c2cb-3a93-4f87-99a6-d112606abea2:7c049ef03b2e6fcb071f698f70370128bbbf7e02/Strategisk%20kompetanseplanlegging%20i%20kommunene\\_Rapport.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/kompetanseloft-2025/strategisk-kompetanseplanlegging-i-kommunene.pdf/_/attachment/inline/e397c2cb-3a93-4f87-99a6-d112606abea2:7c049ef03b2e6fcb071f698f70370128bbbf7e02/Strategisk%20kompetanseplanlegging%20i%20kommunene_Rapport.pdf)
- Regeringen (2020). *En äldreomsorgslag Kommittédirektiv, Dir. 2020:142*. [https://www.regeringen.se/4b045d/contentassets/d293ade08bfo4354af244b335b9a4795/dir2020\\_142.pdf](https://www.regeringen.se/4b045d/contentassets/d293ade08bfo4354af244b335b9a4795/dir2020_142.pdf) [Hämtad 2021-08-26].
- Regeringens proposition (2020). Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. <https://www.finlex.fi/sv/esitykset/he/2020/20200004.pdf>
- Region Syddanmark (2020). *Opfølgning og koordination efter indlæggelse*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/syddanmark/almen-praksis/administration/paragraf-2-og-samarbejdsaftaler/paragraf-2-aftaler/opfoelgning-koordination-efter-indlaeggelse/> [Hämtad 2021-08-27].
- Riksdagen (2021). Riksdagsskrivelse 2020/21:376. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Rissanen, P. (red.) (2019). *Social and Healthcare Services in Finland. Expert evaluation - Autumn 2018*. THL - Policy brief 5/2019.

- Rostgaard, T. & Matthiessen, U.U. (2019). *Hjælp til svage ældre*. <https://www.vive.dk/media/pure/12270/2530839> København: VIVE.
- Rostgaard, T. (2020). The COVID-19 Long-Term Care situation in Denmark, *LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, 25 May 2020.
- Ruin, P. (2021). Det krævs mer än fler läkare för att stärka äldreboendena. *Läkartidningen* 4-5/2021.
- Saunes, I.S., Karanikolos, M. & Sagan, A. (2020) Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 22 No. 1. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2018). Anställda 16-64 år i riket efter yrke (4-siffrig SSSYK 2012), arbetsställets sektortillhörighet och kön. År 2014 - 2018. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_AM\\_\\_AM0208\\_\\_AM0208E/YREG50/#](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__AM__AM0208__AM0208E/YREG50/#)
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021a). Kommunernas kostnader för vård och omsorg för äldre och för personer med funktionsnedsättning år 2016 – 2020. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2020/kommunernas-kostnader-for-var-d-och-omsorg-for-aldre-och-for-personer-med-funktionsnedsattning-ar-20162020/>
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021b). Folkmängden den 1 november efter region, ålder, kön och år. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101A/FolkmandNov/table/tableViewLayout1/?rxid=5495c138-e37e-431e-9a19-a91713a062be](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/FolkmandNov/table/tableViewLayout1/?rxid=5495c138-e37e-431e-9a19-a91713a062be) [Hämtad 2021-09-04].
- seniorval.se (u.å.). *Äldreboende i praktiken*. [https://seniorval.se/bra-att-veta/aldreboende-i-praktiken#Vard\\_omsorg](https://seniorval.se/bra-att-veta/aldreboende-i-praktiken#Vard_omsorg) [Hämtad 2021-08-22].
- Sivesind & Saglie (red.) (2017). *Promoting active citizenship: markets and choice in Scandinavian welfare*. Cham: Springer International Publishing <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-319-55381-8>
- Sjöholm, P. (2013). Hushållsavdraget går till rika kommuner. *Svenska Yle* 14 januari. <https://svenska.yle.fi/artikel/2013/01/14/hushallsavdraget-gar-till-rika-kommuner>
- Skatteministeriet (2014). *Brug og effekt af BoligJobordningen*. Faktaark 28 augusti.
- Skatteministeriet (2015). *BoligJobordningen. Evaluering*. Köpenhamn: Skatteministeriet.

