

Att kartlägga värdet av äldreomsorg

Ulf Persson
Sara Olofsson

Att kartlägga värdet av äldreomsorg

Att kartlägga värdet av äldreomsorg

Ulf Persson

Sara Olofsson

SNS Förlag
Box 5629, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-507 025 00
info@sns.se www.sns.se

SNS – Studieförbundet Näringsliv och Samhälle – är en oberoende ideell förening som genom forskning, möten och utbildning bidrar till att ledande beslutsfattare i näringsliv, politik och offentlig förvaltning kan fatta välgrundade beslut baserade på vetenskap och saklig analys. 280 ledande företag, myndigheter och organisationer är medlemmar i SNS.

Att kartlägga värdet av äldreomsorg
Ulf Persson och Sara Olofsson
© 2022 Författarna och SNS Förlag
Tryck: Books on Demand, Tyskland
ISBN 978-91-88637-87-1

INNEHÅLL

Förord	7
Sammanfattning	9
1. Introduktion	15
2. Metoder för att kartlägga värde från individers perspektiv	23
3. Ett QALY för äldreomsorg?	28
4. Betalningsvilja för äldreomsorg	53
5. Diskussion och slutsatser	76
Referenser	86

Förord

I TAKT MED att andelen äldre i befolkningen blir större förväntas kostnaderna för äldreomsorgen att stiga. Samtidigt minskar andelen i förvärvsarbetsande ålder i befolkningen, vilket medför en långsammare ökning av välfärdens intäkter. För att möta framtidens behov behöver därför äldreomsorgens arbetssätt förändras. Men vad värderar de äldre idag och vilken typ av omsorg kommer framtidens äldre att efterfråga?

I rapporten diskuterar Ulf Persson och Sara Olofsson metoder för att kartlägga individens preferenser för äldreomsorg med utgångspunkt i tidigare forskning. De ser närmare på vad äldreomsorgen kan lära från metoder som används inom andra områden. De presenterar också vad forskningen hittills säger om vad som ger mest värde i äldreomsorgen.

Ulf Persson är professor i hälsoekonomi och senior advisor vid Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) och Sara Olofsson är doktor i hälsoekonomi och forskningsledare vid IHE.

Rapporten är en del i SNS treåriga forskningsprojekt »Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering«. Projektets övergripande frågeställning är hur det offentliga åtagandet för framtidens vård och äldreomsorg kan se ut och finansieras.

Forskningsprojektet kan genomföras tack vare bidrag från den referensgrupp som följer projektet. I gruppen ingår Astra Zeneca, Attendo, Getinge, Hemfrid, Inspektionen för vård och omsorg, Kommunal, Kry, Min Doktor, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Pfizer, Praktikertjänst, Region Halland, Region Stockholm, Skandia, Skellefteå kommun, Socialstyrelsen, Svensk Försäkring, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Täby kommun, Vardaga, Vinnova, Vårdförbundet och Västra Götalandsregionen. Lena

Hensvik, professor i nationalekonomi vid Uppsala universitet, är SNS vetenskapliga råds representant i referensgruppen och Martin Engström, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Halland, är gruppens ordförande. SNS tackar för det engagemang som referensgruppens ledamöter visat. Konstruktiva diskussioner har lett till att rapportens frågor har kunnat få en allsidig belysning. Referensgruppen ansvarar dock inte för innehållet i rapporten.

Lars Lindholm, professor vid Institutionen för epidemiologi och global hälsa vid Umeå universitet, och Martin Henriksson, docent vid Institutionen för hälsa, medicin och vård vid Linköpings universitet, har vid akademiska seminarier lämnat konstruktiva synpunkter på ett utkast till rapporten.

Rapportens författare svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. SNS som organisation tar inte ställning till dessa. SNS initierar och presenterar forskningsbaserade och policyrelevanta analyser av centrala samhällsfrågor. Det är SNS förhoppning att rapporten kan fungera som ett kunskapsunderlag för beslutsfattare och bidra till diskussionen om utvecklingen av svensk äldreomsorg.

Stockholm i augusti 2022
Gabriella Chirico Willstedt
Forskningsledare, SNS

Sammanfattning

ÄLDREOMSORGENS UTFORMNING och organisation har förändrats över tid. Exempelvis har hemtjänst i eget boende blivit vanligare medan gemensamt boende, så kallat äldreboende, blivit mindre vanligt. En förändring som pågår är införandet av välfärdsteknik, till exempel kameraövervakning och läkemedelsrobotar.

Det finns flera skäl till dessa förändringar, men att de åtminstone delvis orsakas av besparingsbehov och effektiviseringskrav kan inte uteslutas. För det första kan kostnaderna för äldreomsorgen komma att stiga i takt med att andelen äldre i befolkningen blir större samtidigt som andelen förvärvsarbetande förväntas bli mindre. För det andra är möjligheterna till produktivitet utveckling begränsade eftersom äldreomsorgen är personalintensiv. För det tredje konkurrerar äldreomsorgen med andra sektorer inom kommunernas ansvarsområde, exempelvis skolan.

Andra skäl till förändringar över tid är en anpassning till preferenserna hos dem som tar emot äldreomsorg. Exempelvis motiveras kvarboendepincipen, att den äldre i så stor utsträckning som möjligt ska bo kvar och få omsorg i det egna hemmet, ibland med att många äldre vill bo kvar i sitt eget hem och införandet av välfärdsteknik med att det skulle kunna öka de äldres oberoende. Idag saknas emellertid en metod för att ta reda på vad nuvarande och framtida mottagare av äldreomsorg värderar. Utan dessa kunskaper riskerar omstruktureringen av äldreomsorgen ske på ett sätt som på sikt minskar de äldres välbefinnande.

Syftet med denna forskningsrapport är att utifrån en litteraturnomgång diskutera hur individers preferenser för äldreomsorg kan kartläggas för att därigenom förstå vad som ger mest värde. Rapporten belyser följande frågor:

- › Hur kartläggs individers preferenser inom andra områden?
- › Vilka problem och möjligheter finns med att använda liknande metoder inom äldreomsorg?
- › Vad visar den tillgängliga litteraturen att individer värderar inom äldreomsorg?

I rapporten undersöks hur individers värdering av äldreomsorg kan kartläggas men inte hur åtgärder inom äldreomsorgen bör utvärderas.

Metoder för att kartlägga värde från individens perspektiv

Från ett ekonomiskt perspektiv definieras värde som det högsta belopp en individ är villig att betala för en tjänst eller vara, så kallad betalningsvilja. En metod för att kartlägga värdet av produkter, tjänster och åtgärder som inte säljs på den fria marknaden är därför att undersöka individers betalningsvilja med hjälp av bland annat enkätundersökningar. Denna metod används exempelvis av Trafikverket för att ta reda på hur befolkningen värderar minskad restid och olycksrisk.

Inom hälso- och sjukvården används en annan metod för att kartlägga värde. Utfallsmåttet kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs) kombinerar tid och livskvalitet i ett visst hälsotillstånd och är numera det dominerande måttet inom hälsoekonomi.

Inom äldreomsorgen saknas ännu en etablerad metod för att kartlägga värde baserat på individers preferenser. I flera länder har dock processer påbörjats med att utforma metoder för att få fram ett QALY inom äldreomsorg, något som delvis motiveras av att äldreomsorgen och hälso- och sjukvården kan ses som integrerade sektorer. Precis som i trafiksektorn är målsättningen för äldreomsorgen samtidigt flerdimensionell, vilket motiverar användningen av betalningsvilja. Det finns även en relativt omfattande forskningslitteratur som använt denna metod för att kartlägga värdet av åtgärder inom äldreomsorg.

Ett QALY för äldreomsorg?

Det traditionella sätt som används för att ta fram QALYs inom hälso- och sjukvården fungerar inte inom äldreomsorgen, eftersom det är avgränsat till hälsorelaterad livskvalitet. Inom äldreomsorgen kan även icke hälsorelaterad livskvalitet påverkas, till exempel sociala kontakter, oberoende och kontroll.

Samtliga nya metoder bygger på samma principer som idag används för att härleda en livskvalitetsvikt via så kallad indirekt metod inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta innebär att man behöver skapa frågeformulär som ska besvaras av mottagare av äldreomsorg och ta fram så kallade preferensbaserade livskvalitetsvikter för kombinationer av svar i frågeformulären. Dessa preferensbaserade livskvalitetsvikter skattas i de flesta fall via en undersökning bland äldre personer (65 år+) i befolkningen.

Metoderna skiljer sig dock en hel del åt när det gäller vilka frågor (dimensioner) som ställs, hur svarsnivåerna definieras samt vilken metod som används för att ta fram preferensbaserade livskvalitetsvikter. En fråga som dock återkommer i samtliga frågeformulär är den om kontroll och oberoende. Den ges även hög prioritet av äldre personer i befolkningen vid skattningen av preferensbaserade livskvalitetsvikter. De senare förslagen inkluderar numera hälsa vid mätning av livskvalitet, något som tidigare var exkluderat. På detta sätt blir instrumentet för att mäta livskvalitet mer heltäckande och kan dessutom användas för flera sektorer. Ett dilemma är att det också kan skapa överlappning mellan olika frågor.

Betalningsvilja för äldreomsorg

Parallellt med försöken att kartlägga värdet av äldreomsorg via nya sätt att härleda QALY har ett flertal studier publicerats som i stället söker värdet med hjälp av betalningsvilja. Ett skäl är att betalningsvilja kan sökas direkt för en åtgärd i stället för indirekt via förhandsdefinierade dimensioner. Anta till exempel att personalkontinuiteten ökas inom äldreomsorgen, det vill säga den äldre får hjälp av ett bestämt team med ett mindre antal anställda. För att härleda värdet av detta via QALY-metoden skulle det behöva fångas upp i de dimensioner som ingår i frågeformuläret, till exempel social interaktion. Risken finns dock att

aspekter som inte ingår i frågeformuläret påverkas. Genom att i stället kartlägga värdet via betalningsvilja kan individen själv ta ställning till vad han eller hon väger in i sin värdering. Dessutom möjliggör denna metod en skattning av preferenser för åtgärder som ännu inte tagits i bruk, till exempel en ny välfärdsteknik.

Resultatet från studier av betalningsvilja för äldreomsorg visar att värdet är kontextberoende och bland annat påverkas av typen av funktionsnedsättning och levnadsförhållande, exempelvis om personen har en partner eller ej. Aspekter kopplade till kontroll och oberoende framstår dock som viktiga oberoende av kontext. Dessa aspekter inkluderar framför allt personalkontinuitet och färdtjänst. Ett anpassat boende föredras redan vid lättare funktionsnedsättning av en förhållandevis stor andel medan äldreboende föredras först vid en svårare funktionsnedsättning. En förklaring kan vara att anpassat boende är kopplat till ett ökat oberoende medan det motsatta gäller för äldreboende.

Resultatet från studierna visar även att värdet är beroende av perspektiv, det vill säga om man anger betalningsvilja för sig själv eller för någon annan. Detta belyser vikten av att undersöka preferenser ur individens perspektiv. Vilka individers betalningsvilja som kartläggs är också en viktig fråga. Är det mottagare av äldreomsorg, deras närstående, de äldre i befolkningen eller hela befolkningen? I genomgången finner vi exempel på studier av samtliga grupper. I sammanhanget är det viktigt att lyfta att det inte bara är mottagare av äldreomsorg som sätter ett värde på äldreomsorg. Flera studier visar att även de som för närvarande inte använder äldreomsorg sätter ett värde på denna eftersom de i framtiden vet att de kan komma att få behov av äldreomsorg samt bryr sig om att andra har tillgång till äldreomsorg. En komplett bild av värdet erhålls därför först då även dessa komponenter beaktas.

Slutsatser och rekommendationer

Det pågår för närvarande forskning i flera länder för att kartlägga värdet av äldreomsorg med både QALY och betalningsvilja. Metoderna har olika för- och nackdelar, och det finns därför sannolikt en framtid för dem båda inom detta område. Resultaten ger underlag för några reflektioner kring den nuvarande utformningen av äldreomsorg. För det första finns en preferens för ett anpassat boende redan vid lindrig funktionsnedsättning, vilket eventuellt indikerar att kvarboendepri-

cipen inte bör vara allenarådande. Det skulle även anses kunna ge stöd för att införa »biståndsbedömt trygghetsboende«, vilket är en enklare form av äldreboende som tillåts enligt socialtjänstlagen sedan 2018. För det andra finns en preferens för personalkontinuitet, något som har försämrats under senare år. Det är viktigt att här betona att detta inte nödvändigtvis betyder att äldreomsorgen bör förändras i enlighet med dessa preferenser. En bedömning av hur äldreomsorgen bör utformas förutsätter även beaktande av kostnaderna och andra konsekvenser av en eventuell förändring. Kunskap om individers preferenser kan dock utgöra ett underlag för att bedöma hur äldreomsorgens organisering påverkar individers välbefinnande. Än så länge är det mycket få studier som undersökt preferenser för införande av välfärdsteknik. Med tanke på den uttalade målsättningen att öka användningen av välfärdsteknik inom äldreomsorgen finns det skäl för fortsatt forskning inom detta område.

Några rekommendationer:

Undersök nuläget inom äldreomsorgen – hur väl uppnår mottagare av äldreomsorg i Sverige de aspekter som är av störst vikt?

Studierna av livskvalitet bland mottagare av äldreomsorg i Sverige är få. De som finns indikerar brister i autonomi och kontroll, vilket har visat sig var en av de viktigaste faktorerna för livskvalitet. Det finns idag två frågeformulär specifikt framtagna för äldreomsorg som kan användas för att generera ett preferensbaserat index. Dessa har fått relativt stor spridning och accepteras av myndigheter i Storbritannien och Nederländerna. Det kunde vara av intresse att använda dessa formulär i Sverige för att undersöka livskvaliteten bland äldreomsorgsmottagarna. En möjlighet är att lägga in de nya frågeformulärens som en del av Socialstyrelsens årliga nationella enkätundersökning bland mottagare av äldreomsorg.

Undersök alternativa vägar för att stärka hänsynstagande till individers preferenser inom äldreomsorg

En metod skulle kunna vara att modifiera utbudet av äldreomsorg efter vad som framkommer i preferensstudier, vilket eventuellt skulle innebära ett delvis förändrat utbud. En annan är att låta individer i förväg

välja bland några färdiga paketlösningar som är offentligt finansierade. En tredje metod är att äldre med behov av äldreomsorg tilldelas ett belopp som låter dem köpa den typ av omsorg de vill ha, det vill säga en helt fri marknadslösning utifrån offentlig finansiering, likt försäkrings-systemet i Tyskland. Ytterligare vägar är att låta individer toppa upp sin service efter betalningsvilja/betalningsförmåga. Detta är möjligt idag inom tandvård, sjukvård och hjälpmedel i varierande omfattning. Det bör dock beaktas att dessa olika vägar också har olika fördelningsprofil. Ett underlag för att bedöma vilken variant som är att föredra skulle bland annat kunna vara analyser av olika införda system i andra länder och intervjuer med intressenter inom äldreomsorgen i Sverige.

Undersök preferenser för olika egenskaper inom äldreomsorg i en svensk kontext

I Storbritannien och några ytterligare länder har man för att mäta livskvalitet tagit fram livskvalitetsvikter (så kallade *value set*) för frågeformulär, som används för att mäta livskvalitet inom äldreomsorg. Eftersom preferenser för egenskaper inom äldreomsorg kan antas skilja sig åt mellan länder kan det vara av intresse att ta fram livskvalitetsvikter även i Sverige för dessa instrument. Detta innebär att man gör en studie med preferensbaserad metod bland ett representativt urval av (äldre i) befolkningen. En nackdel med de frågeformulär som används för att mäta livskvalitet inom äldreomsorg är att de inte inkluderar aspekter kopplade specifikt till olika typer av organisering av äldreomsorg, till exempel vem som ger vård och hur vården ges. Ett alternativ eller komplement till att ta fram vikter för de nya frågeformulären är därför att undersöka (monetära) preferenser med en studie av betalningsvilja för att kunna skräddarsy vilka attribut som ska ingå i undersökningen. Det är särskilt angeläget att undersöka preferenser inom området för välfärdsteknik, eftersom det kan antas växa och utgöra en större del av framtidens äldreomsorg. Utan kunskap om vad individer värderar finns en risk att organiseringen sker på bekostnad av minskat välbefinnande.

I. Introduktion

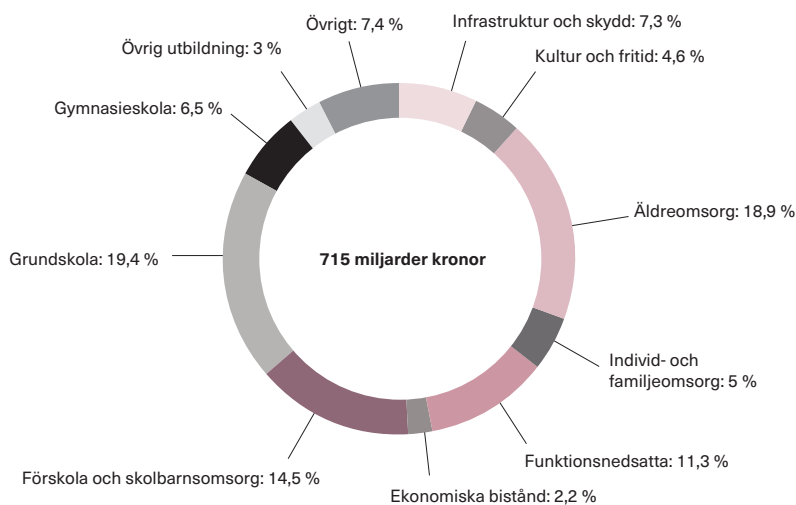
KOSTNADERNA FÖR ÄLDREOMSorgen förväntas öka i framtiden till följd av att andelen äldre i befolkningen blir större samtidigt som andelen i arbetsför ålder som förvärvsarbetar förväntas minska. Dessutom stiger kostnaderna inom hälso- och sjukvårdssektorn och omsorgssektorn, vilket delvis kan förklaras av produktivetsproblem och löneutveckling inom tjänsteintensiva sektorer som äldreomsorg, hälso- och sjukvård och kultur. Dessa sektorer är personalintensiva, vilket gör det svårt att ersätta arbete med kapital och bibehålla kvaliteten. Lönerna inom tjänsteintensiva sektorer som äldreomsorg behöver följa löneutvecklingen i andra sektorer för att arbetskraften ska stanna kvar. Samtidigt går det inte att effektivisera tjänsteproduktion på samma sätt som industriproduktion. Investering i maskiner kan möjliggöra ökad produktion per timme, medan vård- och omsorgspersonalen inte kan ge omsorg till fler äldre per timme över en viss nivå. Om vård- och omsorgspersonalens löneutveckling ska följa övriga sektorer löneutveckling samtidigt som antalet äldre som får omsorg är oförändrat så innebär det strikt sett att produktiviteten minskar. Det medför att vård- och omsorgssektorns kostnader kommer att fortsätta öka, även om mängden vård och omsorg som produceras är konstant, den så kallade Baumoleffekten (Lindmark & Andersson 2018).

