

Låt de äldre komma till tals



Ulf Persson

Han är fil. dr. i ekonomi och har 40 års erfarenhet av svenska och internationella studier i hälsoekonomi och trafikekonomi. Han har varit professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet och vd för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.

Sara Olofsson

Hon är medicine doktor och forskningsledare med mer än 15 års erfarenhet av svenska och internationella hälsoekonomiska studier. Hon arbetar främst inom området värdering av liv och hälsa och disputerade år 2020 med en avhandling om betalningsvilja för att minska hälsorisker i Sverige.



PÅ 1960-TALET MYNTADE nationalekonomen William Baumol begreppet Baumol-effekten.¹ Begreppet har bland annat använts för att förklara löneutvecklingen inom kultursektorn. Att uppföra en teaterpjäs eller ett musikstycke av en symfoniorkester kräver samma arbetsinsats och samma kompetens nu som när de skrevs. Priset på arbetskraften har dock ökat under många år som en följd av produktivitetsförbättringar i andra delar av ekonomin. Samtidigt går det inte att spela fortare eller använda mindre personal om kvaliteten på teatern eller konserten ska bibehållas.

Baumol-effekten är inte bara ett dilemma för kultursektorn, utan även för äldreomsorgen. Omsorg handlar om möten mellan människor. Sådana möten måste få ta tid och produktiviteten i vård och omsorg blir givetvis lägre än i industrin.

En svagare löneutveckling försvårar nyrekryteringen och möjligheten att kunna behålla personal. För att hålla lönerna konkurrenskraftiga kommer alltså utgifterna för hälso- och sjukvård som andel av inkomsterna att växa. Följden blir att äldreomsorgens kostnader ökar över tid.

1 Lindmark, M. & Andersson, L. (2018). Valfärden, skatterna, Baumol-effekten och högerpopulismens framväxt. Ekonomisk debatt, 46(7), ss. 33–44.

Ta vara på individens preferenser

Regeringen har flera mål för äldreomsorgen.² Den äldre ska kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, bemötas med respekt, ha tillgång till god vård och omsorg samt erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg.

Att den äldre ska ha inflytande och oberoende överensstämmer med den mer allmänna trenden mot ett ökat patient- och omsorgstagarinflytande. Men hur säkerställs äldres inflytande och oberoende i organiseringen av äldreomsorg? Hur får man reda på vad de äldre tycker om olika typer av boende, personalkontinuitet, antalet gemensamma aktiviteter och välfärdsteknik? Viken utveckling vill de se? Vad är viktigast och vad värderas högst?

På en marknad tillåts individens preferenser styra resursallokeringen. Vid köp av hus, bil eller mobiltelefon fattar individen beslut utifrån en avvägning mellan inköpets kostnad och värde baserat på sina preferenser och information om varan.

När marknadens principer sätts ur spel förloras den direkta kopplingen mellan individens preferenser och resursallokering. I avsaknad av priser vet individen inte vad omsorgen kostar och kan inte väga denna kostnad mot kostnaderna för annan konsumtion.

2 Mål för socialtjänst inklusive äldreomsorg. Regeringskansliet 2021.

Efterfrågan vid priset noll (eller nära noll) kan bli mycket stor och i äldreomsorgen hålls den tillbaka med hjälp av biståndsbeslut och väntetider. Producenten får sina kostnader täckta genom offentliga budgetar. Det saknas därmed en incitamentsstruktur som säkerställer att individens preferenser får genomslag.

Det finns i princip två sätt att gå till väga för att ersätta bristande marknadskontakt och låta individernas preferenser få ett inflytande över organiseringen och utformningen av exempelvis äldreomsorgen.

Det ena är att påverka incitamenten för producenter. Utförarna skulle till exempel kunna få så kallad utfallsbaserad ersättning utifrån hur nöjda de äldre är med sin omsorg. Det andra sättet att ersätta bristande marknadskontakt är att undersöka individers preferenser med hjälp av väl etablerade metoder baserade på ekonomisk teori. Men inom äldreomsorgen saknas ett sådant tillvägagångssätt.

Det är viktigt att få en god uppfattning om hur individer värderar olika former av äldreomsorg för att ge beslutsfattare en bild av vad som värderas och hur äldre påverkas av olika former av organisering. Utan denna information finns en risk att äldreomsorgen effektiviseras på bekostnad av ett minskat välbefinnande.