- Skotheim, H. (2018). Dette er språkkravene i helse- og omsorgssektoren. *Fagbladet* 2018-11-26 <https://fagbladet.no/nyheter/dette-er-sprakkravene-i-helse-og-omsorgssektoren-6.91.595907.199526bc07>
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020a). *Fakta om äldreomsorgen i ljust av coronapandemin*.
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020b). *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård – från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet*.
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020c). *Särskilt boende för äldre (SÄBO)*. <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sarskiltboendealdre.28193.html> [Hämtad 2021-08-21].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021a). *Valfrihetssystem i kommuner, beslutsläget 2020*. <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/socialomsorg/valfrihetssystemikommunerbeslutslaget2020.33705.html> [Hämtad 2021-08-22].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021b). Personalstatistik, Kommunal personal 2019, Tabell 4. Antal anställningar, faktiska årsarbetare, sysselsatta och helt lediga efter AID-etikett (yrke) i kommuner nov 2019. <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/personalstatistik/personalenisiffror/tabellerkommunalpersonal2020/tabellerkommunalpersonal2019.46930.html> [Hämtad 2021-06-03].
- Social- och hälsovårdsministeriet (2017). *Statsrådets principbeslut. Patient- och klientsäkerhetsstrategi 2017–2021*. Social- och Hälsovårdsministeriet publikationer 2017:10. urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3964-6
- Social- och hälsovårdsministeriet (2020). *Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020–2023. Målet är ett äldrevänligt Finland*. Social- och Hälsovårdsministeriet publikationer 2020:30. urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7192-9
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.). Anmärkning, klagomål och ändringssökande. Anmärkning, klagomål och ändringssökande. Social- och hälsovårdsministeriet (stm.fi) [Hämtad 2021-08-31].
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.a). Personaldimensionering i långvarigt serviceboende med heldygnssomsorg och långvarig institutionsvård för äldre. <https://stm.fi/sv/aldre/personaldimensionering> [Hämtad 2021-08-22].
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.b). Hemsjukvård och hemsjukhusvård. <https://stm.fi/sv/hemsjukvard-och-hemsjukhusvard> [Hämtad 2021-08-22].

- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.c). Hemvård och hemservice. <https://stm.fi/sv/hemvard-och-hemservice> [Hämtad 2021-08-22].
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.d). Klientavgiftsreform. <https://stm.fi/sv/klientavgiftsreform> [Hämtad 2021-08-22].
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.e). Servicesedel. <https://stm.fi/sv/servicesedlar> [Hämtad 2021-08-22].
- Social- och hälsovårdsministeriet (u.å.f). *Anmärkning, klagomål och ändringssökande*. <https://stm.fi/sv/overklagande> [Hämtad 2021-08-30].
- Social- og Ældreministeriet (u.å.) Orlov til pasning af syge og døende pårørende. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/> Orlov-til-pasning-af-syge-og-doeende-paaroeerende [Hämtad 2021-08-22].
- Social og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2020). Arbejdstid blandt social- og sundhedspersonalet på det kommunale ældreområde. <https://benchmark.dk/nyhedsarkiv/2020/maj/arbejdstid-blandt-social-og-sundhedspersonalet-paa-det-kommunale-aeldreomraade/> [Hämtad 2021-08-22].
- Socialdepartementet (2021). *Skyddad yrkestitel för undersköterskor*. 2021-3-04 <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/03/skyddad-yrkestitel-for-underskoterskor/> [Hämtad 2021-08-27].
- Socialdepartementet (2020). En äldreomsorgslag (dir 2020:142). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (u.å.). Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/medicinskt-ansvarig-sjukskoterska-mas-och-medicinskt-ansvarig-rehabilitering-mar> [Hämtad 2021-08-22].
- Socialstyrelsen (2011). *Lägesrapport 2011 - Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). *Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2015). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Stöd till anhöriga. Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019a). Statistik om socialtjänstinsatser till äldre. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>

- Socialstyrelsen (2019b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019c). *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019d). *Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Förstudie*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020a). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020d). *Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, (2020e). *Öppna jämförelser socialtjänst 2020. Äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020f). *Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer - Underlag till en nationell strategi*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021a). *Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021b). *Nationella vårdkompetensrådet. Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021c). Satsningen äldreomsorgslyftet. <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/kommuner/satsningen-aldreomsorgslyftet/> [Hämtad 2021-08-22].
- Socialstyrelsen (2021d). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021e). *Öppna jämförelser av äldreomsorg 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021f). Tydlig minskning av äldre som flyttat till äldreboende under pandemin (Pressmeddelande från Socialstyrelsen 29 mars). <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/tydlig-minskning-av-aldre-som-flyttat-till-aldreboende-under-pandemin/> [Hämtad 2021-07-08].
- Socialstyrelsens statistikdatabas (2021a). Äldreomsorg, Antal, Personer som bor i permanent särskilt boende, Riket, båda könen, 2014-, Oktober. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ald/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/) [Hämtad 2021-09-01].