De flesta är överens om att äldreomsorgen behöver bli effektivare för att kunna hantera kostnader och personalbehov i framtiden (Andersson 2014; Plesner 2020; Rapp 2021; Örtengren 2020). Äldreomsorgen är ett kommunalt ansvar och dess utformning och innehåll bestäms därför i stor utsträckning inom ramen för kommunernas budgetbeslut och konkurrerar således med övriga verksamheter inom kommunens ansvarsområde. Omkring en femtedel av kommunernas totala utgifter

går till äldreomsorgen, vilket motsvarar 130 miljarder kronor 2020 eller cirka 3 procent av BNP (Socialstyrelsen 2022d). Kommunernas utgifter för grundskolan är ungefär lika stora, därefter följer utgifter för förskola och skolbarnomsorg samt utgifter för individer med funktionsnedsättning (figur 1). Andra större utgiftsposter för kommunen inkluderar infrastruktur och skydd, gymnasieskola, individ- och familjeomsorg samt kultur och fritid (Ekonomifakta 2022).

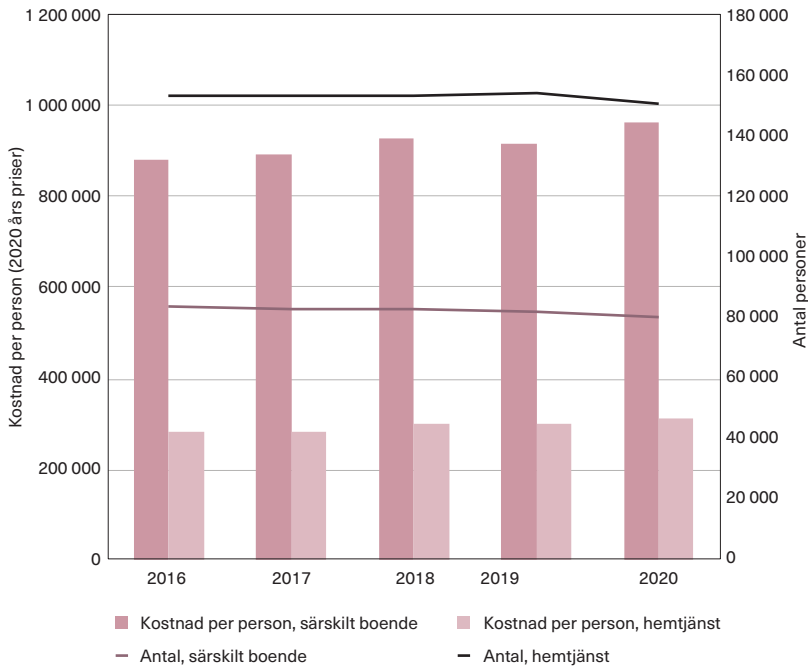
Omkring 80 000 personer inom äldreomsorgen bor i särskilt boende, och nästan dubbelt så många (omkring 150 000 personer) har hemtjänst. Kostnaden per person och år inom hemtjänst är cirka 300 000 kronor (2020 års priser) medan kostnaden per person och år inom särskilt boende uppgår till cirka 1 miljon kronor (2020 års priser), se figur 2 (Socialstyrelsen 2022d). Kommunerna har enligt socialtjänst-

Figur 1. Fördelning av kommunernas totala utgifter 2020.



Källa: Diagrammet är baserat på statistik från SCB och har hämtats från Ekonomifakta 3 maj 2022.

Figur 2. Antal personer och kostnad per person för särskilt boende och hemtjänst 2016–2020.



Källa: Socialstyrelsen (2022d).

lagen (2001:453, SoL) rätt att ta ut en egenavgift för personer inom äldreomsorg på upp till cirka 2000 kronor per månad och person (Socialstyrelsen 2022a). Det är SoL som reglerar äldreomsorgen, men lagen är allmänt hållen och kommunernas inflytande är förhållandevis stort (faktaruta 1). För att få äldreomsorg krävs ett biståndsbeslut av en handläggare inom kommunen, baserat på individens behov.

Äldreomsorgen kan organiseras på olika sätt, och stora förändringar har skett över tid. Det finns också betydande skillnader mellan såväl länder som kommuner. I Sverige tillämpar kommunerna sedan början av 2000-talet kvarboendeprincipen. Den innebär att den äldre i så stor utsträckning som möjligt ska bo kvar och få omsorg i det egna hemmet.

FAKTARUTA I · UTDRAG UR SOCIALTJÄNSTLAGEN
(SOL 2001:453)

4 kap. Rätten till bistånd

1 § Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.

5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper

Äldre människor

4 § Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund).

Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra.

Lag (2010:427).

5 § Socialnämnden ska verka för att äldre människor får goda bostäder och ska därutöver ge dem som behöver det stöd och hjälp i hemmet och annan lättåtkomlig service.

Kommunen ska inrätta särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd.

Kommunen får även inrätta särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Den äldre personen ska, så långt det är möjligt, kunna välja när och hur stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service ska ges. Lag (2018:1724).

6 § Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen ska verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, jiddisch, meänkieli, romani chib eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.

Lag (2019:909).

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

Under de senaste tjugo åren har andelen personer i befolkningen som är 65 år eller äldre och bor på äldreboende halverats från 8 till 4 procent.¹ Inom hemtjänsten har personalkontinuiteten minskat, och antalet personer som den äldre får hjälp av under en 14-dagarsperiod har ökat från i genomsnitt 12 till 16 mellan 2007 och 2021. Inom äldreboende minskade de sociala aktiviteterna drastiskt mellan 2007 och 2008. Andelen boendeplatser med organiserade och gemensamma aktiviteter minst två gånger under vardagar minskade från 75 till 36 procent. Därefter har de successivt ökat till 50 procent 2021. Variationen är stor mellan kommuner. Medan ett antal kommuner uppnår 100 procent varierar resten mellan 4 och 99 procent. Även väntetiden till ett erbjudande om plats på äldreboende (6–275 dagar) och personalkontinuitet (7–23 personal på 14 dagar) varierar stort mellan kommuner (Kolada 2022). En förändring över tid är den ökade användningen av välfärdsteknik, till exempel tillsyn via kamera och läkemedelsrobotar. Det är också en av regeringen uttalad målsättning med framtidens äldreomsorg att införa mer välfärdsteknik (Socialstyrelsen 2022b).

Det finns många skäl till förändringarna över tid och skillnaderna mellan kommuner. Det kan dock inte uteslutas att behovet av besparingar är en bidragande faktor till utvecklingen. Äldreomsorgen konkurrerar med många andra av kommunens verksamhetsområden och kommunen får enligt lag inte överskrida sin budget. Samtidigt har äldre förhållandevis svaga rättigheter. Socialtjänstlagen anger inte exakt vem som har rätt till äldreomsorg och vad omsorgen ska omfatta. Denna problematik har lyfts av regeringen och utgör en del av bakgrunden till den pågående utredningen om en äldreomsorgslag (Regeringskansliet 2020).

Regeringens mål för äldreomsorgen är att den äldre ska (1) kunna leva ett aktivt liv och ha inflytande i samhället och över sin vardag, (2) kunna åldras i trygghet och med bibehållet oberoende, (3) bemötas med respekt, (4) ha tillgång till god vård och omsorg samt (5) erbjudas en jämställd och jämlik vård och omsorg (Regeringskansliet 2021). Att den äldre ska ha inflytande och oberoende överensstämmer med den mer allmänna trenden mot ett ökat patient- och omsorgstagarinflytan-

1. Sedan 2018 finns en möjlighet för kommunerna att införa så kallat biståndsbedömt trygghetsboende för äldre (se även socialtjänstlagen 5 §). Detta är en boendeform mellan hemtjänst och äldreboende.

de. Frågan är hur de äldres inflytande och oberoende kan säkerställas i organiseringen av äldreomsorg i dagens system. 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, mobiltelefon et cetera fattar individen beslut utifrån en avvägning mellan inköpets kostnad och värde baserat på sina preferenser och information om varan. På marknaden påverkas därför utbudet av individers efterfrågan. Utbudet av varor och tjänster anpassas till det pris individer är villiga att betala och till hur många som är villiga att betala. På fungerande marknader gör prismekanismen att utbud och efterfrågan hamnar i jämvikt.

När marknadens principer sätts ur spel förloras även 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. 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 tillväga för att ersätta bristande marknadskontakt och i stället låta individernas preferenser få ett inflytande över organiseringen och utformningen av exempelvis äldreomsorgen. Det ena är att påverka incitamenten för producenter så att de rör sig mot marknadsjämvikt. De skulle till exempel kunna få så kallad utfallsbaserad ersättning utifrån hur nöjda de äldre är med sin omsorg. Ett alternativ är att ge de äldre större valfrihet genom en möjlighet att själv välja utförare, vilket idag är infört inom hemtjänsten i flera kommuner.² Val av utförare innebär dock inte nödvändigtvis att preferenser får genomslag. Socialstyrelsen har påtalat att detta även förutsätter att det finns tillgång till bra och lättillgänglig uppföljning och information om tjänsternas kvalitet, att det finns flera utförare med variation i utbud samt att det är lätt att byta utförare (Blomberg & Petersson 2017; Socialstyrelsen 2011). Valfriheten kan också öka

2. 58 procent av de äldre kunde välja leverantör av hemtjänst 2020 (Kolada 2022).

genom att ett försäkringssystem införs. I Tyskland sker finansieringen av äldreomsorg via en obligatorisk försäkring. De äldre kan sedan få ut en ersättning från försäkringen baserat på deras klassade behov och använda dessa pengar till det som de vill ha (Karlsson m.fl. 2007).

Det andra sättet att ersätta bristande marknadskontakt är att undersöka individers preferenser med hjälp av väl etablerade metoder baserade på ekonomisk teori. Detta tillvägagångssätt används i Sverige som ett av flera underlag för att fatta beslut om vilka läkemedel som ska subventioneras, vilka åtgärder som ska rekommenderas inom hälso- och sjukvården samt vilka projekt inom infrastruktur och miljöarbete som ska genomföras. Inom äldreomsorgen saknas ett sådant tillvägagångssätt. Socialstyrelsen redovisar regelbundet en uppföljning om läget inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2021a) samt öppna jämförelser inom äldreomsorgen (Socialstyrelsen 2021b).

Det finns nu även ett register som tillåter jämförelse av olika aspekter av äldreomsorgen mellan olika kommuner (Kolada 2022). Socialstyrelsen undersöker vad äldre tycker om äldreomsorgen i en nationell brukarundersökning med enkät som skickas ut till samtliga personer med äldreomsorg (Socialstyrelsen 2020). Men dessa undersökningar besvaras ofta av en representant för den äldre (till exempel en anhörig eller omsorgspersonal) och är inte baserade på de typer av metoder som kan generera ett värde eller en vikt för individers preferenser för äldreomsorg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har påtalat bristen i mätning av kvalitet inom äldreomsorg och har gjort försök med att mäta detta via graderingen av hypotetiska profiler (Vård- och omsorgsanalys 2015) och via så kallad betalningsvilja (Gralén m.fl. 2015), se mer om detta i kapitel 4. Det är av vikt att få en bra uppfattning om hur individer värderar olika former av äldreomsorg för att ge beslutsfattare en bild av vad som värderas och hur olika former för organisering kan påverka individer. Utan denna information finns en risk att framtida förväntad omorganisering för att effektivisera äldreomsorgen sker på bekostnad av ett minskat välbefinnande.

Syfte och avgränsning

Syftet med denna forskningsrapport är att diskutera hur individers preferenser för äldreomsorg kan kartläggas för att på så sätt förstå vad som ger mest värde. Rapporten belyser följande frågeställningar:

- › Hur kartläggs individers preferenser inom andra områden för of-fentlig konsumtion/investering?
- › Vilka problem och möjligheter finns med att använda liknande metoder inom äldreomsorg?
- › Vad visar den tillgängliga litteraturen att individer värderar inom äldreomsorg?

Rapporten undersöker vägar för att kartlägga individers värdering av äldreomsorg men berör inte hur åtgärder inom äldreomsorgen bör utvärderas.

Metod och disposition

Studien baseras på en litteraturgenomgång. Litteratur har sökts via PubMed och Google samt via redan kända referenser. Sökningen har anpassats iterativt utifrån vad vi funnit som centrala teman och sökord i studier (*snowballing/pearlgröwing*). Referenslistorna i de studier som hittats via sökmotorer har granskats för att få fram fler relevanta studier, så kallade korsreferenser.

Kapitel 2 ger en beskrivning av värde och individers preferenser från ett ekonomiskt perspektiv samt ger en inblick i de dominerande angreppssätten för att kartlägga värde, så kallade kvalitetsjusterade levnadsår (*quality-adjusted life-years*, QALYs) och betalningsvilja (*willingness-to-pay*, WTP). Kapitel 3 presenterar en genomgång av flera nya förslag på att skapa ett QALY för äldreomsorg och i kapitel 4 redogör vi för resultatet av betalningsviljestudier inom området för äldreomsorg. Rapportens sista kapitel avslutas med en diskussion kring fördelar och nackdelar med olika ansatser och ger några rekommendationer.

2. Metoder för att kartlägga värde från individers perspektiv

I ETT EKONOMISKT perspektiv definieras värde som individernas betalningsvilja, det vill säga det högsta belopp de kan tänka sig att betala för en vara eller tjänst. Denna definition bygger på att individer är bäst på att själva bedöma och värdera den egna välfärden eller det egna välbefinnandet, och att värderingen baseras på en alternativkostnad, det vill säga värdet av annan konsumtion som de är beredda att ge upp för att få någonting.

Ett sätt att kartlägga värde från individers perspektiv inom sektorer utanför marknaden är därför att undersöka individers betalningsvilja. I faktaruta 2 beskrivs hur en sådan undersökning kan gå till. Trafikverket har under lång tid använt sig av denna metod för att kartlägga värdet av bland annat minskad restid och minskad olycksrisk.

Det finns skäl till att sjukvårdssektorn har valt att värdera utfall med hjälp av QALY i stället för betalningsvilja. Dels finns det hos beslutsfattare inom hälso- och sjukvårdssektorn ett principiellt motstånd mot att sätta ett monetärt värde på hälsa. Dels är det svårt att rent praktiskt skatta betalningsviljan på alla tänkbara hälsovinster. Det primära hälsoutfallet inom trafiksektorn har till exempel länge varit att minska risken för dödsfall och vissa typer av icke-dödliga skador (lindrig och svår skada). Inom hälso- och sjukvården finns det ett mycket bredare spektrum av utfall. Måttet QALY kan även skattas indirekt med ett enkelt frågeformulär (se faktaruta 3). Denna metod är dock beroende av att man på förhand definierar de dimensioner som antas fånga upp relevanta preferenser och passar därför bättre inom områden där dessa dimensioner förmodas vara förhållandevis oföränderliga över tid, exempelvis när det gäller hälsa.

Trafiksektorn har valt betalningsvilja eftersom det tillåter en värde-

FAKTARUTA 2 · BETALNINGSVILJA

Betalningsvilja (*willingness-to-pay*), WTP är en metod för att härleda värdet av produkter, tjänster och åtgärder som inte finns på marknaden. Utgångspunkten för denna metod är att det högsta belopp en individ är villig att betala för något reflekterar hur högt individen värderar detta. Betalningsvilja kan härledas med två olika metoder.

Det första angreppssättet utgår från användning av data för beteende på den riktiga marknaden för att härleda värdet av det man är intresserad av, så kallad indirekt metod eller *revealed preferences*. Värdet av minskat buller är ett exempel på detta. Man kan då till exempel titta på hur huspriserna varierar med avstånd till en motorväg. Denna metod förutsätter att det finns bra exempel på marknaden för det man vill värdera samt att man kontrollerar för andra faktorer som kan påverka värderingen.

Det andra angreppssättet innebär att man konstruerar en hypotetisk marknad med hjälp av en enkät- eller intervjuundersökning. Ett exempel är värdet av ökad kontinuitet inom äldreomsorg. Här kan man till exempel skicka ut en enkät och fråga vad individer som mest skulle betala om de hade möjlighet att teckna en försäkring som gav dem möjlighet att få omsorg av ett fåtal personer. Inom detta angreppssätt finns två huvudsakliga metoder:

- › *Contingent Valuation* (CV) – en metod där betalningsviljan anges för en hel produkt/tjänst/åtgärd och där respondenten ska ta ställning till vilket belopp hen kan tänka sig att betala för detta.
- › *Discrete Choice Experiment* (DCE) – en metod där individen väljer mellan två alternativ som skiljer sig åt i kostnad och i ett antal egenskaper. Betalningsviljan för respektive egenskap härleds därefter via regressionsanalys.
- › Det är viktigt att poängtera att betalningsviljeundersökningar inte har till syfte att prissätta offentlig vård och omsorg. De är ett sätt att kartlägga värdet och kan utgöra ett av flera underlag för beslutfattarnas prioritering. Till exempel använder Trafikverket betalningsviljeundersökningar för att prioritera mellan olika investeringar i infrastruktur, men kostnaden för att bygga och driva vägar är fortsatt ett ansvar för staten.

Inom hälso- och sjukvårdssektorn skattas i stället värde med hjälp av så kallad QALY. I faktaruta 3 beskrivs denna metod.

FAKTARUTA 3 · KVALITETJSJUSTERADE LEVNADSÅR (QALY)

Kvalitetsjusterade levnadsår – QALY (*Quality-Adjusted Life Years*) – är ett centralt utfallsmått inom hälsoekonomin. Det mäter hälsa genom att ta hänsyn till livskvalitet och tid i ett hälsotillstånd och tillåter olika hälsotillstånd att jämföras med varandra. Exempelvis kan mild depression under tio år jämföras med ryggsmärta i sex månader. Livskvaliteten mäts på en skala från 0 till 1, där 0 representerar död och 1 full hälsa. Ju bättre livskvalitet, desto högre livskvalitetsvikt. Anta exempelvis att mild depression har livskvalitetsvikten 0,7 och ryggsmärta har livskvalitetsvikten 0,6. Tiden mäts i år, och ett QALY motsvarar ett levnadsår med full hälsa. Tio år med mild depression (livskvalitetsvikten 0,7) blir därför 7 QALYs ($10 \text{ år} \times 0,7$), medan sex månader med ryggsmärta blir 0,3 QALYs ($0,5 \text{ år} \times 0,6$). Genom att uttrycka olika hälsoförluster i samma enhet tillåts hälsoförlusterna bli jämförbara, och den ekonomiska utvärderingen kan visa var resurserna ger störst nytta.