Socialstyrelsen undersöker vad äldre tycker om äldreomsorgen i en nationell brukarundersökning som skickas ut till samtliga personer med äldreomsorg.³ Undersökningen besvaras ofta av en representant för den äldre (till exempel en anhörig eller omsorgspersonal) och är inte baserad på de typer

3 Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2022. Socialstyrelsen. 2022.

av metoder som kan generera ett värde eller vikt för individers preferenser för äldreomsorg.

Att mäta livskvalitet

I sjukvårdssektorn har man valt att studera utfall genom att konstruera ett mått som kallas kvalitetsjusterade levnadsår (Quality adjusted life years), QALYs. QALY mäter hälsa genom att ta hänsyn till hälsorelaterad livskvalitet och tid i ett hälsotillstånd och tillåter olika hälsotillstånd att jämföras med varandra. I stället för att enbart fokusera på hälsorelaterad livskvalitet behövs ett mått som tar hänsyn till bredare aspekter av livskvaliteten; ett mått på välbefinnande. Under det senaste decenniet har det gjorts försök att ta fram livskvalitetsmått för äldreomsorgen som kan användas för att förstå individers värde av boende, produkter och service inom äldreomsorgen. Två av måtten är framtagna i Storbritannien, där målsättningen för äldreomsorgen har kommit att fokusera mer på faktorer som kontroll och oberoende.

Det första kallas Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) och undersöker hur behov tillgodoses inom åtta dimensioner. Det andra måttet är ICEpop CAPability Measure for Older People (ICECAP-O) och togs fram vid University of Kent. Instrumentet frågar om kapaciteten i fem dimensioner. Det tredje måttet togs fram i Nederländerna som ett mått för äldreomsorg (Well-Being for Older People, WOOP). Även i Sverige har arbetet med att ta fram ett mått påbörjats. Måttet kallas Capability-Adjusted Life-Years (CALY), ”goda år” på svenska.

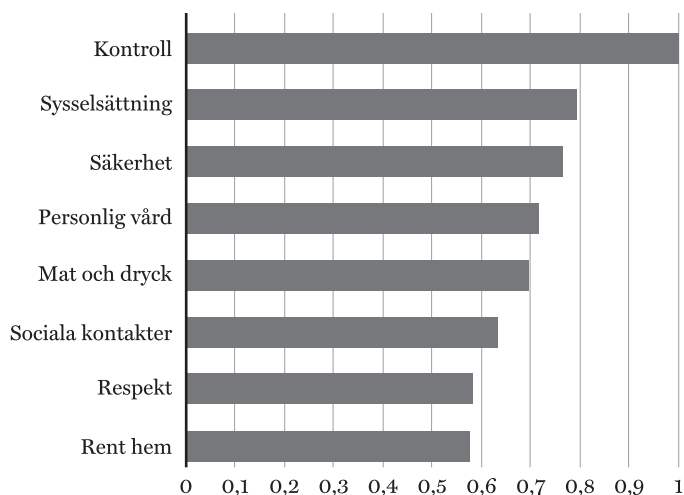
ASCOT utvecklades för att skapa ett specifikt utfallsmått för ekonomiska utvärderingar av social omsorg.⁴ Instrumentet har åtta dimensioner. Inom varje dimension finns fyra nivåer som är graderade efter hur väl behoven uppnås. Vikterna är framtagna med Best Worst Scaling (BWS) i den brittiska befolkningen.

En respondent presenteras för ett hypotetiskt tillstånd med olika aspekter. Sedan väljer individen vilken av dessa aspekter som är ”bäst” och ”sämst”. Detta upprepas för flera tillstånd. Genom att variera nivåer för många alternativ kan man sedan härleda vilken effekt varje nivå har på preferensen och få en relativ preferensvikt. Vikterna för varje nivå har ingen betydelse i sig själva. De är relativa vikter, standardiserade mot kontroll som gav störst utslag i preferens, vilket innebär att 1 är ”full kontroll” och 0 är ”ingen kontroll alls”.

Figuren nedan visar skillnaden på vikter för bästa och sämsta nivå för respektive dimension. Från detta framkommer att kontroll är av särskild vikt för äldre, det vill säga att kunna välja att göra saker och få saker gjorda på det vis man vill – och när man vill.

4 Netten A, Burge P, Malley J, Potoglou D, Towers AM, Brazier J, et al. Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technol Assess.* 2012;16(16):1-166.