- Socialstyrelsens statistikdatabas (2021b). Äldreomsorg, Antal, Personer som bor i permanent särskilt boende, Riket, båda könen, 2007-2012. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ald/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/) [Hämtad 2021-09-01].
- Socialstyrelsens statistikdatabas (2021c). Äldreomsorg, Antal, Personer som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende, Riket, båda könen, 2014-, oktober. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ald/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/) [Hämtad 2021-09-01].
- Socialstyrelsens statistikdatabas (2021d). Äldreomsorg, Antal, Personer som har beslut om hemtjänst i ordinärt boende, Riket, båda könen, 2007-2012. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_ald/](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_ald/) [Hämtad 2021-09-01].
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Utvikling av kommunelegefunksjonen. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt i brev av 24.10.07 fra Sosial- og helsedirektoratet.*
- Sotkanet.fi (u.å). Regelbunden hemvård, klienter i åldrarna 65 år och över 30.11, % av befolkningen i samma ålder (-2018) (ind. 1230). <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/metadata/indicators/1230> [Hämtad 2021-09-01].
- Sotkanet.fi (2021a). Klienter inom serviceboende med heldygnsomsorg och klienter på ålderdomshem (indikator 2711, 2712, 2742 och 2743). <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=s3bPizcsNQQA&region=s07MBAA=&year=sy6rsrbUozUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740> [Hämtad 2021-09-03].
- Sotkanet.fi (2021b). Hemvårdshjälpsbesök hos äldrehushåll (indikator 3455, 3456, 3457, 3461, 2926). <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/> [Hämtad 21-08-29].
- Sotkanet.fi (2021c). Indikatorer för andel i åldrarna 65 samt 80 år och över i boenden samt med hemtjänst och stöd för närstående vård. <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=sw7KstZNKbLWNYo3tjY3ANK51rqFgda55ta6WS7xQI6lgbVFsHVVLVueol1ijdQtR8A&region=s07MBAA=&year=sy5ztE7UozUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740> [Hämtad 2021-09-01].
- Sotkanet.fi (2021d). Indikatorer för boende på ålderdomshem, serviceboende med heldygnsomsorg, vanligt serviceboende och långvårdsklienter på hälsovårdscentraler. <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=sw5JtDbWM7TWTY6ILwVSJfGLIKLM1NpIzzDeyFrX3TolxVrXDMQFAA==&region=s07MBAA=&year=sy5ztNY1BAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740> [Hämtad 2021-09-01].