Livskvaliteten kan mätas med *direkt* eller *indirekt* metod. Direkt metod betyder att respondenten graderar livskvaliteten genom att i hypotetiska scenarier välja mellan två alternativ. I Standard Gamble (SG) väljer individen mellan att leva med ett hälsotillstånd sämre än fullt frisk, till exempel ryggsmärta, under resten av sitt liv *eller* att genomgå en behandling för att bli fullt frisk men med risk att dö. I Time Trade Off (TTO) väljer individen mellan att leva med ett hälsotillstånd sämre än fullt frisk, till exempel ryggsmärta, under sin resterande livslängd (till exempel 10 år) *eller* att leva som fullt frisk under en kortare livslängd (till exempel 5 år). Båda metoderna går ut på att finna punkten där individen tycker att alternativen är lika bra. I SG vid vilken risk för att dö, och i TTO vid vilken förkortad livslängd. Livskvalitetsvikten härleds i SG som chansen att bli fullt frisk efter att risken för att dö dragits av (till exempel $100\% - 5\% = 95\%$) och i TTO som tid som fullt frisk dividerat med tid i hälsotillstånd (till exempel $5/10 = 0,5$).

Indirekt metod betyder att livskvaliteten mäts med ett frågeformulär. Detta frågeformulär kan generera en viss uppsättning hälsotillstånd. Dessa hälsotillstånd har fått livskvalitetsvikter genom en tidigare undersökning med till exempel TTO. På detta sätt behöver respondenten bara fylla i frågeformuläret och man kan därefter indirekt härleda livskvaliteten via den tidigare studien.

ring av flera vitt skilda typer av utfall i samma enhet. Denna sektor har till syfte att uppnå flera olika mål samtidigt, till exempel korta restider, minska olycksrisk och miljöutsläpp. Betalningsvilja har fördelen att den kan användas för att värdera dessa faktorer och göra dem jämförbara. Inom hälso- och sjukvården är det primära målet ofta ett: att förbättra hälsan. En ytterligare fördel med betalningsvilja är att en skattning i monetära termer är lätt att förstå och kommunicera samt har potential att tillåta jämförelse mellan olika sektorer (till exempel kan värde inom trafiksektorn jämföras med värde inom miljösektorn, jordbrukssektorn och så vidare).

Äldreomsorgens målsättning är flerdimensionell: de äldre ska enligt regeringens mål bland annat kunna leva ett aktivt liv, åldras i trygghet och ha tillgång till god vård och omsorg. Äldreomsorgen ska kompensera för funktionsnedsättning och se till att individen kan åldras utan alltför stor begränsning i förhållande till sin förmåga. Socialstyrelsens enkät innehåller flera dimensioner, inklusive hälsa, kontakter med kommunen, inflytande, hjälpens utförande, bemötande, trygghet, sociala aktiviteter, tillgänglighet och omsorgen i sin helhet (Socialstyrelsen 2022c). Detta påminner i viss mån om trafiksektorn och skulle kunna motivera en kartläggning av värde med hjälp av betalningsvilja, vilket det finns flera exempel på i litteraturen. Å andra sidan menar en del att målsättningen för äldreomsorgen är att öka välbefinnande och att detta kan mätas på ett liknande sätt som hälsa. Inom äldreomsorgen och den sociala omsorgen i stort pågår för närvarande en intensiv forskning om sätt att ta fram ett sektorsanpassat QALY som vidgar målsättningen från hälsa till välbefinnande. Kapitel 3 och 4 redogör för denna litteratur med syfte att fördjupa bilden av hur väl respektive angreppssätt fungerar samt undersöka vilka aspekter inom äldreomsorgen som ges högst värde.

Innan nästa kapitel bör dock en distinktion mellan värdering och utvärdering slås fast. Med värdering avses här en beskrivning av individers preferenser. Detta kan vara intressant i sig för att få fram det relativa värdet av olika insatser (till exempel hur stort är värdet av att få bo kvar hemma i relation till värdet av att ha personal nära till hands?), hur värdet ser ut i olika grupper (till exempel är det någon skillnad mellan män och kvinnor i värdering av social samvaro?) samt värde över tid (till exempel har värdet av att få omsorg av närstående förändrats?).

Utvärdering innebär att värdet av en insats ställs i relation till kost-

FAKTARUTA 4 · EKONOMISK UTVÄRDERING

En ekonomisk utvärdering innebär att nyttan och kostnaden med en åtgärd jämförs med syfte att bedöma om åtgärden är för dyr eller inte.

När betalningsvilja används för att kartlägga värde kallas den ekonomiska utvärderingen vanligen för *kostnadsnyttoanalys* (*Cost-Benefit Analysis, CBA*). Eftersom betalningsviljan mäts i kronor kan kostnad och nytta ställas i direkt relation till varandra. Skillnaden mellan åtgärdens kostnader och fördel kallas nettofördel. En positiv nettofördel innebär att åtgärden ger mer nytta än vad den kostar.

När QALY används för att kartlägga värde kallas den ekonomiska utvärderingen vanligen för *kostnadseffektivitetsanalys* (*Cost-Utility Analysis, CUA*). Eftersom QALY mäts i en kvantitativ enhet kan kostnad och nytta inte ställas i direkt relation till varandra. Resultatet uttrycks i stället som inkrementell kostnad per vunnet QALY (*Incremental Cost Effectiveness Ratio, ICER*). Beslutsfattaren får därefter ta ställning till om kvoten är för hög eller inte.

naden för att bedöma om insatsen är för dyr eller inte. Utvärdering sker på olika sätt beroende på om det är QALY eller betalningsvilja som används för att kartlägga värdet (se faktaruta 4). Det finns de som menar att dessa metoder baseras på olika normativa utgångspunkter. I denna rapport behandlas inte utvärdering. Den är avgränsad till att presentera och diskutera metod och resultat i studier som försökt kartlägga värdet deskriptivt.

3. Ett QALY för äldreomsorg?

SOM NÄMNS I kapitel 2 pågår för närvarande forskning för att få fram ett sätt att skatta QALY som är anpassat för äldreomsorg och/eller social omsorg. I detta kapitel redogörs för några av de försök som kommit längst i att göra det möjligt att skatta kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) med indirekt metod (se faktaruta 3) inom äldreomsorg. Det dominerande frågeformuläret inom hälsoekonomi för att mäta livskvalitet med indirekt metod är EQ-5D. EQ-5D är primärt framtaget för att mäta hälsorelaterade livskvalitetsförändringar av medicinska behandlingar och fokuserar på fysisk funktion och psykiska besvär. Det lämpar sig inte lika bra för att mäta livskvalitetsförändringar inom äldreomsorg. Dels på grund av att det finns andra aspekter inom äldreomsorgen som har betydelse för livskvaliteten, såsom var och hur man bor, vilka sociala kontakter man har, vilken kontroll man har över sin egen tillvaro, valfrihet och så vidare, dels på grund av att äldreomsorgens syfte inte primärt är att förbättra hälsan för personer inom äldreomsorg utan att kompensera för funktionsförlust. Det är därför viktigt att mäta livskvalitet på ett sådant sätt som inte nödvändigtvis förutsätter att hälsan förbättras över tid eftersom bra äldreomsorg ändå kan innebära att hälsan försämras eller kvarstår på samma nivå. I stället för att enbart fokusera på hälsorelaterad livskvalitet behövs ett mått som tar hänsyn till bredare aspekter på livskvaliteten, ett mått på välbefinnande (*well-being*) (Coast m.fl. 2008; Hackert m.fl. 2017; Makai m.fl. 2014; Netten m.fl. 2012).

Av dessa skäl har det under det senaste decenniet gjorts försök att ta fram ett livskvalitetsmått för äldreomsorgen som kan användas i kostnadseffektanalys (CEA eller CUA). Två av måtten är framtagna i Storbritannien där målsättningen för äldreomsorgen under senare år

har kommit att fokusera mer på faktorer som kontroll och oberoende. Det första kallas ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O) och togs fram vid University of Kent. Instrumentet frågar om kapaciteten i fem dimensioner (tabell 1). Det andra måttet kallas Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT) och undersöker hur behov tillgodoses inom åtta dimensioner. Även i Sverige har arbetet med att ta fram ett mått påbörjats. Måttet kallas Capability-Adjusted Life-Years (CALY), »goda år« på svenska. Nyligen presenterades även i Nederländerna ett mått för äldreomsorg (Well-Being of Older People, WOOP).

Översikt över preferensbaserade frågeformulär för att undersöka livskvalitet bland personer inom äldreomsorg

Tabell 1 sammanfattar instrumenten för att mäta livskvalitet inom äldreomsorg med avseende på

- › dimensioner – de aspekter av livskvalitet som mäts
- › nivåer – svarsalternativen för varje dimension
- › ankringspunkter – definitionen för ändpunkterna på skalan för livskvalitet
- › preferensbaserade vikter – för att få fram en livskvalitetsvikt finns det studier som tagit fram vikter för hälsotillstånden med en preferensbaserad metod, det vill säga att respondenterna i en hypotetisk situation måste välja bort/offra något för att visa vad man värderar mest.

I tabell 2 redogörs för egenskaperna hos respektive preferensbaserat frågeformulär. Även om EQ-5D inte bedöms fungera optimalt inom äldreomsorgen är det viktigt att få en förståelse för detta instrument, eftersom det fortfarande ses som standard inom hälso- och sjukvården som är en sektor nära äldreomsorgen. Dessutom bygger de nya instrumenten på samma metodik som EQ-5D, och de jämförs ofta med EQ-5D och/eller används tillsammans med EQ-5D. Därefter förs resonemang kring för- och nackdelar med respektive instrument för att mäta livskvalitet för personer inom äldreomsorg samt redovisar undersökningar av äldres livskvalitet i Sverige och andra länder. Kapitlet fokuserar på metod, eftersom området är under utveckling och

Tabell 1. Översikt över preferensbaserade frågeformulär för att undersöka livskvalitet bland personer inom äldreomsorg.

Frågeformulär		
	EQ-5D (EuroQol – 5 Dimensions)	ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit)
Dimensioner (frågor)	* Rörlighet * Personlig Vård * Vanliga aktiviteter (t.ex. arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter) * Smärtor/Besvär * Oro/Nedstämdhet	* Kontroll över dagliga livet (ha valet att göra saker eller få saker gjorda så som du vill när du vill det) * Ren och presentabel * Mat och dryck * Känna sig säker och trygg inom och utanför hemmet * Sociala kontakter * Spenderar tiden med att göra det jag tycker om * Rent och bekvämt hem * Hur behovet av hjälp och sättet jag får hjälp på får mig att känna och tänka om mig själv
Nivåer (svarsalternativ)	EQ-5D-3L: * Inga svårigheter * Vissa problem * Svåra problem/Klarar ej EQ-5D-5L: * Inga svårigheter * Lite svårigheter * Måttliga svårigheter * Stora svårigheter * Extrema svårigheter/ Klarar ej	* Behov tillgodosedda som jag vill ha det * Behov tillgodosedda * Behov ej helt tillgodosedda * Behov inte alls tillgodosedda
Ankringspunkter på skala	0 – Död 1 – Full hälsa	0,171 – höga behov i alla dimensioner 1 – ideal social omsorg*
Preferensbaserade livskvalitetsvikter	TTO i befolkning UK (och Sverige)	BWS + TTO i befolkning UK
Länk till fråge- formulär	http://ssas.se/files/score_ shoulder/EQ_5D-5L.pdf	https://www.pssru.ac.uk/ascot/ wp-content/uploads/2021/05/ ASCOT-SCT4-1.pdf

* Kan omvandlas till ankringspunkterna 0 (död) till 1 (full hälsa).

DCE = Discrete Choice Experiment, TTO = Time Trade Off. BWS=Best Worst Scaling (se beskrivning av metoder i avsnitt nedan).

ICECAP-O (ICEpop CAPability measure for Older People)	CALY-SWE (Capability-Adjusted Life-Years in Sweden)	WOOP (Well-being of Older People)
* Kärlek och vänskap * Tänka på framtiden utan oro * Göra saker som får mig att känna mig värdefull * Kunna göra saker som ger nöje och njutning * Nivå av oberoende	* Hälsa * Nära relationer * Ekonomi och boende * Sysselsättning * Säkerhet * Politiska och medborgerliga rättigheter	* Fysisk hälsa * Mental hälsa * Socialt liv * Stöd * Acceptans och anpassningsförmåga * Känna att man har möjlighet att bidra * Oberoende * Klara sig ekonomiskt * Boendesituation
* Kan uppnå fullt ut * Kan uppnå till stor del * Kan uppnå i viss mån * Ej alls kapabel att uppnå	* Instämmer helt * Instämmer delvis * Instämmer inte	* Inga problem/ Mycket nöjd med * Vissa problem/Nöjd med * Måttliga problem/ Någorlunda nöjd med * Svåra problem/ Ej nöjd med * Extrema problem/ Ej alls nöjd med
0 – Inte alls kapabel (»död«) 1 – Fullt kapabel	Saknas	0 – Död 1 – Fullt välbefinnande
BWS i befolkning UK (65 år+)	Saknas	DCE i befolkning Nederländerna (65 år +)
https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/icecap/questionnaires/ICECAP-Oquestionnaire.pdf	https://caly.se/docs/questionnaire_v5.pdf	Appendix i: https://www.science-direct.com/science/article/pii/S0277953622002076

de främsta resultaten för närvarande består i de instrument som tagits fram, deras dimensioner och preferensbaserade vikter. Beskrivningen av instrumenten rymmer dock även flera resultat, dels vad gäller val av dimensioner som baseras på studier av äldres preferenser, dels preferensbaserade vikter som är framtagna i preferensbaserade studier bland de äldre i befolkningen.

Hälsorelaterad livskvalitet – frågeformuläret EQ-5D

EQ-5D är det hälsoindex som används i störst utsträckning inom hälsoekonomin för att fråga olika patientgrupper om deras hälsotillstånd. Det togs fram under 1980- och 1990-talet.³ EQ-5D baseras på fem dimensioner av hälsa: rörlighet, personlig hygien, vardagliga aktiviteter, smärta/besvär samt oro/nedstämdhet. Dessa togs fram i syfte att finna dimensioner som i så liten utsträckning som möjligt överlappar varandra. Till en början fanns tre nivåer, eller svarsalternativ, för varje dimension (EQ-5D-3L). För några år sedan introducerades fem nivåer för att göra det lättare för fler respondenter att hitta sin nivå. EQ-5D mäter så kallad hälsorelaterad livskvalitet och inkluderar således endast hälsorelaterade aspekter av livskvalitet.

En livskvalitetsvikt baserad på EQ-5D tas fram genom att man låter en person fylla i frågeformuläret. Utifrån svaren får man fram personens hälsotillstånd. Någon som till exempel har svarat att hen har lite svårigheter att röra sig (nivå 2), inga problem att sköta sin personliga hygien (nivå 1), vissa problem att utföra vardagliga aktiviteter (nivå 2), lite smärtor och besvär (nivå 2) samt ingen oro eller nedstämdhet (nivå 1) får hälsotillståndet 21221. För att få fram en livskvalitetsvikt för detta hälsotillstånd går man till en tidigare genomförd undersökning som kommit fram till hur mycket livskvaliteten minskar på en skala från 0 (död) till 1 (full hälsa) för respektive nivå.

I Sverige finns livskvalitetsvikter framtagna för EQ-5D-3L (Burstrom m.fl. 2014) och EQ-5D-5L (Burstrom m.fl. 2020). Dessa har tagits fram med en teknik som kallas för *time trade-off* (TTO) och innebär att respondenten i ett hypotetiskt scenario väljer mellan att (A) leva i ett visst hälsotillstånd under resten av sitt liv, eller (B) leva i full hälsa

3. Några av de första publikationerna inkluderar The EuroQol Group (EuroQol 1990) och en tidig svensk publikation med svenska vikter är Brooks m.fl. (1991).

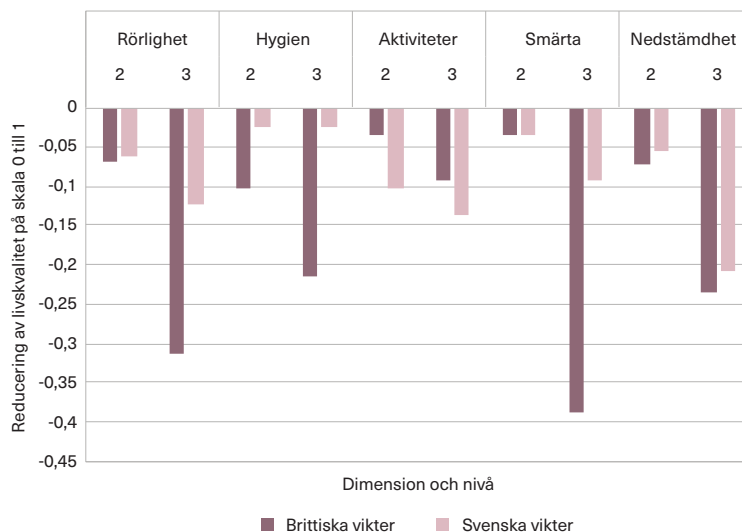
men med ett kortare liv. Livslängden i (B) varierar tills respondenten tycker att alternativen är lika bra. Om respondenten tycker att det är lika bra att leva i sex år med full hälsa (B) som det är att leva i tio år med hälsotillståndet (A) så är livskvalitetsvikten för hälsotillstånd i (A) 0,6 (6/10). Ju bättre livskvaliteten är i hälsotillståndet, desto färre år vill respondenten ge upp för att få full hälsa och därför blir livskvalitetsvikten högre. Och vice versa, ju sämre livskvaliteten är i hälsotillståndet, desto fler år vill respondenten ge upp för att få full hälsa och därför blir livskvaliteten lägre.

Livskvalitetsvikterna i de svenska undersökningarna är erfarenhetsbaserade (Burstrom m.fl. 2014; Burstrom m.fl. 2020). Det betyder att respondenten utgår ifrån sitt eget hälsotillstånd i värderingen. Ett problem med en sådan ansats är att individen kan ha vant sig vid sitt eget hälsotillstånd och inte längre tycker att det är så farligt. Deras värdering skiljer sig därför från en individ som inte befinner sig i det hälsotillståndet. Besluten om sjukvård och omsorg rör alla invånare och en ekonomisk utvärdering bör därför i de flesta fall göras utifrån perspektivet av friska individer som kan bli sjuka. Detta innebär en undersökning som presenterar hypotetiska hälsotillstånd, det vill säga ber för tillfället friska respondenter anta att de har ett visst fördefinierat hälsotillstånd enligt EQ-5D (De Wit m.fl. 2000). Denna metod har använts i Storbritannien (Dolan m.fl. 1995) och vikter från dessa undersökningar används därför ibland i stället för eller som ett komplement till vikterna från Sverige.

Figur 3 visar livskvalitetsvikterna för respektive nivå baserade på de svenska och de brittiska vikterna för EQ-5D-3L⁴. Som framgår av figuren är det stor skillnad mellan vikterna för de svåraste nivåerna av rörlighet, hygien och smärtor/besvär. Detta beror troligen på att de som har dessa problem har vant sig vid dem och kanske inte tar hänsyn till den period då de anpassade sig och kanske hade sämre livskvalitet. De som inte har tillståndet fokuserar å andra sidan kanske på den första perioden då de går från att vara fullt friska till att ha svåra problem.