FIGUR 1. *Skillnad av vikt för bästa och sämsta nivå i respektive dimension av ASCOT*



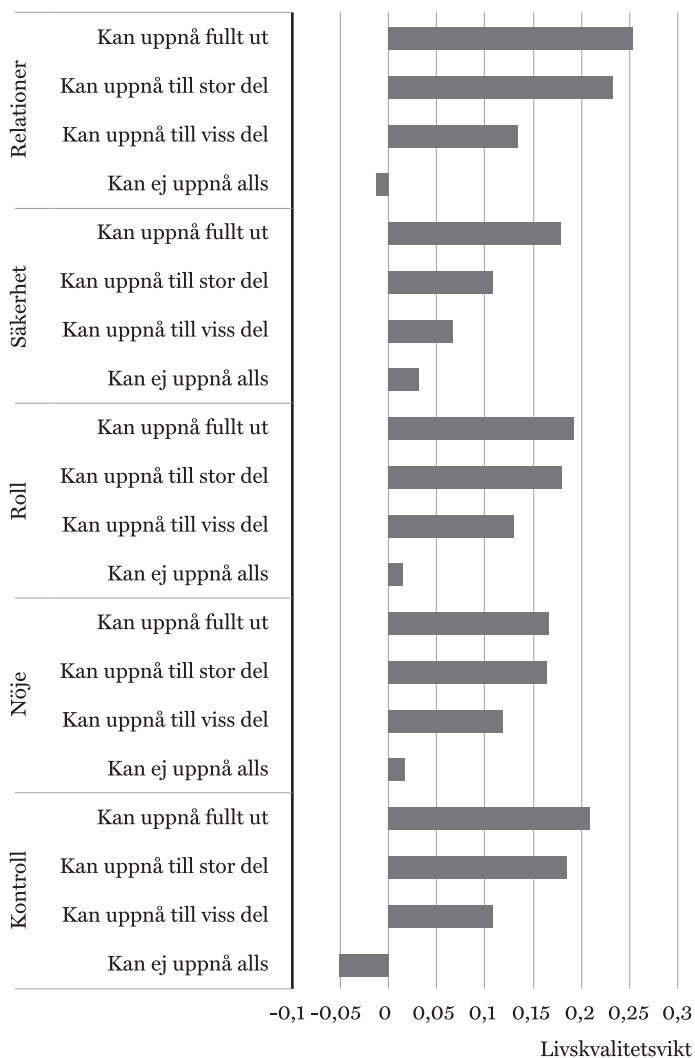
ICECAP-O är ett frågeformulär med fem dimensioner. Instrumentet är framtaget i Storbritannien som svar på ett behov av ett utfallsmått för ekonomiska utvärderingar som kan fungera både för hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen (12).⁵ En viktig tanke bakom ICECAP-O är att det inte är vad du faktiskt gör som är viktigt för livskvaliteten, utan vad du har för förmåga att göra det som du skulle vilja göra.

5 Coast, J, Flynn, TN, et al. Valuing the ICECAP capability index for older people. Soc Sci Med. 2008;67(5):874-82.

Nivåerna i ICECAP-O är baserade på kapacitet och inkluderar: "kan uppnå fullt ut" (nivå 1), "kan uppnå till stor del" (nivå 2), "kan uppnå i viss mån" (nivå 3) samt "ej alls kapabel att uppnå" (nivå 4). Livskvalitetsvikter för ICECAP-O är framtagna med metoden *best-worst-scaling* (BWS).

Därefter skalas vikterna om till en skala från 0 som innebär "ingen kapacitet alls" (vilket i princip skulle kunna sägas motsvara död) till 1 som innebär "full kapacitet". Som framgår av figur 3 är relationer, det vill säga kärlek och vänskap det som ger mest utslag på livskvalitet. Därefter kommer kontroll, det vill säga oberoende, vilket är samstämmigt med ASCOT.