- Sotkanet.fi, 2021e. Äldre i familjevård 31.12., tjenester finansierade av kommuner (ind. 1942), <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=sy7NBQA=&region=s07MBAA=&year=sy5zBAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740> [Hämtad: 2021-07-02].
- Sotkanet.fi (2021f). Klienter i Serviceboende med heldygnsomsorg, vanligt serviceboende, ålderdomshem, hälsovårdscentralernas långvård och hemvård, % av befolkningen 80 år och äldre. [https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=s3Y0tdY1stY1jDe11jUGAA==&region=VVC7CgMxDPUjgB\\_hOPwdXW7xUOja\\_99qS7kjJSA7kuLYDh2a4ho6JNXi3SGOQg\\_rXIwxTmDbLOaf7kOK147pspziMkX7gDeGsoO8P1zISr7fOn-qaqdGGWwa-a2KU9gerbKMDt7YyoEpiLTWRCXW8x6onXt7n8a5-jIuyrd1ECmDn-zXxtosHCeGD\\_\\_mhQ2-fg==&year=sy6rstY1BAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740](https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=s3Y0tdY1stY1jDe11jUGAA==&region=VVC7CgMxDPUjgB_hOPwdXW7xUOja_99qS7kjJSA7kuLYDh2a4ho6JNXi3SGOQg_rXIwxTmDbLOaf7kOK147pspziMkX7gDeGsoO8P1zISr7fOn-qaqdGGWwa-a2KU9gerbKMDt7YyoEpiLTWRCXW8x6onXt7n8a5-jIuyrd1ECmDn-zXxtosHCeGD__mhQ2-fg==&year=sy6rstY1BAA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202103120740) [Hämtad 2021-09-01].
- SOU (2015:80). *Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2017:21). *Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2019:20). *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2020:14). *Framtidens teknik i omsorgens tjänst*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2020:47). *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2020:52). *Rutavdrag för äldre*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2020:80). *Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU (2021:52). *Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå (u.å.a). 12209: Utvalgte nøkkeltall for helse og omsorg. <https://www.ssb.no/statbank/table/12209/tableViewLayout1/> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (u.å.b). Om årgang 2019 av statistikkbanktabellene for Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. [https://www.ssb.no/helse/om-argang-2019-av-statistikkbanktabellene-for-sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester#Brukarar\\_av\\_omsorgstenester\\_per\\_3112\\_etter\\_alder\\_og\\_tenestegruppe\\_F\\_2007\\_2019](https://www.ssb.no/helse/om-argang-2019-av-statistikkbanktabellene-for-sjukeheimar-heimetenester-og-andre-omsorgstenester#Brukarar_av_omsorgstenester_per_3112_etter_alder_og_tenestegruppe_F_2007_2019) [Hämtad 2021-09-12].



- Statistisk sentralbyrå (2020). Ulønnet omsorgsarbeid for syke, eldre og funksjonshemmede, etter omsorgsarbeid, kjønn, statistikkvariabel, år og alder. <https://www.ssb.no/omsarb#om-statistikken-v2> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021a). 11645: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og detaljert teneste. <https://www.ssb.no/statbank/table/11645/> [Hämtad: 2021-04-25].
- Statistisk sentralbyrå (2021b). 06969: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter alder og tenestegruppe. <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/tableViewLayout1/> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021c). 06971: Brukarar av omsorgstenester per 31.12., etter bistandsbehov og tenestetype. <https://www.ssb.no/statbank/table/06971/tableViewLayout1/> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021d). 12657: Gjennomsnittlig antall tildelte timer i uken til helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand i henhold til vedtak, etter tilgang på privat hjelp (K) 2015 - 2020. <https://www.ssb.no/statbank/table/12657/> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021e). 09929: Helse- og omsorgsinstitusjonar, etter eigarforhold, statistikkvariabel og år. <https://www.ssb.no/statbank/table/09929/tableViewLayout1/> [Hämtad 21-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021f). 12292: Omsorgstjenester - supplerende grunnlagstall <https://www.ssb.no/statbank/table/12292/tableViewLayout1/> [Hämtad 2021-08-22].
- Statistisk sentralbyrå (2021g). 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986 – 2021. <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/> [Hämtad 2021-03-04].
- Sundhedsdatastyrelsen (2016). *Forebyggelseindsatsen i almen praksis med fokus på akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser blandt ældre*. September 2016, Sundhedsdata-styrelsen.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016). *National undersøgelse af forholdene på plejecentre*. Köpenhamn: Sundheds- og ældreministeriet <https://sum.dk/publikationer/2016/marts/national-undersogelse-af-forholdene-paa-plejecentre>
- Sundheds- og Ældreministeriet (2017). *Boliger til ældre*. <https://www.sum.dk/Aeldre/Boliger-til-aeldre/Plejecentre.aspx> [Hämtad 2021-08-22].
- Sundheds- og ældreministeriet (2018a). *Faktaark – Opfølgning på arbejdet med udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen*.
- Sundheds- og Ældreministeriet (2018b). *Forenkling af regler og dokumentationskrav i ældreplejen*.