En livskvalitetsvikt för hälsotillståndet som definierades ovan (21221) kan skattas genom att dra av livskvalitetsminskningen för varje nivå från 1 samt en ytterligare minskning baserat på intercept, det vill säga

4. Vikterna för EQ-5D-5L som är framtagna i Storbritannien har ifrågasatts. Det är därför oklart om de bör användas.

Figur 3. Svenska och brittiska livskvalitetsvikter för frågeformuläret EQ-5D-3L.

Källor: Brittiska vikter Dolan m.fl. (2014), svenska vikter Burstrom m.fl. (2014).

livskvalitetsminskning utanför nivåer i EQ-5D. Baserat på de brittiska vikterna blir livskvalitetsvikten i hälsotillståndet 0,778 (1-0,069-0,104-0-0,036-0-0,081). Baserat på de svenska vikterna blir livskvalitetsvikten 0,8287 (1-0,0623-0,0233-0-0,0337-0-0,052). Livskvalitetsvikten blir något högre med de svenska vikterna, vilket delvis kan ha att göra med en skillnad i kontext men som även till stor del har att göra med att de är härledda från två olika perspektiv. Skillnaden kan tyckas liten (cirka 0,04) men i en ekonomisk utvärdering kan en sådan skillnad få stor betydelse.

Livskvalitet som kapacitet – frågeformuläret ICECAP-O

ICECAP-O är ett frågeformulär med fem dimensioner:

- › Relationer: kärlek och vänskap (*Attachment*)
- › Säkerhet: tänka på framtiden utan oro (*Security*)
- › Roll: göra saker som får dig att känna dig värdefull (*Role*)
- › Nöje: göra saker som ger dig njutning och nöje (*Enjoyment*)
- › Kontroll: oberoende (*Control*).

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 (Coast m.fl. 2008). Dessa två områden hänger nära samman för att tillgodose en god vård och omsorg för de äldre och det kan därför finnas ett behov av att undersöka hur enskilda individer värderar olika värdeattribut inom dessa områden. Dimensionerna togs fram i kvalitativa undersökningar bland äldre.

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. Denna distinktion bygger på skillnad på funktionalitet och kapacitet (Sen 1993; Verkerk m.fl. 2001). Det är till exempel skillnad på om man inte äter för att man är fattig (ej kapabel) eller om man inte äter för att man fastar (kapabel). Nivåerna i ICECAP-O är därför 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).

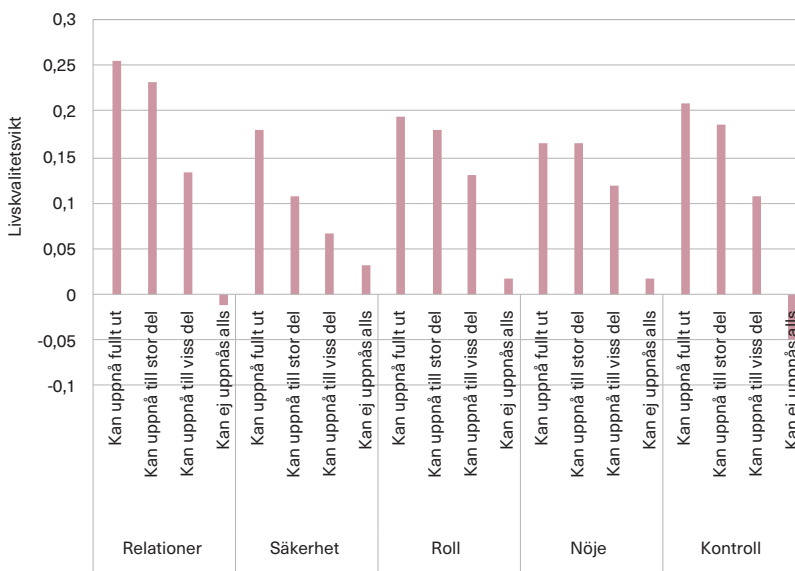
Livskvalitetsvikter för ICECAP-O är framtagna i den brittiska befolkningen (Coast m.fl. 2008). De togs fram med metoden *best-worst-scaling* (BWS) som innebär att en respondent presenteras för ett hypotetiskt tillstånd, till exempel Relationer – kan uppnå till stor del (nivå 2 på skala från 1 – kan uppnå fullt ut till 4 – ej alls kapabel att uppnå), Säkerhet – kan uppnå till stor del (nivå 2), Roll – kan uppnå i viss mån (nivå 3), Nöje – kan uppnå i viss mån (nivå 3), Kontroll – kan uppnå i viss mån (nivå 3). Respondenten väljer vilken av dessa aspekter som är »bäst« och sedan vilken som är »sämst«. Detta upprepas för flera tillstånd per respondent. Genom att variera nivåer för många alternativ kan man sedan härleda vilken effekt varje nivå har på preferensen och få

en relativ preferensvikt. Därefter räknas 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».

Figur 4 visar de brittiska vikterna för ICECAP-O. Att kunna uppnå kärlek och vänskap fullt ut ses som det bästa, och att inte alls kunna uppnå kontroll (oberoende) ses som det sämsta. Genom att summera livskvalitetsvikterna för respektive dimension och nivå fås livskvalitetsvikten för tillståndet. Summan av livskvalitetsvikterna för alla nivåer som kan uppnås fullt ut blir därför 1. Det hälsotillstånd som beskrevs tidigare (22333) får livskvalitetsvikten 0,6953 (0,2325 + 0,1071 + 0,1296 + 0,1185 + 0,1076).

Hörder m.fl. (2016) har undersökt hur väl ICECAP-O fungerar bland äldre personer (70+) i Sverige. De konstaterade att det fungerar väl och nu finns en svensk översättning av detta instrument. Inom

Figur 4. Brittiska livskvalitetsvikter för frågeformuläret ICECAP-O.



Källa: Coast m.fl. (2008).

ramen för studien fick respondenterna också gradera hur betydelsefull respektive dimension inom ICECAP-O var för deras välmående. Högst gradering fick anknytning (»Attachment«) och kontroll (»Control«).

Det finns även ett ICECAP-formulär specifikt framtaget för vård i livets slutskede (»supportive end of life care«, ICECAP-SCM) och ett ICECAP-formulär för närstående till personer med vård i livets slutskede (»close person«, ICECAP-CPM) (Proud m.fl. 2019).

Livskvalitet som tillgodosedda behov – frågeformuläret ASCOT

ASCOT⁵ utvecklades för att skapa ett specifikt utfallsmått för ekonomiska utvärderingar av social omsorg (Netten m.fl. 2012). Instrumentet har åtta dimensioner:

- › Kontroll över det dagliga livet: kunna välja att göra saker eller få saker gjorda på det vis man vill och när man vill (*Control*).
- › Personlig vård: känna sig ren och presentabel (*Personal care*).
- › Mat och dryck: få äta och dricka det man vill när man vill (*Food and drink*).
- › Säkerhet: känna sig trygg både hemma och utanför hemmet (*Safety*).
- › Sociala kontakter: ha så mycket sociala kontakter man vill med dem man vill (*Social participation*).
- › Sysselsättning: kunna spendera tiden på det sätt man önskar (*Occupation and employment*).
- › Rent hem: ha ett rent och bekvämt hem (*Accommodation*).
- › Respekt: hur hjälpen påverkar hur du tänker och känner om dig själv och hur sättet den ges på påverkar hur du tänker och känner om dig själv (*Dignity*).

5. En föregångare till ASCOT (Older Person's Utility Scale, OPUS) togs fram redan 2002. Denna version inkluderade dimensionerna kontroll, personlig vård, mat och dryck, säkerhet och sociala kontakter baserat på intervjuer med 70 personer med ansvar inom äldreomsorgen. För denna version togs preferensvikter fram bland personer i befolkningen 60 år och äldre med WTP via ett så kallat *discrete choice experiment* (DCE). Denna version utvecklades senare med tillägg av dimensionerna sysselsättning, rent hem och respekt. För denna version togs det fram preferensbaserade vikter med DCE (för att få fram WTA = Willingness to Accept) och med BWS. Se mer om detta i kapitel 4.

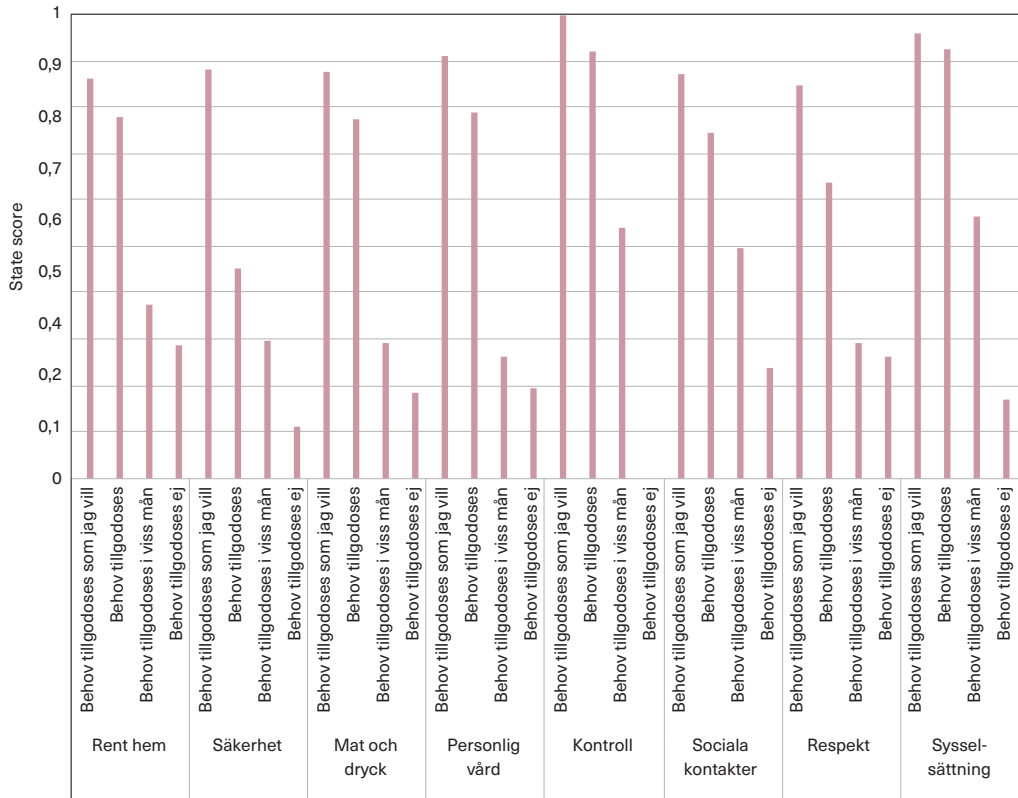
Inom varje dimension finns fyra nivåer som är graderade efter hur väl behoven uppnås. I den översta nivån tillgodoses behovet på det sätt som man själv önskar (till exempel: »Jag har så mycket kontroll över mitt liv som jag vill ha«), näst översta nivån innebär bara att behovet tillgodoses (till exempel: »Jag har adekvat kontroll över mitt dagliga liv«), näst nedersta nivån innebär att behoven bara tillgodoses till viss del (till exempel: »Jag har viss kontroll över mitt dagliga liv, men inte tillräckligt«) och nedersta nivån innebär att behoven inte tillgodoses (till exempel »Jag har ingen kontroll över mitt dagliga liv«).

Vikterna är framtagna med BWS i den brittiska befolkningen (Netten m.fl. 2012). I pilotstudier jämfördes vikter framtagna bland dem som får hjälpmedelstjänster (*equipment services*) och befolkningen. Vikterna i dessa två grupper var dock mycket lika och det beslutades därför att det vore lämpligare och enklare att undersöka vikter i befolkningen. Det bör dock poängteras att de som får hjälpmedelstjänster inte riktigt korresponderar med dem som får äldreomsorg.

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«. Till exempel var regressionskoefficienten för »full kontroll« 5,86 och motsvarande koefficient för »personlig vård som jag vill ha det« var 5,34. »Full kontroll« omvandlades till 1 eftersom det var den högsta koefficienten av alla nivåer i alla dimensioner. För att standardisera vikten för »personlig vård som jag vill ha det« divideras koefficienten 5,34 med koefficienten 5,86, vilket ger ett så kallat *state score* ($5,34/5,86 = 0,911$).

Vikterna kan omvandlas till en livskvalitetsvikt eftersom relationen mellan *state score* och livskvalitetsvikt härledd via metoden *Time Trade Off* (TTO) har fastställts.⁶ Låt säga att en respondent svarar att behov tillgodoses för dimension 1 (rent hem), dimension 2 (säkerhet) och dimension 4 (personlig vård). Behov tillgodoses till viss del för dimension 3 (mat och dryck), dimension 5 (kontroll) och dimension 8 (sysselsättning). Behov tillgodoses som man vill för dimension 6 (sociala kontakter) och dimension 7 (respekt). Detta innebär ett hälsotillstånd om 22323113. Figur 5 visar *state score* för varje nivå. Dessa

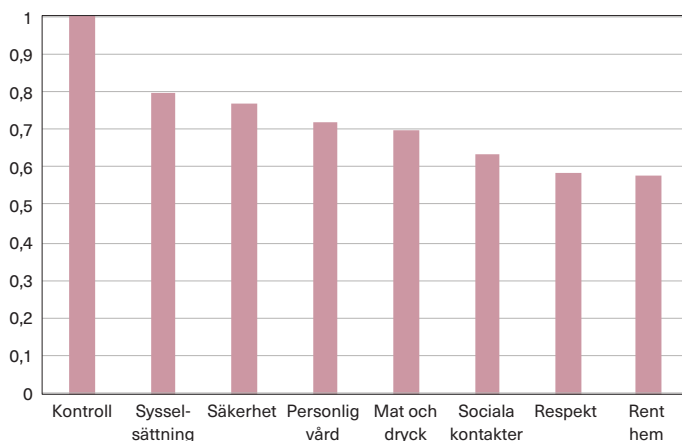
6. TTO användes för att ta fram en livskvalitetsvikt för ett urval av hälsotillstånd i ASCOT. En formel för att översätta BWS till TTO härleddes genom att söka sambandet mellan måtten med regressionsanalys.

Figur 5. Brittiska livskvalitetsvikter för frågeformuläret ASCOT.

Anm.: Kontroll är referenspunkt, 1 = »jag har så mycket kontroll över mitt liv som jag önskar«, 0 = »jag har ingen kontroll över mitt dagliga liv«.

Källa: Netten m.fl. (2012).

har kontroll som referenspunkt, vilket betyder att 1 står för »jag har så mycket kontroll över mitt liv som jag önskar« och 0 står för »jag har ingen kontroll över mitt dagliga liv.« Att gå från den sämsta till den bästa nivån för kontroll ger alltså en »vinst« motsvarande 1 i state score. Detta kan till exempel jämföras med ett rent hem där den bästa nivån ger en vikt på 0,863 och den sämsta nivån ger en vikt på 0,288, det vill säga en skillnad på 0,575. Detta visar att respondenterna tycker att det

Figur 6. Skillnad av vikt för bästa och sämsta nivå i respektive dimension av ASCOT.

är nästan dubbelt så illa att gå från bästa till sämsta nivån för kontroll som att gå från bästa till sämsta nivån för rent hem. Figur 6 visar skillnad på vikter för bästa och sämsta nivå för respektive dimension.

Genom att summera varje state score i figur 5 får vi 5 143. Livskvaliteten kan därefter härledas via en formel skattad via samband mellan BWS och TTO.⁷

Det finns nu även en studie som tillåter översättning (*mapping*) mellan ASCOT och EQ-5D-3L. Studien har undersökt hur instrumenten hänger samman genom att härleda livskvalitetsvikter för ett antal hälsotillstånd konstruerade från respektive mått (Stevens m.fl. 2018).

Det finns även ett ASCOT framtaget för närståendevårdare (ASCOT carer) (Batchelder m.fl. 2019).

Livskvalitet som välbefinnande – frågeformuläret WOOP

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

7. SC (Social Care) QALY = (0,203 x 5 143) – 0,466 = 0,578.

är fallet – särskilt när det gäller den fysiska hälsan som kan ha en stor inverkan på äldres livskvalitet. Det innebär för det första att det är svårt att veta hur utfallet av dessa mått ska användas i ekonomiska utvärderingar. För det andra är det svårt att använda måtten inom flera sektorer, till exempel både hälso- och sjukvård och omsorg. Detta är en begränsning då det finns ett behov av att utvärdera och jämföra insatser inom båda områdena.

Frågeformuläret »Well-being of Older People« (WOOP), som togs fram i Nederländerna, är ett försök att åtgärda dessa brister genom att inkludera hälsa som en egen dimension. WOOP består av sammanlagt nio dimensioner:

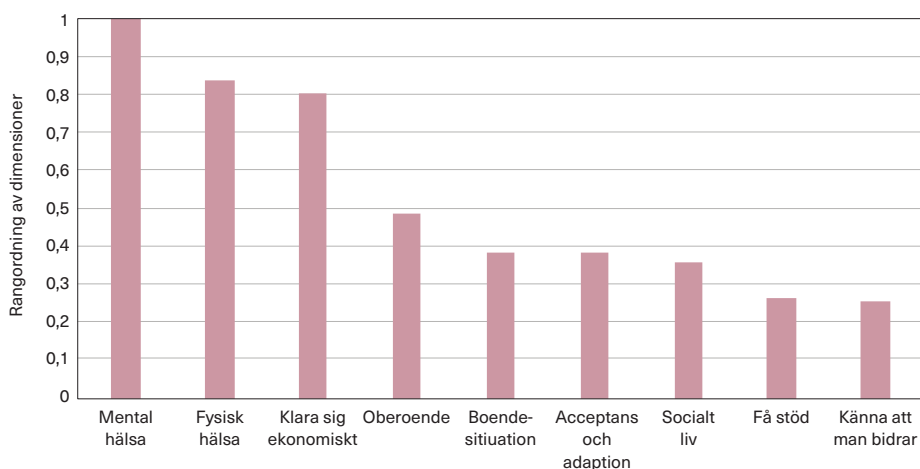
- › Fysisk hälsa: fysiska tillstånd eller besvär som påverkar daglig funktion (*Physical health*).
- › Psykisk hälsa: förmåga att tänka, ångest, depression och andra ned-sättningar som påverkar den dagliga funktionen (*Mental health*).
- › Socialt liv: mängden och kvaliteten i kontakt med partner, familj eller andra personer som är viktiga (*Social life*).
- › Få stöd: kunna räkna med stöd när du behöver det och få kvalitativt stöd i det praktiska och emotionella från partner, familj, vänner, grannar, volontärer eller professionell omsorgsgivare (*Receiving support*).
- › Acceptans och anpassningsförmåga: kunna acceptera nuvarande förhållande och förmåga att anpassa sig till förändringar, med eller utan stöd av religion eller tro (*Acceptance and resilience*).
- › Känna att man har möjlighet att bidra: känna att man bidrar med något för andra, sin miljö eller en god sak (*Feeling useful*).
- › Oberoende: förmåga att göra egna val eller utföra de aktiviteter som man tycker är viktiga (*Independence*).
- › Klara sig ekonomiskt: ha tillräckligt med pengar för att täcka sina dagliga behov och inte oroa sig för pengar (*Making ends meet*).
- › Boendesituation: bo i ett hus eller område som du tycker om (*Living situation*).