FIGUR 2. *Brittiska livskvalitetsvikter för frågeformuläret ICECAP-O.*



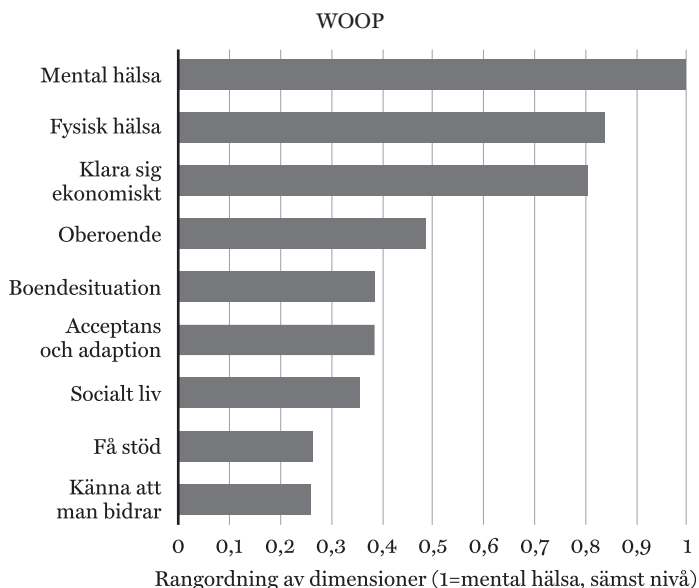
Ett problem med både ASCOT och ICECAP-O är att hälsa inte finns med som en enskild dimension utan antas ingå indirekt i de befintliga dimensionerna. Det finns emellertid studier som pekar på att så inte är fallet – särskilt när det gäller den fysiska hälsan som kan ha en stor inverkan på äldres livskvalitet.

Frågeformuläret ”Wellbeing for Older People” (WOOP), som togs fram i Nederländerna, är ett försök att åtgärda dessa brister genom att inkludera hälsa som en egen dimension.⁶ WOOP består av sammanlagt nio dimensioner och fem svarsalternativ. Mental hälsa fick högst vikt följt av fysisk hälsa, vilket är nära på lika viktigt som att klara sig ekonomiskt. Därefter följer oberoende, vilket även visade sig vara viktigt i både ASCOT och ICECAP-O, boendesituation samt acceptans och adaption. I Australien har man tagit fram ytterligare ett mått (the Quality of Life-Aged Care Consumers (QOL)-ACC) som accepterats av myndigheterna.⁷ Detta är mer likt WOOP på så sätt att det inkluderar mätning av fysisk och mental hälsa. Samtliga dimensioner inkluderar rörlighet, smärthantering, emotionell hälsa, oberoende, sociala relationer och aktiviteter/hobbies.

6 Himmler S, Jonker M, van Krugten F, Hackert M, van Exel J, Brouwer W. Estimating an anchored utility tariff for the well-being of older people measure (WOOP) for the Netherlands. *Soc Sci Med*. 2022;301:114901.

7 Khadka J, Milte R, Hutchinson C, Cleland J, Ratcliffe J. Reliability of the quality of life-aged care consumers (QOL-ACC) and EQ-5D-5L among older people using aged care services at home. *Health Qual Life Outcomes*. 2024;22(1):40.

FIGUR 3. Rangordning av dimensioner i frågeformuläret WOOP baserat på livskvalitetsvikten för sämsta nivån. Standardiserat (1=mental hälsa, sämst nivå).



Vad värderas högst?

För att belysa preferenser för äldreomsorg är det relevant att försöka skatta preferenserna för de individer som utnyttjar service, det vill säga mottagare av äldreomsorg, genom att fråga dem direkt om hur de vill ha det. En del av dessa kan på grund av nedsatt kognitiv förmåga ha svårt att själva medverka

i experimentella studier. Ett alternativ kan då vara att fråga närståendevårdare (eller omsorgspersonal) om de kan ta rollen som agenter för mottagare av äldreomsorg och medverka i datainsamling för att försöka få en bild av preferenser hos mottagare av äldreomsorg.

Ett annat alternativ är att fråga individer som ännu inte tar emot äldreomsorg om hur de vill ha det när och om det blir aktuellt. Man kan se det som ett val liknande när vi tecknar försäkringar, vilket sker innan försäkringen faller ut.

Vi finner flera exempel där de som tillfrågas har relativt kort tid kvar fram till ett eventuellt utnyttjande av äldreomsorg. I andra studier vänder man sig till befolkningen, det vill säga ett slumpmässigt urval av individer i alla åldersgrupper, för att skatta preferenser och betalningsvilja. Man kan då se det som att individerna ställs inför frågan att teckna en försäkring som ger möjlighet att få tillgång till nyttigheter som förväntas efterfrågas av individerna när de uppnår den åldern eller hamnar i den situationen att omsorg och vård är önskad.

Här redovisar vi exempel på olika studier där individers preferenser för äldreomsorg skattades med direkt metod som förutsätter någon typ av val och eller hypotetisk uppoffring av respondenten. Vi redovisar betalningsviljestudier som undersökt preferenser för boende och preferenser för formerna för hur omsorgen ges var för sig. Vi beskriver kortfattat resultat från några utvalda studier för att ge exempel.