- Sundheds- og Ældreministeriet (2019). Redegørelse om ældreområdet 2019. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWji6pbAuuryAhXUS\\_EDHVP\\_AdcQFnoECA4QAw&url=https%3A%2F%2Fwww.ft.dk%2Fsamling%2F20181%2Falmdel%2Fsuu%2Fbilag%2F314%2F2045820.pdf&usg=AOvVaw3ThXH-iFvRy9HOaVCOOw1q](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWji6pbAuuryAhXUS_EDHVP_AdcQFnoECA4QAw&url=https%3A%2F%2Fwww.ft.dk%2Fsamling%2F20181%2Falmdel%2Fsuu%2Fbilag%2F314%2F2045820.pdf&usg=AOvVaw3ThXH-iFvRy9HOaVCOOw1q) [Hämtad 2021-09-06].
- Sundheds- og Ældreministeriet (2020). Redegørelse om ældreområdet 2020. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWji6pbAuuryAhXUS\\_EDHVP\\_AdcQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fsum.dk%2FMedia%2F637643719869474880%2FRedeg%25C3%25B8relse%2520om%2520%25C3%25A6ldreomr%25C3%25A5det%25202020.pdf&usg=AOvVaw3R5YPTAVL5Pj4tIK1kLh1p](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEWji6pbAuuryAhXUS_EDHVP_AdcQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fsum.dk%2FMedia%2F637643719869474880%2FRedeg%25C3%25B8relse%2520om%2520%25C3%25A6ldreomr%25C3%25A5det%25202020.pdf&usg=AOvVaw3R5YPTAVL5Pj4tIK1kLh1p) [Hämtad 2021-09-06].
- Sundhedsstyrelsen (2020). Forebyggende hjemmebesøg til ældre – Vejledning. ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-189-5
- Szebehely, M. (2020). *Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden*. (Underlagsrapport till SOU 2020:80). Stockholm: Socialdepartementet.
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2013). Four Nordic countries – four responses to the international trend of marketisation. I G. Meagher & M Szebehely, *Marketisation in Nordic eldercare*, ss 241-283. Stockholm: Stockholm University.
- Szebehely, M. & Meagher, G. (2017). *Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker?* *Journal of European Social Policy* 28(1). doi.org/10.1177/0958928717735062
- Szebehely, M., Stranz, A. & Strandell, R. (2017). *Vem ska arbeta i framtidens äldreomsorg?* Arbetsrapport Institutionen för socialt arbete 2017:1. Stockholms universitet.
- Szebehely, M. & Trydegård, G.-B. (2018). Generell välfärd och lokalt självstyre: Ett dilemma i den svenska äldreomsorgen? i M. Szebehely, & H. Jönson, *Äldreomsorger i Sverige* ss. 21-42. Malmö: Gleerups.
- Szebehely, M. & Ulmanen, P. (2012). Åtstramningens pris - Hur påverkas de medelålders barnen av äldreomsorgens minskning? Kommunal.
- Söderdahl F. (2015). *Kommunala utjämningsystem i Norden – En jämförelse mellan landskapssystemet och kommunala utjämningsystem i Finland, Sverige och Norge*. Ålands landskapsregering. [https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/kommunalausjammningsysteminorden\\_.pdf](https://www.regeringen.ax/sites/www.regeringen.ax/files/attachments/page/kommunalausjammningsysteminorden_.pdf)
- Takter, M. (2019). *Anhörigperspektiv – en möjlighet till utveckling? Nationell kartläggning av kommunernas stöd till anhöriga*. Anhörigas riksförbund.

- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2020a). Föränderlig äldreomsorg. <https://thl.fi/sv/web/aldre/foranderlig-aldreomsorg> [Hämtad 2021-08-21].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2020b). Hälso- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering 2018. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/resurserna-inom-social-halso-och-sjukvarden/halso-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering> [Hämtad 2021-08-21].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2020c). Genomförande av uppföljning. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/uppfoljning-av-aldreomsorgslagen-vanpal/genomforandet-av-enkaten> [Hämtad 2021-09-01].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2020d). Information om RAI-systemet. <https://thl.fi/sv/web/aldre/bedomning-av-servicebehovet-med-rai-systemet/information-om-rai-systemet> [Hämtad 2021-09-01].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2020e). Anstaltsvård och boendeservice inom socialvården 2019. Tabellbilaga till statistikrapport Statistikrapport 45/2020, 6.11.2020. [https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2020/liitetaulukot/Tr45\\_20\\_liitetaulukot.xls](https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2020/liitetaulukot/Tr45_20_liitetaulukot.xls) [Hämtad 2021-09-01].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2021a). Social protection expenditure and financing. <https://thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/information-on-statistics/quality-descriptions/social-protection-expenditure-and-financing#Comparability%20of%20statistical%20data> [Hämtad 2021-08-22].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2021b). Uppföljning av personaldimensioneringen. <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/uppfoljning-av-aldreomsorgslagen-vanpal/uppfoljning-av-personaldimensioneringen> [Hämtad 2021-08-22].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2021c). *Uppföljning av äldreomsorgslagen (Vanpal)* <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/uppfoljning-av-aldreomsorgslagen-vanpal-> [Hämtad 2021-08-30].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2021d). Kommunernas nettodriftskostnader. Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/haku?q=Kommunernas%20nettodriftskostnader> [Hämtad 2021-01-21].
- THL - Institutet för hälsa och välfärd (2021e). Personalen inom social- och hälsovården (grupp-id 626). Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/metadata/groups/626>