För varje dimension finns fem svarsalternativ med varierande formuleringar beroende av dimension (till exempel fysisk hälsa: inga, vissa, måttliga, svåra, extrema problem; oberoende: känna sig mycket oberoende, oberoende, någorlunda oberoende, beroende, mycket beroende).

Preferensbaserade livskvalitetsvikter har nyligen tagits fram genom en enkät ställd till ett representativt urval av befolkningen i Nederländerna i åldern 65 år eller äldre (Himmler m.fl. 2022). Dessa har tagits fram med metoden *discrete choice experiment* (DCE) *with duration*, vilket kan ses som en form av TTO och tillåter att vikterna skattas på en skala från 0 (död) till 1 (fullt välbefinnande). Figur 7 visar rangordningen av dimensionernas betydelse baserat på livskvalitetsvikter för sämst nivå. Rangordningen har standardiserats så att den lägsta livskvalitetsvikten (mental hälsa: - 0,33) omvandlas till 1 och de övriga sätts i relation till denna. Mental hälsa följs av fysisk hälsa, vilket är nära på lika viktigt som att klara sig ekonomiskt. Därefter följer oberoende, vilket visade sig vara viktigt i både ASCOT och ICECAP-O, boendesituation samt acceptans och adaption. Socialt liv, få stöd och känna att man bidrar hade mindre betydelse. Det ska dock nämnas att urvalet inte var fullt ut representativt, och kvinnor var underrepresenterade bland äldre (75 år+) respondenter.

Nyligen har även ett annat instrument för mätning av välbefinnande presenterats (Brazier m.fl. 2022; Norman & Olsen 2022). Instru-

Figur 7. Rangordning av dimensioner i frågeformuläret WOOP baserat på livskvalitetsvikten för sämsta nivå. Standardiserat (1 = mental hälsa, sämst nivå).



mentet, EQ Health and Wellbeing (EQ Health and Wellbeing, EQ-HWB), är framtaget i Storbritannien och kan ses som en modifierad version av EQ-5D. Det finns i en lång version med 25 frågor och en kort version med 9 frågor⁸ (EQ-HWB-S). Förutom dimensioner från EQ-5D innehåller kortversionen även frågor om energinivå, ensamhet, kognition och kontroll. Det finns ännu inga preferensbaserade vikter framtagna för detta instrument. Motivet till lanseringen av EQ-HWB är ett växande behov av ett utfallsmått som fungerar i flera sektorer som överlappar, framför allt hälso- och sjukvård, omsorg och folkhälsa. Inom sektorer som omsorg och folkhälsa är det motiverat att bredda måttet för livskvalitet och titta på både hälsa och välbefinnande i stort. Måttet är framtaget baserat på vad mottagare av och beslutsfattare inom hälso- och sjukvård och omsorg anser är viktigt.

Ett svenskt instrument för att mäta »goda år« – frågeformuläret CALY-SWE

En forskargrupp vid Umeå universitet har börjat ta fram ett mått för att mäta livskvalitet inom omsorgen i Sverige (Lindholm m.fl. 2017; Lindholm m.fl. 2018; Mansdotter m.fl. 2020; Meili m.fl. 2022b). Detta mått kallas för *Capability-Adjusted Life-Years* (CALY) och bygger likt ICECAP-O på tanken om att livskvaliteten bör baseras på kapaciteten att kunna uppnå viktiga aspekter av livet eller att livskvalitet ses som handlingsfrihet. Måttet utgår ifrån ett urval av dimensioner som identifierats i ett betänkande till utredningen om mått på livskvalitet, med syfte att ta fram ett bredare sätt att belysa utvecklingen i samhället som ett komplement till att mäta utvecklingen i BNP (SOU 2015). Den offentliga utredningen föreslog tio indikatorer för att mäta livskvalitet som handlingsfrihet i ett officiellt perspektiv:

1. hälsa
2. kunskap och färdigheter
3. sysselsättning

8. Under de senaste 7 dagarna: (1) Rörlighet – Hur svårt var det för dig att ta dig runt inomhus och utomhus? (2) Huvudsakliga aktiviteter – Hur svårt var det för dig att göra dina dagliga aktiviteter, (3) Hur ofta kände du dig utmattad? (4) Hur ofta kände du dig ensam? (5) Hur ofta hade du problem att koncentrera dig/tänka klart? (6) Hur ofta hade du ångest? (7) Hur ofta kände du dig nedstämd eller deprimerad? (8) Hur ofta kände du att du inte hade någon kontroll över ditt dagliga liv? (9) Hur ofta upplevde du fysisk smärta?

4. ekonomiska resurser
5. politiska resurser och medborgerliga rättigheter
6. sociala relationer
7. säkerhet till livs och egendom
8. bostad
9. tidsutrymme
10. livsmiljö.

Baserat på en så kallad Delphi-panel med representanter för civilsamhället (till exempel Rädda Barnen, Röda Korset, Amnesty) fastställdes vilka av dessa dimensioner som är mest relevanta för ett mått på livskvalitet (Meili m.fl. 2022b). Som utgångspunkt gällde att dimensionerna skulle lämpa sig för offentligt beslutsfattande och att det skulle finnas en stor variation i befolkningen vad gällde dessa dimensioner (kapaciteter). Med detta som grund skapades instrumentet CALY, med sex dimensioner bestående av påståenden som ska besvaras om man instämmer »helt«, »delvis« eller »inte«.

- › Hälsa: »Jag har ett bra allmänt hälsotillstånd (psykiskt och fysiskt) som nästan alltid (säg 95 % av alla dagar) tillåter mig att arbeta eller ägna mig åt det jag vill.«
- › Nära relationer: »Jag har tillgång till nära relationer (familj, vänner eller bekanta) som ger mig råd och stöd när jag behöver.«
- › Ekonomi och boende: »Jag har en ekonomi (lön, annan inkomst eller besparingar) som alltid tillåter mig att ha en fast bostad och för det mesta (8 gånger av 10) tillåter mig att köpa det jag tycker mig behöva.«
- › Sysselsättning: »Jag har ett arbete eller annan sysselsättning (studier, praktik, hemarbete, vård av anhörig etc.) som jag för det mesta är nöjd med. De senaste fem åren har jag minst 75 % av tiden varit nöjd med det jag ägnat mig åt.«
- › Säkerhet: »Jag har en trygghet som gör att risk för våld eller annan kriminalitet inte påverkar mig i mitt arbete eller i min fritid.«
- › Politiska och medborgerliga rättigheter: »Jag litar på att våra rättigheter som medborgare, och vårt aktiva deltagande i det demokratiska systemet, gör det möjligt att påverka våra gemensamma livsvillkor.« (CALY)

Forskare inom hälsorelaterade discipliner vid fem universitet fick rangordna samtliga dimensioner i den offentliga utredningen på en skala från 1 (viktigast) till 10 (minst viktig). Hälsa, sociala relationer och finansiell situation betraktades som viktigast, vilket stödjer valet av dimensioner i CALY (Mansdotter m.fl. 2020). I en undersökning av hur kapaciteter har ändrats i den svenska befolkningen under covid-19 fann man även att störst förändring skett i dimensionerna hälsa, finansiell situation samt politiska och medborgerliga rättigheter (Meili m.fl. 2022a).

Forskning pågår för att ta fram preferensbaserade vikter för CALY, något som ännu saknas. I en magisteruppsats har det gjorts ett försök att få fram vikter med hjälp av en modifierad version av time trade off, TTO (Meili 2017).

Mätning av livskvalitet med de olika metoderna

I tabell 2 sammanfattas ett antal studier som mätt livskvalitet bland äldre med ett eller flera av de mått som redogjorts för ovan. Tabellen visar att studier som använder måtten viktar samman livskvaliteten till en vikt på skalan 0–1. På detta sätt kan livskvaliteten enkelt jämföras mellan grupper och över tid. Grupperna i tabellen skiljer sig dock åt i karakteristika så de ska inte jämföras utan att hänsyn tas till dessa skillnader. Tabellens syfte är i stället att visa på hur resultatet av måtten redovisas och hur de förhåller sig till varandra. Eftersom livskvaliteten mäts på olika skalor är de inte direkt jämförbara. Det går dock att se en viss korrelation mellan måtten. En måttlig korrelation mellan måtten har också konstaterats i flera studier. Det finns emellertid bara svag korrelation mellan enskilda dimensioner, och måtten tycks mäta något olika saker. Se till exempel ICECAP-O som mellan två studier (Couzner m.fl. 2012; Makai m.fl. 2013) varierar mellan 0,63 och 0,81 trots att EQ-5D varierar mellan 0,52 och 0,55. EQ-5D mäter framför allt den fysiska hälsan medan ICECAP-O och ASCOT är mer fokuserade på mental hälsa och välbefinnande i allmänhet. Dessa mått bör därför inte ses som ett substitut till EQ-5D utan snarare som ett komplement. Måtten är dock svåra att kombinera, eftersom de mäter livskvalitet på olika skalor och det är oklart i vilka delar de överlappar. Därför är rekommendationen i flera studier att välja det instrument som passar frågeställningen bäst (Davis m.fl. 2013; Hackert m.fl. 2017; Kaambwa m.fl. 2015; Makai

Tabell 2. Livskvalitet bland äldre uppmätt med frågeformulären EQ-5D, ICECAP-0 och ASCOT.

Studie	Population	EQ-5D 1 = full hälsa 0 = död	ICECAP-O 1 = fullt kapabel 0 = ej alls kapabel	ASCOT 1 = ideal social omsorg 0,171 = höga behov i alla dimensioner
Couzner m.fl. 2012	Äldre personer efter sjukhusvård (n = 81) Australien	0,55	0,81	–
Davis m.fl. 2013	Äldre med balansproblem (n = 215) Kanada	0,854	0,932	–
Makai m.fl. 2013	Äldre personer efter sjukhusvård (n = 296) Nederländerna	0,80	0,84	–
Makai m.fl. 2014	Omsorgsboende (n = 95) Tyskland	0,52	0,63	–
Kaambwa m.fl. 2015	Omsorgsboende (n = 87) Australien	0,515	–	0,852
van Leeuwen m.fl. 2015	Svaga (frail) äldre personer i RCT (n = 190) Nederländerna	0,59	0,78	0,80
Hörder m.fl. 2016	Äldre 70 + (n = 39) Sverige	–	0,86	–
Hackert m.fl. 2017	Äldre med hemtjänst eller omsorgsboende (n = 205) Storbritannien	0,66 (5L)	0,79	0,81
Nguyen m.fl. 2021	Äldre med hemtjänst (n = 334) Finland	0,511	–	Genomsnitt redovisas ej

ASCOT = Adult Social Care Outcomes Toolkit. ICE-CAP-O=ICEpop CAPability measure for Older people.

m.fl. 2014; Makai m.fl. 2013; Malley m.fl. 2012; Nguyen m.fl. 2021; van Leeuwen m.fl. 2015).

Reliabilitet⁹ och validitet¹⁰ har testats för både ICECAP-O och ASCOT och bedömts tillfredsställande (Kaambwa m.fl. 2015; Makai m.fl. 2014; Malley m.fl. 2012; van Leeuwen m.fl. 2015). De äldre verkar inte ha några större problem med att fylla i formulären, med undantag för dementa mottagare av äldreomsorg där formuläret fylls i av personal på äldreboende. Ett problem med detta tillvägagångssätt är att personalens egenskaper kan påverka hur detta fylls i, vilket också visade sig i en studie där personalens kön och tid i yrket påverkade ifyllnad (Makai m.fl. 2014). En studie visar att inget av instrumenten var särskilt känsligt för förändring över tid men ASCOT var känsligast (van Leeuwen m.fl. 2015). Dimensionen respekt (»Dignity«) i ASCOT var korrelerad med omsorgsegenskaper som till exempel hur många som gav omsorg och kan därför antas vara en viktig dimension för att mäta effekten av omsorgen på livskvaliteten (Nguyen m.fl. 2021).

I en litteraturgenomgång redogör Bulamu m.fl. (2015) för de instrument som används för att mäta utfall i ekonomiska utvärderingar av åtgärder för äldre. Utöver de mått som redogjorts för här (EQ-5D, ASCOT och ICECAP-O) finner de ett antal preferensbaserade instrument¹¹ samt ett antal icke preferensbaserade instrument,¹² det vill säga instrument som saknar livskvalitetsvikter framtagna med preferensbaserad metod. De finner att EQ-5D är det instrument som används i störst utsträckning men menar att ASCOT och ICECAP-O är bättre alternativ för åtgärder som påverkar livskvalitet i andra dimensioner än hälsa, såsom tjänsteinnovationer inom äldreomsorgen. »Older People's Quality of Life« (OPQOL)¹³ betraktas som det mest heltäckan-

9. Reliabilitet = resultaten blir desamma ifall undersökningen genomförs på nytt under samma förhållanden.

10. Validitet = instrumentet mäter det man avser mäta.

11. Health Utility Index, HUI, Short-form 6 Dimensions, SF-6D, Quality of Wellbeing, QWB, 15-dimensions, 15D.

12. Short-form 12 and 36, SF-12 and SF-36, World Health Organisation Quality of Life Brief Instrument, WHOQoL-Bref, WHO Quality of Life Instrument-Older Adults Module, WHOQoL-Old, Nottingham Health Profile, NHP, Older People's Quality of Life, OPQOL, Control Autonomy Self-realization and Pleasure, CASP 19.

13. Dimensioner: »Life overall«, »Health«, »Social relationships«, »Independence, Control over life, Freedom«, »Home and neighbourhood«, »Psychological and emotional

de instrumentet. Men eftersom det inte är preferensbaserat förespråkas det inte för användning i ekonomiska utvärderingar.

De flesta studier som använt ASCOT eller ICECAP-O är inte ekonomiska utvärderingar utan främst undersökningar av måttens validitet. I en genomgång av studier av ICECAP-O (Proud m.fl. 2019) konstateras att det finns 21 studier som på något sätt använt instrumentet i en ekonomisk utvärdering, varav 8 inom hälso- och sjukvårdsområdet och 13 inom samhällssektorn, egenvård eller integrerade tjänster för dem med kroniska och långsiktiga tillstånd såsom åtgärder för att förebygga demens och åtgärder för att hantera behov efter akutsjukvård. Dock konstateras att ICECAP-O används som ett sekundärt utfallsmått i samtliga studier tillsammans med EQ-5D och att det saknas en konsensus för hur ICECAP-O ska inkorporeras i en ekonomisk utvärdering. En del rapporterar endast en förändring i index, andra väger samman det med tid men med olika benämning (»Capability QALY«, »Years of well-being«, »Capability-Adjusted Life-Years, CALY«, »Years of full capability«) och ytterligare några tar fram en kvot mellan kostnad och effekt. Författarna menar att det inte är korrekt att använda »Capability QALY« eftersom ICECAP-O inte mäter livskvalitet på den skala som används för QALY (död och full hälsa). Rekommendationen är i stället att använda »Years of full capability«, eftersom arbete pågår med att ta fram ett monetärt värde för denna enhet (Kingham & Afentou 2021).

I en litteraturgenomgång av Helter m.fl. (2020) utvidgas analysen i Proud m.fl. (2019) genom att inkludera alla typer av instrument baserade på kapacitetskonceptet av Amartya Sen, vilket inkluderar både ICECAP-O och ASCOT. Totalt 98 studier identifieras, varav endast tio var ekonomiska utvärderingar. ICECAP-O användes i fyra av dessa studier. ASCOT användes inte i någon av de rapporterade ekonomiska utvärderingarna, men författarna nämner att det finns pågående arbeten som ännu inte publicerats.¹⁴ Liksom Proud m.fl. (2019) konstaterar Helter m.fl. (2020) att ICECAP-O används som ett sekundärt

wellbeing«, »Financial circumstances«, »Religion/Culture«. Current version: <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2019/03/OPQOL-full-questionnaire.pdf>.

14. Utöver de referenser som finns i denna publikation pågår ett EU-finansierat projekt med syfte att använda ASCOT för att jämföra effekten och effektiviteten av icke-institutionell långtidsomsorg (till exempel hemtjänst) för äldre och deras informella omsorgsgivare i Österrike, England och Finland. Exploring Comparative Effectiveness and efficiency in Long-term care (EXCELC), <https://www.excelc.eu/>.

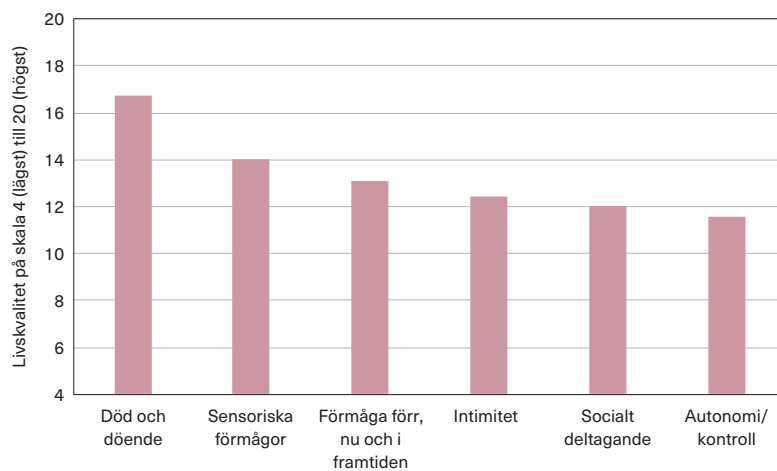
utfallsmått tillsammans med EQ-5D och att det saknas konsensus om hur måttet ska användas i ekonomiska utvärderingar.

Myndigheten NICE (National Institute for Health and Care Excellence) i England accepterar användning av ASCOT och i vissa fall även ICECAP-O. Detta motiveras av att det inom socialtjänstområdet är relevant att även beakta icke hälsorelaterad nytta. I de fall en åtgärd påverkar både hälsorelaterad och icke hälsorelaterad nytta ser NICE gärna att dessa effekter presenteras uppdelat (NICE 2021). I Nederländerna rekommenderar motsvarigheten till NICE, Zorginstituut, att använda ICECAP-O tillsammans med EQ-5D för utvärdering av åtgärder inom långvarig omsorg där relevanta utfall går bortom hälsa (Zorginstituut Nederland 2016).