Förväntningar påverkar

Hajek med flera undersökte preferenser för typ av äldreomsorg som fanns i Tyskland.⁸ En enkät skickades ut till ett urval av den äldre befolkningen (65 år eller äldre, n=1006). Respondenterna fick frågan hur väl de instämde med påståendet att vid behov skulle jag vilja bo i (1) mitt eget hem, (2) en släktings hem, (3) assistansboende, (4) äldreboende eller (5) i ett annat land. Nieboer med flera undersökte preferenserna för äldreomsorg med hjälp av en enkät sänd till ett urval av den nederländska befolkningen i åldern 50–65 år.

Respondenterna presenterades för ett scenario där de skulle anta att de behövde välja äldreomsorg åt en närstående. De ombads välja mellan två omsorgspaket som varierade med avseende på antal timmar med omsorg per vecka, möjlighet att delta i organiserade sociala aktiviteter, färdtjänst, boende, person som ger omsorg, standardiserad eller individanpassad omsorg, koordinering av tjänster, punktlighet, tid på väntelista och egenavgift per vecka.

Resultaten visar att preferenserna för boende beror på funktionsnedsättningens svårighetsgrad och boendesituation i det egna hemmet, till exempel om man lever med partner eller ej. Särskilt boende föredras av en del först vid svårare funktionsnedsättning men en enklare variant som ger individen större kontroll och oberoende föredras av en relativt stor andel redan vid lindrigare funktionsnedsättning. Till stor del styrs

8 Hajek, André, m.fl. "The Role of Personality in Health Care Use: Results of a Population-Based Longitudinal Study in Germany". PLOS ONE, vol. 12, nr 7, juli 2017, s. e0181716. PLoS Journals.

preferenserna av förväntningarna på utformningen av boendet och vilken nivå av oberoende och självständighet som det tillåter.

Nieboer med flera genomförde en studie i Nederländerna där ett representativt urval av personer i åldern 50 till 65 fick välja mellan två omsorgsalternativ med tolv varierande egenskaper.⁹

För en äldre med intellektuell funktionsnedsättning med partner ansågs reguljär hjälp vara det mest betydelsefulla, följt av färdtjänst och kortare väntetid till beviljad hjälp. För en äldre med fysisk funktionsnedsättning utan partner ansågs färdtjänst vara det viktigaste följt av sociala aktiviteter och kortare väntelista. Reguljär hjälp (det vill säga att få hjälp av en bestämd och mindre grupp omsorgsgivare) och färdtjänst var attribut som var av större värde för samtliga grupper.

Amilon med flera undersökte betalningsviljan bland ett representativt urval av den danska befolkningen i åldern 18-65 år.¹⁰ Respondenterna ställdes inför ett scenario med en hypotetisk mottagare av äldreomsorg i sin kommun. De kunde välja mellan tre olika alternativa former för äldreomsorg som varierade i sitt innehåll med avseende på: städning, val av måltider, tid för social kontakt vid städning, möjlighet att köpa tilläggstjänster från kommunen samt ökning av årlig skatt per hushåll och år.

9 Nieboer AP, Koolman X, Stolk EA. Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Soc Sci Med.* 2010;70(9):1317-25.

10 Amilon A, Ladenburg J, Siren A, Vernström Östergaard S. Willingness to pay for long-term home care services: Evidence from a stated preferences analysis *The Journal of the Economics of Ageing* 2020;17:100238.

Ett av alternativen var nuvarande omsorg (status quo), vilket innefattade städning varannan vecka, inget val av måltid, ingen tid för social kontakt och ingen möjlighet att köpa tilläggs-tjänster. Betalningsviljan för detta alternativ var negativ. Högst betalningsvilja gavs för social interaktion, följt av val av måltid, städning oftare och möjlighet att köpa tilläggs-tjänster.

Politisk hållning hade stor betydelse för betalningsviljan för olika alternativ. Vänsterorienterade respondenter angav högst betalningsvilja till social interaktion följt av mer frekvent städning och val av måltider. Dessa respondenter hade dessutom en negativ betalningsvilja för både status quo och möjligheten att köpa tilläggs-tjänster från kommunen. Högerorienterade respondenter gav däremot högst betalningsvilja till status quo följt av möjligheten att köpa tilläggs-tjänster från kommunen, mer frekvent städning, val av måltider och sist social interaktion.

Sverige släpar efter

Fördelar med att använda QALY för att skatta värdet av äldreomsorg är att det är ett accepterat och välanvänt sätt att mäta effekter. Dessutom är det ett standardiserat mått som gör det enkelt för användaren att bedöma validitet och reliabilitet.