- Thøgersen, M. (2013). *Selvejende institutioner i Danmark: Institutionernes udvikling, udbredelse og karakter på udvalgte samfundsområder*. Arbejdsnotat Netværk for forskning i civilsamfund og frivillighed 01:2013. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Toft, N. & Handberg, R. (2020). De fleste har kolleger uden sosu-uddannelse: Det skaber frustrationer. *Fagbladet FOA 03 december*. <https://www.fagbladetfoa.dk/Artikler/2020/12/02/De-fleste-har-kolleger-uden-sosu-uddannelse-Det-skaber-frustrationer>
- Uddevalla kommun (2021). *Mobila vårdteamet*. <https://www.uddevalla.se/omsorg-och-hjalp/sjukvard-och-tandvard/hemsjukvard-/mobila-vardteamet.html> [Hämtad 2021-08-24].
- Universitets- och högskolerådet (2019). *Studera till sjuksköterska*. <https://www.studera.nu/jamfor-utbildning/sjukskoterska/> [Hämtad 2021-08-31].
- Utbildningsstyrelsen (u.å.). *Sjukskötare*. [https://studieinfo.fi/app/#!/haku/sjuksk%C3%B6tare?page=1&facetFilters=teachingLangCode\\_ffm:SV&tab=los](https://studieinfo.fi/app/#!/haku/sjuksk%C3%B6tare?page=1&facetFilters=teachingLangCode_ffm:SV&tab=los) [2021-09-02].
- Utbildningsstyrelsen (u.å.a). *Hälsovårdare*. [https://studieinfo.fi/app/#!/haku/sjuksk%C3%B6tare?page=1&facetFilters=teachingLangCode\\_ffm:SV&tab=los](https://studieinfo.fi/app/#!/haku/sjuksk%C3%B6tare?page=1&facetFilters=teachingLangCode_ffm:SV&tab=los) [2021-09-02].
- Utdanning.no (u.å.a). *Yrkesbeskrivelse: Helsefagarbeider*. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/helsefagarbeider> [2021-08-27].
- Utdanning.no (u.å.b). *Sykepleier*. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/sykepleier> [2021-09-02].
- Utdanning.no (u.å.c). *Studier innen vernepleie*. <https://utdanning.no/studiebeskrivelse/vernepleie> [2021-09-02].
- Valvira (2017). Genomförandet av läkemedelsbehandling. <https://www.valvira.fi/web/sv/halso-och-sjukvard/god-arbetsutovning/genomforandet-av-lakemedelsbehandling> [Hämtad 2021-08-22].
- Velferdstjenesteutvalget (2020). *Private aktører i velferdsstaten: Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester*. Norges offentlige utredninger (NOU 2020:13).
- WHO – World health organization (2019). *Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care*. WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term care.
- Wimo, A., Elmståhl, S., Fratiglioni, L., Sjölund, B.-M., Sköldunger, A., Fagerström, C., Berglund, J. & Lagergren, M. (2017). Formal and informal care of community-living older people: A population-based study from the Swedish national study on aging and care. *The journal of nutrition, health & aging* 21(1), ss. 17-24. doi: 10.1007/s12603-016-0747-5.