I Sverige finns få mätningar av livskvaliteteten bland äldre. Sandgren m.fl. (2021) har nyligen undersökt livskvaliteten bland äldre på särskilt boende. I studien användes frågeformuläret WHO-BREF och WHO-OLD som inte är preferensbaserade. Studien visar att respondenterna upplevde lägst livskvalitet inom dimensionen autonomi/kontroll (frihet att fatta egna beslut, känna kontroll över sin framtid, människor runtomkring har respekt för din frihet, förmåga att göra det du vill), figur 8. Denna dimension kan därför anses vara sämre tillgodosedd bland personer i äldreboenden i Sverige samtidigt som det är den dimension som graderas som viktigast och i viss mån utgör ett av regeringens mål för äldreomsorgen. I en undersökning med ASCOT bland äldre med hemtjänst i Storbritannien var kontroll också en av de dimensioner där lägst andel upplevde att de hade det så som de önskade, figur 9.

Socialstyrelsen undersöker varje år vad äldre tycker om äldreomsorgen med hjälp av en nationell enkät (Socialstyrelsen 2020). Enkäten skickas ut till alla som tar emot äldreomsorg. År 2020 svarade 57 procent av hemtjänstmottagarna och 40 procent av dem som bor på äldreboenden. Enkäten består av nio delar: (1) hälsa, (2) kontakter med kommunen, (3) inflytande, (4) hjälpens utförande, (5) bemötande, (6) trygghet, (7) sociala aktiviteter, (8) tillgänglighet, (9) hemtjänsten i sin helhet. Figur 10 visar resultatet för inflytande (3), hjälpens utförande (4) och bemötande (5). Bemötande får högst gradering och att kunna bestämma tid som man får hjälp får lägst gradering (figur 10). Resultatet antyder en viss brist på kontroll över det dagliga livet eftersom det finns begränsningar i att påverka när man får hjälp. Resultatet för

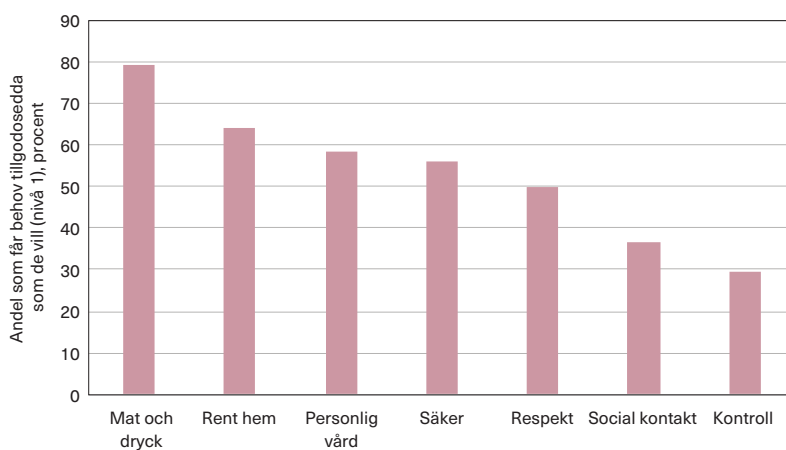
Figur 8. Livskvalitet bland personer i särskilt boende i Sverige uppmätt med WHOQOL-OLD.



Anm.: Död och döende = Hur orolig och rädd man är för att dö, högre värde betyder mindre oro.

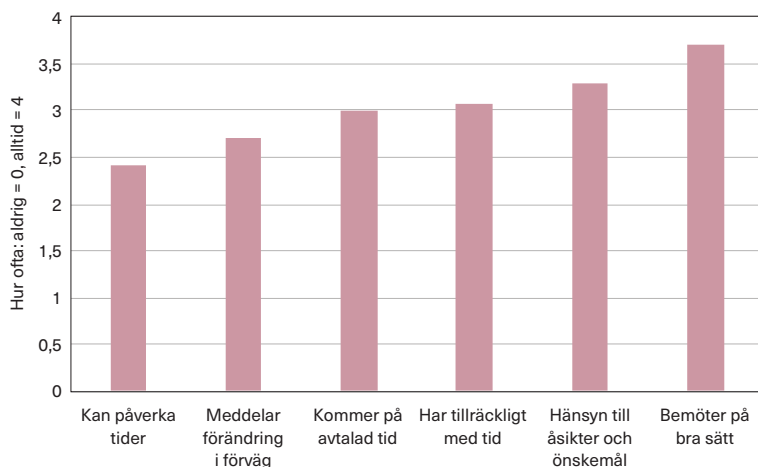
Källa: Sandgren m.fl. (2021).

Figur 9. Andel som får behov tillgodosedda som de vill inom respektive dimension i ASCOT, äldre med hemtjänst i Storbritannien.



Källa: Netten m.fl. (2012).

Figur 10. Åsikter om hemtjänsten i Socialstyrelsens årliga totalundersökning bland äldre med hemtjänst (2020).



Anm.: Viktat genomsnitt baserat på hur ofta de anser att dessa kriterier uppnås,
 0 = aldrig, 4 = alltid.

sociala aktiviteter (7) visar att en majoritet (53 procent) besvärar sig av ensamhet, vilket ger en indikation om att den sociala dimensionen är av stor betydelse även för äldre inom hemtjänst i Sverige (Socialstyrelsen 2020; Socialstyrelsen 2022c).

Fördelar och nackdelar med ett QALY för äldreomsorg

Fördelar med att använda QALY för att skatta värdet av äldreomsorg är att det inom hälso- och sjukvården redan är ett accepterat och väl-använt sätt att mäta effekter. Dessutom är det ett standardiserat mått som gör det enkelt för användaren att bedöma validitet och reliabilitet eftersom denna tagits fram för ett standardiserat frågeformulär.

Genomgången av tillgängliga instrument för att mäta livskvalitet inom äldreomsorg visar att de dimensioner som ingår i EQ-5D är otillräckliga. 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 ytterligare dimensioner.

Genomgången visar dock även att de nya instrumenten inte ska betraktas som ett substitut till EQ-5D eftersom de inte fullt ut täcker in det som mäts med EQ-5D. I de fall det fortfarande anses vara betydelsefullt att mäta effekter på fysisk hälsa har EQ-5D en fortsatt funktion. Ett problem är att det finns begränsningar med att inkludera både de nya instrumenten och EQ-5D i en och samma studie eftersom de i vissa delar överlappar, vilket kan leda till dubbelräkning. Det återstår att se om CALY eller WOOP som inkluderar hälsa som en egen dimension kan bidra till att lösa detta problem.

Ett ytterligare problem med att jämföra och kombinera olika instrument är att de mäter livskvalitet på olika skalor. För ASCOT finns det en ungefärlig översättning till EQ-5D-skalan.

Båda instrumenten tycks ha fått ganska stor spridning och har översatts och använts i flera länder. Ytterligare landspecifika preferensbaserade vikter (så kallade värde-set, *value set*) har även tagits fram. Användningen har hittills fokuserat på mätningar av livskvaliteten bland olika grupper vid en tidpunkt. Det finns få studier som använt instrumenten för att undersöka förändringar i livskvalitet kopplade till specifika åtgärder inom äldreomsorg. Det är fortfarande delvis oklart hur väl de fungerar för ett sådant syfte.

Tills vidare finns goda möjligheter att använda de nya instrumenten för att beskriva livskvaliteten i en viss grupp, jämföra livskvaliteten i olika grupper och i viss mån över tid. Det är dock för tidigt att dra slutsatsen att dessa instrument lämpar sig för ekonomiska utvärderingar.

4. Betalningsvilja för äldreomsorg

I DET FÖREGÅENDE kapitlet redogjordes för ett antal nya instrument som utformats för att härleda ett QALY inom äldreomsorg med så kallad indirekt metod. Som framgick av diskussionen i kapitel 2 är en fördel med denna metod att den är standardiserad, lättare att validera och överensstämmer med det vanliga angreppssättet för att kartlägga värde inom hälso- och sjukvård. Baksidan av ett standardiserat mått är att det är mindre flexibelt. Avsaknaden av en konsensus kring vilka dimensioner som bör inkluderas i frågeformulär för äldreomsorgen speglar delvis denna nackdel. En annan eventuell nackdel är att instrumenten fokuserar på att undersöka hur väl de äldre lyckas uppnå ett antal förhandsdefinierade aspekter i sin livskvalitet. De anger inte hur de äldre värdesätter specifika egenskaper inom äldreomsorgen, till exempel boendet eller antalet personer som hjälper en. Detta ska endast fångas indirekt via livskvaliteten.

I detta kapitel redovisar vi olika studiers resultat angående individers preferenser för äldreomsorg skattade med direkt metod, vilken tillåter en direkt värdering av egenskaper inom äldreomsorg. Fokus för genomgången är studier som skattat preferenser med en metod som förutsätter någon typ av val och/eller hypotetisk uppoffring av respondenten. Framför allt handlar det om betalningsviljestudier, det vill säga studier av vad individer som mest kan tänka sig att betala för att få tillgång till en vara, tjänst eller åtgärd. I avsaknad av ett marknadspris kan denna typ av undersökningar ge beslutsfattaren information om vad individer värderar och på så sätt bidra med ett underlag som skulle kunna skapa större överensstämmelse mellan äldreomsorgens utformning och individernas preferenser.

Fyra områden som är vanliga inom studier av preferenser för äld-

reomsorg berör (i) boendetyp, (ii) sätt som omsorgen ges på (hur många som ger omsorg, antal timmar med omsorg och så vidare), (iii) välfärdsteknik samt (iv) närståendevårdare eller informell omsorg.

Preferens för typ av boende

Gralén m.fl. (2015) undersökte vilka preferenser Sveriges befolkning i åldrarna 50–65 år har vid val av boende ifall de skulle få behov av äldreomsorg i framtiden. En webbenkät med två scenarier skickades ut till ett representativt urval ($n = 2020$, svar från 729, 36 procent). I det första scenariot skulle respondenterna välja var de föredrog att få sin omsorg vid en lättare funktionsnedsättning (svårt att städa, laga mat, gå i trappor, förflytta sig utomhus, kan inte köra bil). Drygt hälften (51 procent) föredrog ett anpassat boende, vilket innebar ett bostadshus med anpassade lägenheter, omsorgspersonal på plats under dagtid, tillgång till gemensamma utrymmen och nära till service. Hemtjänst föredrogs av 42 procent medan resterande 7 procent inte hade någon preferens för det ena eller det andra, alternativt skulle ordna med det på egen hand. I det andra scenariot skulle respondenterna välja var de föredrog att få sin omsorg vid en svårare funktionsnedsättning (kan inte sköta hygien, klä på sig, laga mat, förflytta sig inomhus utan hjälpmedel, förflytta sig utomhus utan hjälp). Omkring 70 procent föredrog äldreboende, 26 procent hemtjänst och resterande 4 procent ansåg att det inte var så stor skillnad eller skulle ordna med omsorg på egen hand (Gralén m.fl. 2015).

Respondenterna ombads vidare anta att de skulle få tillgång till det alternativ de inte föredrog utan extra kostnad och tillfrågades om vilket belopp de skulle kunna tänka sig att betala för att få tillgång till det alternativ som de föredrog. Betalningsviljan angavs i kronor per månad (kronor per år visades i parentes) som en tilläggsförsäkring (försäkringsenkäten) eller öronmärkt skattepålägg (skatteenkät) från och med tiden då enkäten fylldes i till och med året då respondenten fyllde 65 år. Den genomsnittliga betalningsviljan för samtliga (det vill säga både de som föredrog och de som inte föredrog alternativet) för att (a) få hemtjänst i stället för anpassat boende vid *lättare* funktionsnedsättning var 135 kronor per månad (skatt: 114 kronor), (b) få hemtjänst i stället för äldreboende vid *svårare* funktionsnedsättning var 140 kr (skatt: 71 kronor), (c) få anpassat boende i stället för hemtjänst vid *lättare*

funktionsnedsättning var 211 kronor (skatt: 200 kronor) och (d) få äldreboende i stället för hemtjänst vid *svårare* funktionsnedsättning var 346 kronor (skatt: 337 kronor).

Studien i Tyskland (Hajek m.fl. 2017) undersökte vilka faktorer som är relaterade till preferens för typ av äldreomsorg. 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. Respondenterna kunde instämma på en skala från 1 (instämmer helt) till 4 (instämmer inte alls). Andelen som instämde helt eller delvis med att de föredrog det föreslagna boendet var som högst för det egna hemmet (87 procent), följt av assistansboende (56 procent), släktings hem (32 procent), äldreboende (32 procent) och annat land (6 procent). Karakteristika varierade mellan grupperna som föredrog de olika typerna av boende. Det egna hemmet föredrogs av dem som inte hade något behov av omsorg och som gav omsorg till familj eller vänner. En släktings hem föredrogs bland annat av män och personer med egna barn. Assistansboende föredrogs bland annat av dem som hade behov av omsorg och äldreboende av dem som hade lägre självrapporterad hälsa.

Nieboer m.fl. (2010) undersökte preferenserna för äldreomsorg med hjälp av en enkät sänd till ett urval av den nederländska befolkningen i åldern 50–65 år. Respondenterna fick ett scenario presenterat för sig där de skulle anta att de behövde välja äldreomsorg åt en närstående (till exempel partner, förälder eller vän). Respondenterna delades upp i fyra grupper som fick en »profil« som de skulle anta gälla för den närstående: (1) fysisk funktionsnedsättning med partner, (2) fysisk funktionsnedsättning utan partner, (3) dement med partner, (4) dement utan partner. Därefter fick de åtta frågor där de skulle 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. Jämfört med omsorg i det egna boendet fanns det endast preferens för serviceboende (»sheltered accommodation«) för profil med funktionsnedsättning utan partner (ytterligare 35 euro per vecka). För profil med funktionsnedsättning med partner fanns det endast en svagt, negativ preferens för äldreboen-

de jämfört med omsorg i eget hem (minskning med 18 euro per vecka). Respondenterna uttryckte ingen preferens för boende för profilen med demens och partner. Däremot var preferenserna starka för profilen med demens utan partner. Starkast var preferensen för lägenhet i närheten av omsorg (»apartment building in proximity of care«) jämfört med omsorg i egna hemmet (ytterligare 177 euro per vecka), följt av och äldreboende (ytterligare 72 euro per vecka) och serviceboende (ytterligare 64 euro per vecka).

Negrin m.fl. (2008) undersökte preferenser för olika organisering av omsorg för personer med Alzheimers sjukdom. Ett urval av den vuxna befolkningen i Spanien intervjuades vid personliga möten ($n = 600$). Respondenterna fick göra fem val med vardera fyra alternativ. Ett alternativ var nuläge (»status quo«) som beskrevs som frånvaro av hemtjänst, daglig verksamhet, särskilt boende samt ingen extra kostnad. Detta skulle jämföras med tre andra alternativ som varierade i hur många timmars hjälp som gavs med hemtjänst, hur stor andel som önskade daglig verksamhet som fick det, hur stor andel som önskade särskilt boende som fick det samt kostnad per månad och person. Betalningsviljan för att öka hemtjänst med en timme var 4 euro per månad och person, för att öka andelen som fick daglig verksamhet med 1 procent var betalningsviljan 0,43 euro och i stort sett lika hög för särskilt boende (0,42 euro). En genomsnittlig person i befolkningen är alltså villig att betala omkring 10 euro per månad för att öka andelen som får tillgång till daglig verksamhet eller särskilt boende med 25 procent. De som hade högre betalningsvilja för hemtjänst var i större utsträckning yngre, män, gifta, lägre utbildade, och hade lägre inkomst. De som hade högre betalningsvilja för daglig verksamhet var äldre, mer utbildade, ogifta och kände någon med mentala hälsoproblem. De som hade en högre betalningsvilja för särskilt boende var i större utsträckning kvinnor, lägre utbildade, i god hälsa, med högre inkomst, kände någon med mentala hälsoproblem eller var inte en informell omsorgsgivare.

Preferenser för att bo kvar i hemmet eller i äldreboende har även undersökts i USA av Guo m.fl. (2015). Vid en geriatrisk klinik rekryterades personer som var 50 år eller äldre och som haft tankar kring sitt behov av äldreomsorg och intervjuades vid personliga möten. De fick ta del av en beskrivning av sex olika hälsotillstånd med varierande fysisk (baserat på Activities of Daily Living, ADL) och kognitiv funktionsned-

sättning (demens eller ej). Därefter fick de för varje hälsotillstånd göra två val. Först skulle de välja mellan att (A) leva med hälsotillståndet med funktionsnedsättning i tio år OCH hemtjänst eller (B) leva fullt frisk och utan hemtjänst under kortare tid (mindre än tio år). Sedan skulle de välja mellan att (A) leva med hälsotillståndet med funktionsnedsättning i tio år OCH äldreboende eller (B) leva fullt frisk och utan äldreboende under kortare tid (mindre än tio år). Livslängden i alternativ B – då respondenten ansåg att det var lika bra som alternativ A – användes för att skatta livskvalitetsvikten för varje tillstånd. För att få fram skillnaden i livskvalitet mellan hemtjänst och äldreboende analyserades skillnaden i livskvalitetsvikt mellan det första och andra valet. För det första och lindrigaste hälsotillståndet fanns det en livskvalitetsvinst för hemtjänst jämfört med äldreomsorg om 0,3 (på skala 0 till 1). Därefter avtog vinsten med hälsotillståndets svårighetsgrad, och vid det svåraste hälsotillståndet fanns ingen livskvalitetsvinst av att ha hemtjänst i eget boende.

I Vietnam undersökte Van Hoi m.fl. (2012) preferenserna för olika typer av äldreomsorg bland äldre i befolkningen (65 år och äldre) samt representanten för deras hushåll (till exempel deras barn) via intervjuer vid personliga möten. Respondenterna fick ta ställning till om de trodde att den äldre vid behov skulle använda (a) ett mobilt team av sjuksköterskor som gav hemtjänst till de äldre då de hade behov av det (b) ett dagcenter i byn som den äldre kunde besöka en del av dagen eller varannan dag samt (c) ett äldreboende (»nursing centre») i kommunen eller distriktet där den äldre kunde stanna så länge det behövdes (dagar, veckor eller månader). Andelen som trodde att den äldre vid behov skulle använda de olika formerna av äldreomsorg om det var gratis var konsekvent högre bland representanter för de äldres hushåll jämfört med bland de äldre själva (a – 89 % vs 83 %, b – 86 % vs 70 %, c – 49 % vs 41 %). Då äldreomsorgen skulle ges mot en kostnad (dock lägre än full kostnad) var andelarna lägre hos båda grupperna (a – 69 % vs 56 %, b – 71 % vs 52 %, c – 33 % vs 24 %). Betalningsviljan för hemtjänst var högre bland de äldre (34 192 Vietnamesisk Dong VND per månad vs 28 296 VND per månad, 1 VND = 0,00042 SEK) medan betalningsviljan för dagcenter och äldreboende var högre bland representanten för hushållet (b: 27 929 vs 21 148, c: 68 778 vs 48 603). Viljan att använda äldreomsorg var lägre bland de äldre som levde med sin partner. Respondenter med högre inkomst var mindre villiga

att använda hemtjänst och äldreboende. Respondenter med sämre instrumentellt ADL (Activities of Daily Living, instrumentell: aktiviteter som alla människor regelbundet utför i sitt hem, som att laga mat, göra inköp, städa, tvätta) var mer benägna att välja dagcenter och mindre benägna att välja hemtjänst. Respondenter med sämre intellektuell ADL (skriva, läsa, lyssna på radio, titta på tv) var mer benägna att välja dagcenter och äldreboende.