De instrument som har tagits fram specifikt för äldreomsorgen inkluderar ytterligare dimensioner av vikt för äldre, såsom kontroll över det dagliga livet. Preferensvikter visar att detta är dimensioner av stor betydelse för befolkningen, och aspekten beroende/oberoende framstår ha särskild betydelse för äldre och

deras livskvalitet. Ett mått på livskvalitet inom äldreomsorg bör därför inkludera dessa dimensioner.

Sammanfattningsvis finns det för- och nackdelar med både QALY och WTP som metoder för att kartlägga värdet av äldreomsorg, och det är sannolikt ett skäl till att man finner en förhållandevis omfattande litteratur om båda metoderna. Vi konstaterar att Sverige släpar efter flera andra länder. Bland en omfattande internationell litteratur finns endast två svenska studier. I England och Nederländerna finns sedan flera år tillbaka framtagna mått för att mäta livskvalitet inom äldreomsorgen som accepteras av beslutsfattare. Dessa mått har över-satts och använts i flera olika europeiska länder, men har hittills inte tillämpats i Sverige.

Ett centralt värde för individen inom äldreomsorg är bibehållandet av oberoende, självständighet och kontroll över sitt dagliga liv. Det sätts stort värde på att få hjälp av ett litet antal välkänd personal. I flera undersökningar har detta större värde än att få mer omsorgstid.

Äldreboende kopplas ofta samman med ett minskat oberoende och kontroll och föredras därför först vid en svårare funktionsnedsättning. Många sätter ett stort värde på att kunna få omsorg i ett anpassat boende med bibehållet oberoende och kontroll även vid en lindrigare funktionsnedsättning. Preferens för typ av boende styrs till stor del av funktionsnedsättning och boendesituation (partner eller ej). Först vid svårare funktionsnedsättning finns en preferens för äldreboende. Det tycks dock finnas en förhållandevis stark preferens för anpassat boende (det vill säga ett mer reguljärt boende med viss tillgång till omsorgspersonal) redan vid en lindrigare funktionsnedsättning.

Starka preferenser finns också för att omsorgen ges på ett sätt som ger den äldre inflytande och kontroll över sitt dagliga liv. Bland annat fanns det tydliga preferenser för färdtjänst som gör det möjligt att ta sig vart man vill, att bestämma själv när man ska få omsorg under dagen, att själv få bestämma sina måltider samt att få en individanpassad omsorg som tar hänsyn till den äldres specifika behov och anpassas tillsammans med den äldre.

Till skillnad från flera andra länder i Europa har Sverige inte kommit lika långt när det gäller att mäta vad mottagare av äldreomsorgen värderar i sin vardag. Vi vill se fler sätt som låter dagens och framtidens mottagare komma till tals kring äldreomsorgen i Sverige.

Policyförslag:

- De brukarundersökningar och enkäter som till exempel Socialstyrelsen genomför ska inkludera validerade mått som finns framtagna i andra länder för att mäta livskvalitet inom äldreomsorg. Det kan vara översättningar till svenska av de dimensioner frågor som ingår i Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT), ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O), Well-Being for Older People (WOOP) eller Quality of Life-Aged Care Consumers (QOL-ACC).
- Forskning behöver initieras dels för att få den svenska befolkningens vikter till de egenskaper som uppmäts i de validerade måtten för ASCOT, ICECAP-O, WOOP och QOL-ACC, dels för att genomföra direkta betalningsviljestudier i Sverige för att belysa värdet av ny välfärdsteknologi och omorganisation i utbudet av äldreomsorg.

I dagens äldreomsorg är kroppen svag och byråkratin stark. Regler och rutiner har tagit platsen för ansvar och förtroende.

Denna antologi är en handbok för alla som vill förändra svensk äldreomsorg på riktigt. Författarna visar hur vi kan gå från förmyndarskap till frihet, från styrning till tillit. De presenterar reformer som gör omsorgen rättighetsbaserad, mer effektiv och värdig – där individen, inte systemet, står i centrum.

Vem bestämmer när jag ska gå och lägga mig? är en bok om hur frihet, värdighet och effektivitet behöver väga tyngre än idag.

En antologi med **Hanne Kjöllér**, sjuksköterska och författare, **Magnus Jegermalm**, professor, **Anna Tenje**, äldre- och socialförsäkringsminister med flera.



Synaps är en partipolitiskt oberoende, marknadsliberal tankesmedja om sjukvård och omsorg, grundad 2023.