- Vinge, S. & Hjort-Enemark Topholm, E. (2021). *Social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter i kommunerne*. Rapport 26 januar, VIVE.
- Wånell, S.E. & Trygg, B. (2010). *Lämplig bemanning i boende särskilt avsedd för personer med demenssjukdom*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.
- Vård- och omsorgsanalys (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?* Rapport 2015:8. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg*. PM 2016:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2020a). *Nordisk socialtjänstundersökning - En förstudie om vägar framåt*. PM 2020:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2020b). *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet Framtidens teknik i omsorgens tjänst (SOU 2020:14, S2020/01396/SOF)*. (Diarienummer 0814/2020).
- Vård- och omsorgsanalys (2021a). *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*. PM 2021:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021b). *Effekten av IBIC. En utvärdering av arbetssättet Individens behov i centrum i socialtjänsten*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdföretagarna (2020). *Äldreomsorgen – den svaga länken i Sveriges coronastrategi?* Stockholm: Vårdföretagarna.
- Yrkehögskolornas gemensamma webbplats (u.å). *Utbildningar*. <https://www.ammattikorkeakouluun.fi/sv/utbildningar/> [2021-09-02].
- Ældre Sagen (2014). *Pleje og ældreboliger. Orientering til ældrepolitiske frivillige*. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjQgv3svOryAhX5QfEDHWT9AtgQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aeldresagen.dk%2F-%2Fmedia%2FFrivilligportal%2FLokal-indflydelse%2FFiler%2FAeldrepolitiske-fokusomraader%2FPleje%2FPleje\\_og\\_aldreboliger\\_orientering\\_til\\_aldrepolitiske\\_frivillige.pdf&usq=AOvVaw2i7JYhToVF\\_hNOvDguSXXL](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjQgv3svOryAhX5QfEDHWT9AtgQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.aeldresagen.dk%2F-%2Fmedia%2FFrivilligportal%2FLokal-indflydelse%2FFiler%2FAeldrepolitiske-fokusomraader%2FPleje%2FPleje_og_aldreboliger_orientering_til_aldrepolitiske_frivillige.pdf&usq=AOvVaw2i7JYhToVF_hNOvDguSXXL) [Hämtad 2021-09-06].

- Ældre Sagen (2021a). *Hjemmehjælp*. <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/hjemmehjaelp-og-visitation> [Hämtad 2021-08-26].
- Ældre Sagen (2021b). *Plejoboliggaranti og ventelister*. <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/b/bolig/aeldreboliger/pleje-boliggaranti-og-ventelister> [Hämtad 2021-08-26].
- Ældre Sagen (2021c). *Personligt udvalgt hjælper*. <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/personligt-udvalgt-hjaelper> [Hämtad 2021-08-26].







## BILAGA 1 – EGNA BERÄKNINGAR OCH UPPSKATTNINGAR

### **Hur vi uppskattat andelen med insatser 65 år och äldre och 80 år och äldre**

All statistik över insatser innehåller antalet mottagare den tidpunkt uppgifterna samlades in, med undantag för insatsen stöd för närståendevård som använder det kumulativa antalet mottagare under året.

För Sverige, Danmark och Norge har vi i de flesta figurer gjort egna beräkningar av andelen mottagare av äldreomsorgens insatser. Uppgifterna om antalet mottagare samlas in i november i Sverige, under en vecka i april i Danmark (Danmarks Statistik 2020a) och den 31 december i Norge och vi har använt befolkningsdata för motsvarande eller närliggande månad från ländernas statistikmyndigheter.

### **Hur vi har uppskattat andelarna i biståndsbedömda boenden**

För både Sverige och Norge har vi gjort uppskattningar över andelen 65 år och äldre (67 år och äldre för Norge) respektive 80 år och äldre som bor i boenden med heldygnsvård. I Danmark och Finland redovisas boendeformerna separat i statistiken.

Det är mycket svårt att uppskatta hur stor andel av boendena i Sverige som är servicehus, det vill säga saknar heldygnsvård, eftersom uppgiften inte redovisas i den nationella statistiken. Det går att göra en uppskattning utifrån Socialstyrelsens enhetsundersökning, men även detta är vanskligt eftersom statistiken redovisas på enhetsnivå och eftersom vissa enheter fyllt i både servicehus och vård- och omsorgsboende eller gruppboende