Tabell 3 sammanfattar studier som undersökt preferenser för boende med betalningsvilja. Preferenserna för boende beror på funktionsnedsättningens svårighetsgrad och boendesituation i det egna hemmet, till

Tabell 3. Studier som undersökt preferenser för boende, sammanfattning.

Referens	Metod	Perspektiv	Population	Resultat
Gralén m.fl. 2015	CV	Personligt enkät	Befolkning 50–65 år,	Anpassat boende/ Sverige (n = 729) Äldreboende föredrogs av mer än hälften. Högre betalningsvilja för att få boende än att få hemtjänst.
Hajek m.fl. 2017	Val mellan boende enkät	Personligt	Befolkning, 65 år eller äldre, Tyskland (n = 1006)	Drygt hälften föredrog assistansboende vid behov.
Nieboer m.fl. 2010	DCE enkät	Socialt	Befolkning 50–65 år, Nederländerna	Preferens för anpassat boende för personer utan partner.
Negrin m.fl. 2008	CV intervju	Socialt inkl. personligt	Befolkning 18 år +, Spanien (n = 600)	Betalningsvilja på 10 EUR per person och månad för att öka andelen som beviljas äldreboende med 25 %.
Guo m.fl. 2015	TTO intervju	Personligt	Personer 50 år eller äldre på geriatrisk klinik (n = 81), USA	Värde av hemtjänst framför äldreboende avtar kraftigt med hälsotillståndets svårighetsgrad.
Van Hoi m.fl. 2012	CV Intervju	Personligt och socialt (närstående) (n = 2040 hushåll)	Befolkning, 65 år eller äldre + representanten för deras hushåll	Dagcenter föredrogs av 52 % och äldreboende av 24 % bland de äldre. Högre andelar bland närstående som också hade en högre betalningsvilja.

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.

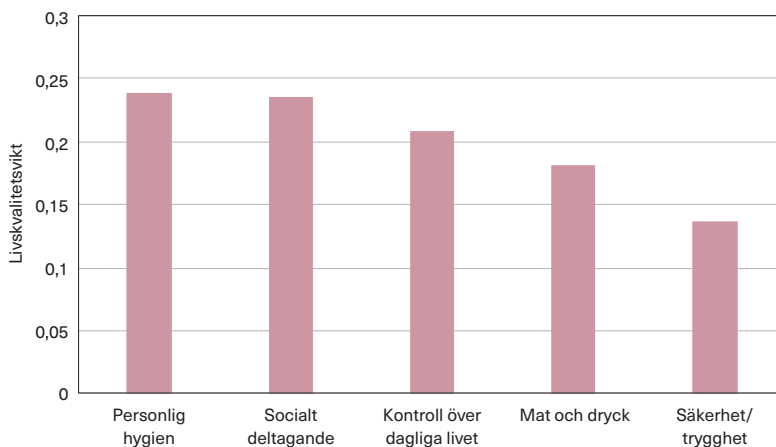
Preferens för formerna för hur omsorgen ges

En annan kategori studier som är vanliga i litteraturerna kring preferenser för äldreomsorg är de som undersöker vilka egenskaper i omsorgen som är av störst värde.

En av de första studierna i denna kategori är en studie från Storbritannien (Ryan m.fl. 2006) som har blivit känd som OPUS (Old People's Utility Scale) och som är en föregångare till ASCOT. Studien var explorativ och inkluderade ett urval med 357 personer 60 år eller äldre. De fick välja mellan olika fiktiva alternativ för äldreomsorg som skilde sig åt vad gäller hur väl behoven blev tillgodosedda med avseende på personlig hygien, socialt deltagande, kontroll över dagliga livet, mat och dryck samt säkerhet/trygghet. Varje respondent fick göra sju val mellan två alternativ som varierade i dessa attribut. De valde genom att svara på frågan om vilket alternativ de tyckte var värst. En livskvalitetsvikt (på skalan mellan 0 och 1) härleddes genom att utgå ifrån att fullt tillgodosedda behov i alla dimensioner hade livskvalitetsvikten 1 och ej tillgodosedda behov i alla dimensioner hade livskvalitetsvikten 0. Som framgår av figur 11 var personlig hygien den viktigaste dimensionen tätt följt av socialt deltagande och kontroll över dagliga livet. Mat och dryck samt säkerhet och trygghet var något mindre viktiga dimensioner.

År 2010 gjordes en studie av Burge m.fl. (2010) som byggde på den tidigare refererade studien av Ryan m.fl. (2006). Den inkluderade dock några ytterligare attribut: rent och bekvämt hem, boende i eget hem, meningsfull sysselsättning samt ersättningsnivå per vecka. Det sista attributet (ersättningsnivå per vecka) inkluderades för att kunna härleda vilken kompensation respondenterna skulle behöva ha för att acceptera att behovet inte tillgodoses. Ett representativt urval av den vuxna befolkningen i Storbritannien intervjuades. Preferensen var starkast för ett rent och bekvämt hem följt av personlig hygien (figur 12). Därefter var preferensen rätt likartad för att bo i eget hem, få bra mat och dryck samt att ha kontroll över sitt dagliga liv. Socialt deltagande,

Figur 11. Livskvalitetsvikt för olika aspekter av äldreomsorg (vikt för att gå från stora behov som ej tillgodoses till samtliga behov tillgodoses) bland befolkningen i Storbritannien.

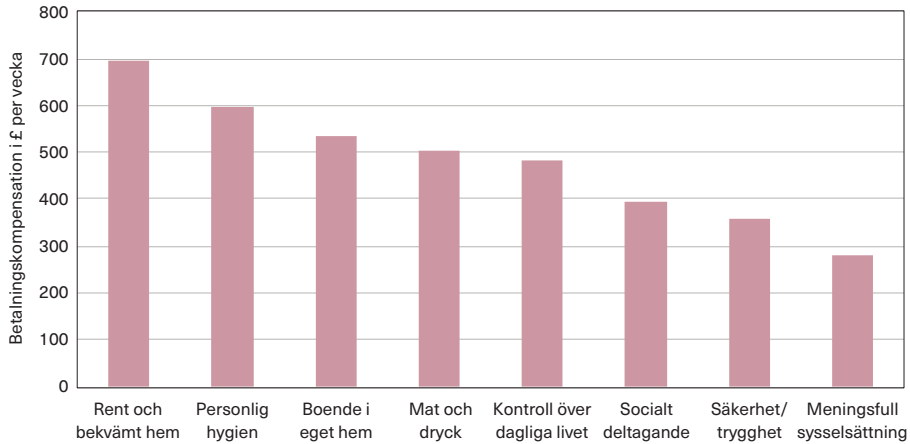


Källa: Ryan m.fl. (2006).

säkerhet/trygghet och meningsfull sysselsättning var mindre viktiga. Jämfört med Ryan m.fl. (2006) ansågs socialt deltagande vara mindre viktigt och mat och dryck mer viktigt. Burge m.fl. (2010) nämner att det under tiden mellan de båda studierna uppstått en debatt i Storbritannien om behovet av näringsrik mat och dryck för äldre som kan ha påverkat preferenserna. När det gäller socialt deltagande var många av respondenterna i Ryan m.fl. (2006) rekryterade bland besökare vid dagcenter och kan generellt antas ha en högre preferens för socialt deltagande.

Ett annat exempel är en studie av befolkningen i Nederländerna av Nieboer m.fl. (2010). Där fick ett representativt urval av personer i åldern 50–65 år välja mellan två omsorgsalternativ med tolv varierande egenskaper. Fyra hypotetiska profiler skapades med fysisk eller intellektuell funktionsnedsättning samt med eller utan partner. Varje respondent fick en profil som skulle antas gälla för en närstående och de fick välja åtta gånger mellan omsorgsalternativ med varierande egenskaper. Härledd betalningsvilja för varje nivå av respektive attribut

Figur 12. Betalningskompensation (»Willingness to Accept«, WTA)* för olika aspekter av äldreomsorg bland befolkningen i Storbritannien.



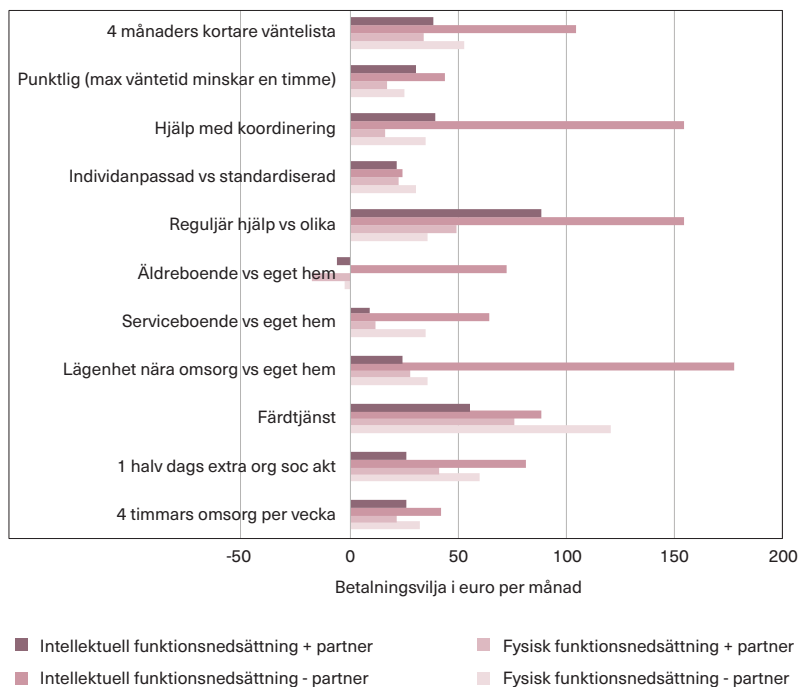
* Betalningskompensation eller »Willingness to Accept« (WTA) är ett alternativt mått till Betalningsvilja eller »Willingness to Pay« (WTP). WTA härleds genom att fråga vilket belopp som respondenten skulle behöva få som kompensation då något försämras, till exempel mindre rent och bekvämt hem.

Anm.: Beloppen representerar den kompensation som krävs för att gå från samtliga behov tillgodosedda till stora behov som ej tillgodoses.

Källa: Burge m.fl. (2010).

redovisas i figur 13. Preferenserna varierade beroende på typ av funktionsnedsättning och beroende på om det fanns en partner eller ej. För en äldre med intellektuell funktionsnedsättning och utan partner var de tre mest värdefulla attributen en lägenhet nära omsorg, reguljär hjälp (personalkontinuitet) samt hjälp med koordinering (samordning). För en liknande person 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. För en liknande person med partner ansågs fortfarande färdtjänst vara av störst vikt följt av reguljär hjälp och sociala aktiviteter. Reguljär hjälp (det vill säga att få hjälp av en bestämd och mindre grupp

Figur 13. Betalningsvilja för attribut inom äldreomsorgen bland den nederländska befolkningen.



Källa: Nieboer m.fl. (2010).

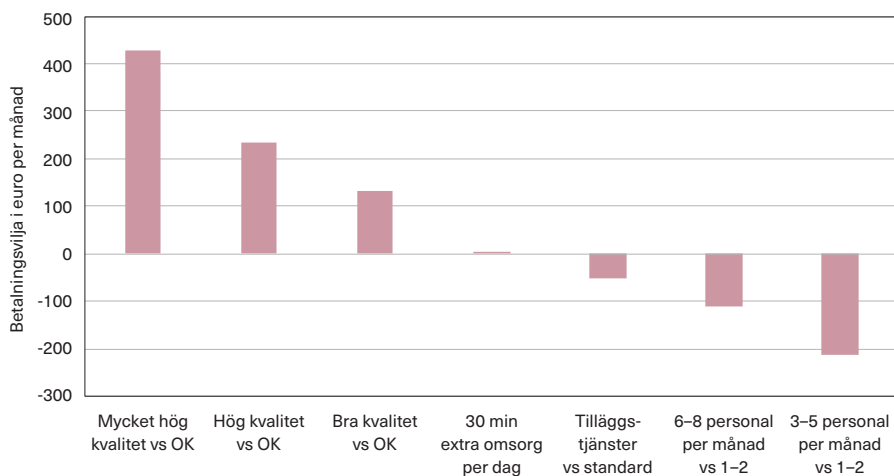
omsorgsgivare) och färdtjänst var attribut som var av större värde för samtliga grupper. Enligt Nieboer m.fl. (2010) är detta förenligt med teorin om den sociala produktionsfunktionen (SPF) som säger att individer strävar efter att optimera sitt fysiska och sociala välbefinnande. Reguljär hjälp tillåter att relationer byggs med omsorgsgivaren, vilket kan bidra till både fysiskt och socialt välbefinnande. Färdtjänst kan ge mer kontroll över det egna livet (åka vart du vill, när du vill) och på så sätt bidra till ökat välbefinnande.

Det saknas en liknande studie för svenska förhållanden men i en studie för Vård- och omsorgsanalys (Gralén m.fl. 2015) undersöktes

rangordningen – markera de tre viktigaste bland totalt sju attribut – av attribut för äldreomsorg vid lindrig och svår funktionsnedsättning (se definitioner ovan). Vid lindrig funktionsnedsättning var det viktigast att själv få bestämma när under dagen man ska få hjälp, följt av att få omsorg av någon ur samma personalpool (2–4 personer) och att bo i anpassat boende (eller bo kvar i närheten av närstående). Vid svår funktionsnedsättning var det viktigast att få bo i anpassat boende följt av att ha omsorgspersonal nära till hands och att få omsorg av någon ur samma personalpool. Likt Nieboer m.fl. (2010) ansåg respondenterna i den svenska studien att typen av funktionsnedsättning hade betydelse för vilka attribut som var av störst värde. En annan likhet var att reguljär hjälp hade stort värde vid samtliga hälsotillstånd.

En studie i Tyskland (Lehnert m.fl. 2018) undersökte preferenser för äldreomsorg bland ett representativt urval av befolkningen i åldern 45–64 år. Respondenterna skulle anta att de var en äldre person och i behov av äldreomsorg till följd av en fysisk funktionsnedsättning. De skulle också anta att de saknade närstående som kunde sköta omsorgen. De fick välja mellan två paket med äldreomsorg som varierade i fem egenskaper: omsorgstid per dag, nivå av service (standard, utökad), omsorgskvalitet, antal omsorgsgivare per månad samt egenavgift per månad. Figur 14 visar den härledda betalningsviljan för respektive egenskap.

Som framgår av figuren är kvalitetsaspekten av stor vikt. Kvalitet definierades enligt en välkänd skala i Tyskland baserad på 49 kriterier, bland annat hur individuella preferenser respekteras, hur läkemedel ges, hur omsorgsgivaren hanterar klagomål och hur behovet av privatliv respekteras. Det har visats att de som förmedlar äldreomsorgstjänster i Tyskland har högre kvalitet om de också har ett högre pris. Även antalet personer som ger omsorg var viktigt och en större mängd personer gav en negativ betalningsvilja, vilket betyder att respondenterna behöver kompenseras för att få samma nytta vid fler omsorgsgivare. Tvärtom vad man kan förvänta sig var dock detta belopp högre vid 3–5 än vid 6–8 personer per månad. Detta kan bero på att det fanns en misstolkning kring vad attributet betydde och att en del respondenter kan ha trott att de fick hjälp oftare med flera omsorgsgivare. Det kan också bero på bristande fokus hos respondenterna då de fick ta ställning till val av omsorgspaket i 16 olika valsituationer. Båda attributnivåerna gav dock ett högt signifikant negativt utslag, vilket Lehnert m.fl. (2018) tolkar

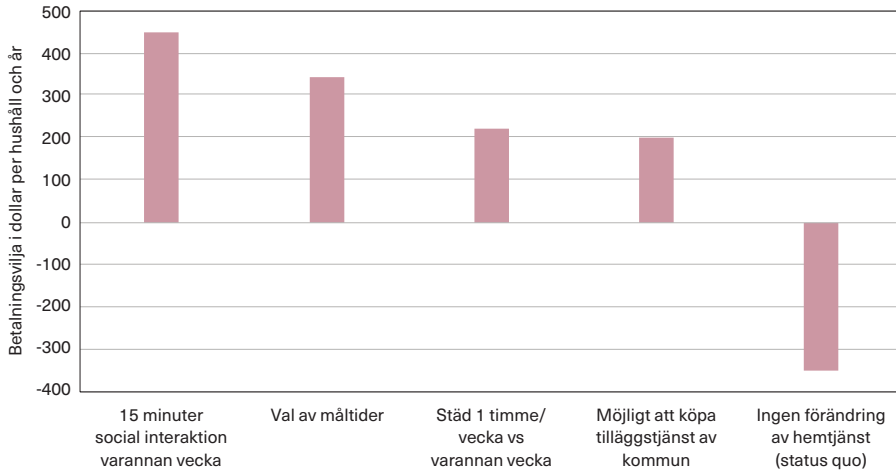
Figur 14. Betalningsvilja för attribut inom äldreomsorgen bland den tyska befolkningen.

Anm.: OK kvalitet = »sufficient« eller tillräcklig.

Källa: Lehnert m.fl (2018).

som att detta är en viktig egenskap inom äldreomsorgen – i linje med studien i Nederländerna (Nieboer m.fl. 2010) och studien i Sverige (Gralén m.fl. 2015). Betalningsviljan för en halvtimmes extra omsorg per dag var låg (4,49 euro) och mer i linje med kostnaden för informell omsorg, vilket kan förklara varför det är så pass vanligt i Tyskland. I motsats till förväntningarna gav service med tilläggstjänst en negativ betalningsvilja. Detta antogs bero på att den funktionsnedsättning som beskrevs i scenariot var förhållandevis utsatt (få sociala kontakter, svårt att röra sig) samtidigt som tilläggstjänsterna innebar att någon skulle få inflytande i ens privata sfär, till exempel fylla i formulär och sköta korrespondens. Det kan därför ha uppfattats av en del som om man skulle tappa sitt oberoende och förlora kontrollen över sitt liv.

Amilon m.fl. (2020) undersökte betalningsviljan bland ett representativt urval av den danska befolkningen i åldern 18–65 år. Respondenterna ställdes inför ett scenario med en hypotetisk mottagare av äldreomsorg i sin kommun (Gerda, 83 år, fysisk funktionsnedsättning, få sociala kontakter). De kunde välja mellan tre olika alternativa for-

Figur 15. Betalningsvilja för äldreomsorg i den danska befolkningen.