för personer med demenssjukdom (Socialstyrelsen 2019c). Andelen servicelägenheter var cirka 3 procent 2019 om vi bara ser till andelen lägenheter i de enheter som fyllt i enbart serviceboende (Socialstyrelsen 2019c). Räkna vi däremot andelen enheter som har angett servicehus som boendeform är den runt 5 procent. Andelen skulle därmed kunna vara 3–5 procent, men går inte att dela upp i åldersgrupper. Det är också svårt att beräkna hur andelen sett ut bakåt i tiden, men den verkar ha legat runt 3 eller 5 procent (beroende på beräkning) sedan 2015 (se Socialstyrelsens enhetsundersökning 2015-2019). Innan 2015 såg redovisningen av enheternas boendeformer annorlunda ut, och går inte att jämföra med. Vi använder det större måttet på 5 procent, och kan därför ha överskattat andelen i boenden utan heldygnsomsorg (serviceboenden). Boende i servicehus är uppskattat till 5 procent för alla år, resterande 95 procent i vård- och omsorgsboenden med heldygnsomsorg.

I Danmark inkluderar statistiken över alla boenden vårdboenden, vårdhem, skyddade bostäder och vanliga äldreboenden. I statistiken över boenden med heldygnsomsorg har vi tagit bort vanliga äldreboenden.

I Finland inkluderar boendestatistiken serviceboenden med och utan heldygnsomsorg, ålderdomshem och långvårdspatienter på hälsovårdscentraler. För boenden med heldygnsomsorg har vi tagit bort serviceboenden utan heldygnsomsorg (vanligt serviceboende).

I Norge inkluderar statistiken över alla boenden de boende i sjukhem och i omsorgsboenden. För vård- och omsorgsboenden med enbart heldygnsomsorg har vi däremot gjort några uppskattningar, eftersom statistiken över omsorgsboenden med enbart heldygnsomsorg är något osäker och inte finns för alla år. Vi har använt rapporter från Kommunesektorens organisasjon (KS) och statistik från Statistisk sentralbyrå för andelen 67 år och äldre och 80 år och äldre i omsorgsboenden med enbart heldygnsomsorg. Vi saknar information om antalet personer 67 år och äldre i omsorgsboenden med heldygnsomsorg för 2018, 2019 och 2020 eftersom de senaste årens statistik över omsorgsboenden med heldygnsbemanning endast publiceras för åldersgruppen 80 år och äldre (Holmøy m.fl. 2020). Andelen som bor i omsorgsboenden med heldygnsomsorg bland åldersgruppen 67 år och äldre är därför uppskattad för dessa år med hjälp av andelen i åldersgruppen år 2017 och är något osäker.

## Hemtjänst i boenden

All statistik över hemtjänstmottagare i vår rapport exkluderar hemtjänst som mottas av boende i biståndsbedömda boenden. För de svenska hemtjänstmottagarna har vi använt statistik från Socialstyrelsen som enbart inberäknar 65 år och äldre eller 80 år och äldre med pågående beslut om hemtjänst i ordinärt boende. Även den danska statistiken över hemtjänstmottagare gäller mottagare i eget hem (Danmarks Statistik 2020b). Den finska statistiken exkluderar mottagare som får institutionsvård eller boendeservice (Sotkanet.fi u.å). Även i den norska statistiken räknas varje mottagare enbart en gång (Statistisk sentralbyrå u.å.b).

## BILAGA 2 – INTERVJUPERSONER

Tabell 7.

Namn	Funktion/titel	Organisation
Caroline Hoffstedt	Kommunalråd, ordf äldrenämnden	Uppsala kommun
Kerstin Carlsson	MAS	Sävsjö kommun
Marie Kirsebom	Universitetslektor	Linnéuniversitetet
Mika Levin-Smeds	MAR	Norrköpings kommun







# Den nordiska äldreomsorgen

## En jämförande kartläggning av struktur, organisation och innehåll

Utmaningarna inom svensk äldreomsorg har fått stor uppmärksamhet i samband med covid-19-pandemin. I denna undersökning gör vi en övergripande kartläggning av äldreomsorgens struktur, insatser och organisation i Sverige, Danmark, Finland och Norge. Vi ger en aktuell och fördjupad lägesbild av svensk äldreomsorg i ett nordiskt sammanhang och undersöker vilka likheter och skillnader som finns jämfört med våra nordiska grannländer. Vi identifierar också områden där det behövs mer kunskap för att bidra till lärande och utveckling i äldreomsorgen.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

► **vård- och omsorgsanalys**