Källa: Amilon m.fl. (2020).

mer 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 kommun samt ökning av årlig skatt per hushåll och år. 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 tilläggstjänster. Betalningsviljan för detta alternativ var negativ, vilket innebär att respondenterna skulle behöva kompenseras för att ha oförändrad nytta vid denna nivå. Högst betalningsvilja gavs för social interaktion, följt av val av måltid, städning oftare och möjlighet att köpa tilläggstjänster (figur 15). 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 för möjligheten att köpa tilläggstjänster från kommunen. Högerorienterade respondenter gav däremot högst betalningsvilja till status quo följt av möjligheten att köpa tilläggstjänster

från kommunen, mer frekvent städning, val av måltider och sist social interaktion. Äldre respondenter hade en lägre betalningsvilja för social interaktion och för status quo. I övrigt påverkade individernas karaktäristika inte betalningsviljan i någon större utsträckning vilket kan bero på att scenariot utformades utifrån ett socialt perspektiv, det vill säga betalningsvilja för någon annan.

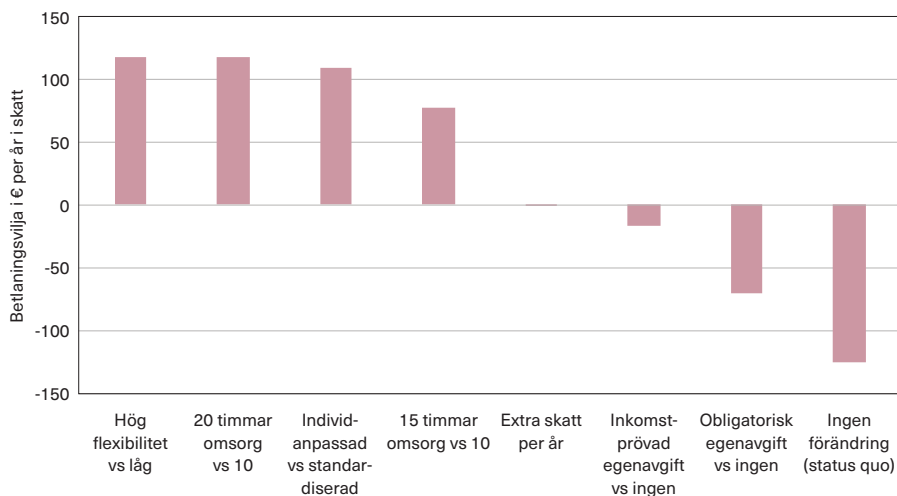
Walsh m.fl.(2020) undersökte preferenserna för äldreomsorg bland den vuxna befolkningen i Irland. I denna studie skulle respondenterna utgå från att de skulle välja mellan olika alternativa former av äldreomsorg för personer med demens. Till skillnad från studien i Danmark (Amilon m.fl. 2020) beskrevs ingen specifik typ av äldre person utan respondenterna fick en allmän beskrivning av vad demens innebär. I likhet med Amilon m.fl. (2020) fick respondenterna välja mellan nuvarande omsorgsnivå utan extra kostnad (status quo), vilket innefattade standardiserad kommunikation, låg flexibilitet, 10 timmars omsorg per vecka, ingen egenavgift för personen med demens och ingen ytterligare skatt per år. Liksom i Amilon m.fl. (2020) var betalningsviljan negativ för status quo, det vill säga respondenterna skulle behöva kompenseras för att kvarstå på samma nyttonivå. Högst var betalningsviljan för hög flexibilitet (figur 16), vilket innebär att omsorgen är personanpassad och direkt svarar mot behoven hos personen med demens till skillnad mot standardiserad omsorg där omsorgen i stor utsträckning är generell och personen med demens har lite inflytande i den omsorg de får. Hög flexibilitet var värt lika mycket som tio extra timmars omsorg. Därefter följde individanpassad kommunikation, det vill säga att personalen interagerar på ett individanpassat sätt med den dementa personen, följt av fem extra omsorgstimmar. En negativ betalningsvilja gavs för att införa extra skatt per år och egenavgift för personen med demens.

Tabell 4 sammanfattar studier som undersökt preferenser för sättet på vilket omsorg ges för de äldre. Ett resultat från denna genomgång är att det är av betydelse vilket perspektiv som används. Individer har olika preferens beroende på om de prioriterar för sig själv (personligt perspektiv) eller de prioriterar för andra (socialt perspektiv). Ett annat resultat är att personalkontinuitet betraktas som högt prioriterat i flera studier, inklusive en studie av befolkningen i Sverige.

Tabell 4. Studier som undersökt preferenser för hur omsorg ges, sammanfattning.

Referens	Metod	Perspektiv	Population	Resultat
Ryan m.fl. 2006	DCE	Personligt vikter	Befolkning, 60 år eller äldre (n = 357), UK	Personlig hygien viktigast. Säkerhet/trygghet minst viktigt.
Burge m.fl. 2010	DCE WTA	Personligt	Befolkning, 18 år +, UK	Rent och bekvämt hem viktigast. Meningsfull sysselsättning minst viktigt.
Nieboer m.fl. 2010	DCE WTP	Socialt	Befolkning, 50–65 år, Nederländerna	Variation beroende på typ av funktionsnedsättning och partner eller ej. Reguljär hjälp och färdtjänst viktigt vid alla situationer.
Gralén m.fl. 2015	Rang- ordning	Personligt	Befolkning 50–65 år, Sverige	Variation beroende på typ av funktionsnedsättning. Få omsorg av någon ur samma personalpool viktigt vid alla situationer.
Lehnert m.fl. 2018	DCE WTP	Personligt vignette	Befolkning, 45–64 år (n = 1209), Tyskland	Kvalitet centralt och mindre antal personal per månad.
Amilon m.fl. 2020	DCE WTP	Socialt vignette	Befolkning, 18–65 år (n = 2950), Danmark	Social interaktion viktigast, status quo negativ preferens. Politisk orientering påverkade.
Walsh m.fl. 2020	DCE WTP	Socialt (vignette – demens)	Befolkning, 18 år eller äldre, (n = 551), Irland	Hög flexibilitet (anpassning till individens behov) viktigast, status quo negativ preferens.

Figur 16. Betalningsvilja för egenskaper inom äldreomsorgen för personer med demens i den irländska befolkningen.



Källa: Walsh m.fl. (2020).

Preferens för välfärdsteknik

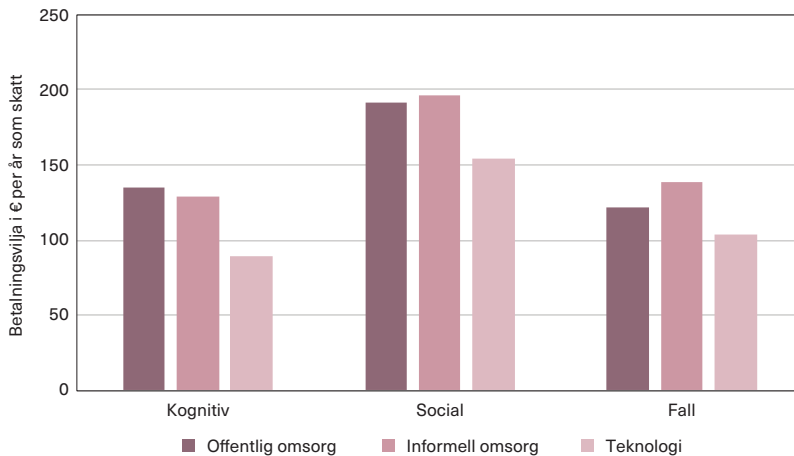
Det finns förhållandevis få studier om preferenser för tekniska lösningar inom äldreomsorg. De som finns pekar på att en majoritet av de tillfrågade är positivt inställda men att åsikterna går isär beroende på faktorer som inställning och erfarenhet av teknik.

Schulz m.fl. (2014) frågade ett representativt urval av befolkningen i USA i åldern 45–64 år och i åldern 65 år och äldre ($n = 114$) vad de kunde tänka sig att betala som mest för att få tillgång till teknik som skulle kunna hjälpa till med matlagning/diskning respektive personlig hygien. En tredjedel ville inte betala någonting. Bland dem som ville betala uppgick betalningsviljan till 45 dollar per månad för teknik för hjälp med personlig hygien och 40 dollar per månad för teknologi med hjälp vid matlagning/diskning. Betalningsviljan var högre bland dem som trodde att de hade ett större framtida behov av omsorg (Schulz m.fl. 2014).

Schulz m.fl. (2016) frågade ett representativt urval av informella omsorgsgivare till äldre i åldern 18–64 år vad de skulle vilja betala för teknik för att övervaka den äldre och teknik som både kunde övervaka och assistera den äldre. En femtedel ville inte betala någonting. Bland dem som ville betala uppgick betalningsviljan till 50 dollar per månad för övervakning och 70 dollar per månad för övervakning och assistans. Yngre omsorgsgivare, omsorgsgivare som tog hand om någon med Alzheimers sjukdom och omsorgsgivare med mer positiv attityd till teknik var villiga att betala mer (Schulz m.fl. 2016).

Callan och O'Shea (2015) undersökte preferenser för olika tekniker inom äldreomsorg bland ett representativt urval av befolkningen i Irland. Respondenterna delades upp i tre grupper som fick ange sin betalningsvilja i form av ökad skatt för en av följande tekniker: fall-övervakning, övervakning av kognitiv funktion och program för sociala kontakter. Varje grupp fick också ange sin betalningsvilja för att öka den offentliga omsorgen och för ett program med ökad utbetalning för att stödja informella omsorgsgivare i familjen. I två av grupperna var

Figur 17. Betalningsvilja för extra omsorg via offentlig omsorg, informell omsorg eller tekniskt hjälpmedel hos den irländska befolkningen.



Källa: Callan och O'Shea (2015).

Tabell 5. Sammanfattning av studier som undersökt preferenser för välfärdsteknologi.

Referens	Metod	Perspektiv	Population	Resultat
Schulz m.fl. 2014	CV	Personligt	Befolkning, 65 år eller äldre (n = 114), USA	1/3 hade ingen WTP Övriga 40–45 USD per månad.
Callan & O'Shea 2015	CV	Socialt inklusive personligt	Befolkning, 18 år eller äldre (n = 1 214), Irland	Mindre WTP för teknologi jämfört med offentlig eller informell omsorg. Lika hög WTP för offentlig omsorg och informell omsorg.

betalningsviljan högst för att öka informell omsorg, och i en av grupperna var betalningsviljan högst för att öka offentlig omsorg. Samtliga grupper hade lägst betalningsvilja för välfärdsteknik. Teknik för social kontakt gav högst betalningsvilja medan övervakning och kognitiva omsorgsbehov gav lägst betalningsvilja (figur 17).

Preferenser bland informella omsorgsgivare (närståendevårdare)

Undersökningar av de närståendes preferenser visar att kontexten har stor betydelse för hur betungande det anses vara att ge omsorg och hur stor betalningsvilja är för att minska denna börda.

För att förstå och kunna tolka resultaten av studierna är det viktigt att sätta in dem i sina sammanhang. Det gäller framför allt att se syftet med studien men också att beakta hälso- och sjukvårdssystemet och systemet för äldreomsorg som finns där studien har genomförts.

Gustavsson m.fl. (2010) genomförde en studie i fyra länder – Storbritannien, Spanien, Sverige och USA. Syftet var att skatta betalningsviljan för att minska behovet av informell vård till individer med Alzheimers sjukdom. Vid personliga möten intervjuades 517 närståendevårdare fördelade på fyra länder. Dessa ägnade i genomsnitt 7–9 timmar per dag åt att vårda sina anhöriga, varav cirka 1–2 timmar var basal ADL (till exempel personlig hygien, klä sig, tvätta sig, förflytta sig), omkring 3 timmar var instrumentell ADL (till exempel hantera ekonomi, hantera

läkemedel, förbereda mat, städa, tvätta) och resterande 3–4 timmar var övervakning. I Sverige var den som utförde vården och omsorgen oftast en nästan jämngammal familjemedlem. Framför allt i USA – och även i stor utsträckning i de övriga länderna – var den som utförde vården och omsorgen däremot en yngre anhörig. Detta avspeglas i betalningsviljan där skattningen av hur mycket närståendevårdarna i Storbritannien, Spanien och USA var beredda att betala för att minska sin arbetsbörda med en timme per dag låg i storleksordningen 100–150 dollar per månad (cirka 1 300–2 000 kronor). Skattningen för Sverige låg mycket lägre, runt 30–50 dollar (cirka 400–650 kronor). Det kan förmodligen förklaras av att vårdgivarnas betalningsförmåga skiljer sig åt och att omsorgen upplevs på ett annat sätt för nära anhöriga i samma ålder än för anhöriga i en annan generation. Tidskostnaden är också betydligt högre för en nära anhörig i arbetsför ålder, eftersom de kan behöva ta ledigt från jobbet eller gå ned i arbetstid för att sköta omsorgen. Det visade sig också att upplevelsen av att omsorgen ledde till finansiella problem var lägre i Sverige jämfört med de övriga länderna. I Sverige var betalningsviljan högre bland äldre närståendevårdare och närståendevårdare som bodde tillsammans med den som de gav omsorg till.

Övriga studier fokuserar på betalningsviljan för olika former av hjälp och avlastning för informella omsorgsgivare, till exempel en studie av betalningsviljan för äldreboende bland informella omsorgsgivare till äldre med demens i Taiwan där 37,5 procent skulle betala 50 procent eller mer av sin inkomst för tillgång till äldreboende (Chiu 1998). En annan studie undersökte preferenser för stöd i hemmet vid tidigt stadium av demens och fann att omsorgsgivarna framför allt värdesatte stöd

Tabell 6. Sammanfattning av studie som undersökt preferenser bland informella omsorgsgivare (närståendevårdare).

Referens	Metod	Perspektiv	Population	Resultat
Gustavsson m.fl. 2010	CV	Personligt	Närståendevårdare, Storbritannien, Spanien, Sverige och USA (n = 517)	Lägst WTP i Sverige för att minska närståendevård, ca 400–650 kr per månad.

från en professionell rådgivare i hemmet med att hantera personliga känslor och problem (Chester 2018). Vid senare stadier av demens fann en annan studie att regelbunden tillgång till avlastningsvård anpassad till närståendevårdarens behov var av störst värde (Kampellou 2019). Jukowitz m.fl. har i en rad studier undersökt värdet av olika stödprogram för omsorgsgivare till personer med demens (2010, 2019, 2021).

Sammanfattning

Vilka som tillfrågas och vems preferenser som skattas är en fråga av stor betydelse. För att belysa preferenser för äldreomsorg är det självfallet 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, till exempel kan datainsamlingen rikta sig till individer i 50–65-årsåldern. 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 önskade.

Några resultat från studierna förtjänar att lyftas fram. De kan också sättas i relation till en litteraturgenomgång av studier kring preferenser för äldreomsorg (Lehnert m.fl. 2019), som hade ett bredare syfte och inkluderade alla typer av studier kring åsikter och inte enbart studier baserade på val, samt en kortare uppföljning med litteratur till och med 2016.

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. Detta stämmer överens med slutsatsen i litteraturgenomgången av Lehnert m.fl. (2019) som konstaterade att äldreboende associerades med en förlust av frihet, självständighet, förlust av privatliv samt känslor av isolering, ensamhet och osäkerhet. 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. Preferensen för boende beror därför i hög grad på hur det alternativa boendet utformas och ifall det stödjer en större självständighet och kontroll över det egna livet.

Preferenser för välfärdsteknik har endast undersökts i begränsad omfattning. Men en tolkning är att sådan teknik kanske efterfrågas som ett sätt att förlänga hemmaboendet och öka möjligheterna till sociala kontakter, ge frihet att välja aktiviteter med mera.

Att samma person eller en mindre grupp personer genomgående levererar omsorgen tilldelas ett stort värde. Det gäller i flera länder, såsom Sverige, Nederländerna och Tyskland. Starka preferenser fanns också för att omsorgen ges på ett sätt så att den äldre får inflytande och kontroll över sitt dagliga liv. Bland annat fanns det starka 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. Även detta resultat stämmer överens med Lehnert m.fl. (2019) som fann att respondenterna värderar omsorg som underlättar och stödjer självständighet såsom färdtjänst, teknologiska innovationer som tillåter en att vara kvar i hemmet och möjligheten att själv välja och koordinera omsorgspersonal. Baserat på en genomgång av kvalitativa studier var också slutsatsen i Lehnert m.fl. (2019) att preferenser för äldreboende är kopplade till subjektivt upplevt tillgodosett behov för självständighet, självbestämmande, autonomi, kontroll, socialt deltagande, säkerhet, privatliv och värdighet.

Både denna studie och den tidigare litteraturgenomgången av Lehnert m.fl. (2019) visar att preferenserna för äldreomsorg är heterogena och beror på ens egen situation, som vilken funktionsnedsättning man har och var och med vem man bor som äldre. De kan också bero på attityd till olika former av äldreomsorg (till exempel att minska bördan

för anhöriga) och sociala normer (till exempel skillnad i informell omsorg mellan länder med mer kollektivistiska normer och länder med mer individualistiska normer). Att preferenserna styrs så mycket av den egna situationen, som kan variera stort både över tid och mellan olika individer, gör det svårt att både förutspå och generalisera preferenser. Generaliserbarheten för Sverige är högst för erfarenheter/resultat från studier i Danmark, Tyskland, England, Nederländerna och Irland och lägre från Vietnam. Den danska studien (Amilon m.fl. 2020) är intressant och inkluderar politisk orientering som ett sätt att förklara skilda preferenser för äldreomsorg som de som utformar omsorgen bör förstå.

För- och nackdelar med WTP för äldreomsorg

En fördel med betalningsviljemetoden är som nämns redan i början av detta kapitel att den är flexibel och tillåter en direkt värdering av olika former av organisering av äldreomsorg. Detta framgår tydligt i genomgången av litteraturen där det ingår värdering av allt ifrån boende till olika typer av välfärdsteknik. En ytterligare fördel med användning av så kallade hypotetiska scenarier är att det även går att härleda värdet av framtida former av äldreomsorg. Detta är särskilt användbart inom området för välfärdsteknik och möjligen även inom området för olika typer av boende.

Det är också en fördel att dessa studier kan riktas till hela befolkningen eller den äldre delen av befolkningen. Detta innebär att preferenser söks bland dem som kommer att vara i behov av äldreomsorg i framtiden, vilket är en fördel eftersom omorganiseringen framför allt kommer att påverka dessa individer. Det innebär också att man undviker problemet att många mottagare inom äldreomsorgen kan ha svårt att svara på undersökningar om livskvalitet och betalningsvilja.

En nackdel är att betalningsviljemetoden inte är lika standardiserad som QALY-metodiken och att det därför finns ett behov att bedöma varje enskild studies validitet. Hur man frågar (till exempel för vem man betalar, hur man ska betala) och vad man frågar om (till exempel vilka egenskaper som inkluderas) kan påverka resultatet. Detta gäller även i viss mån QALY-metodiken, men fördelen med den indirekta härledningen är att en studie som validerats används som grund för all härledning av livskvalitet.

Det kan också uppstå tolkningssvårigheter kring resultatet av betalningsviljestudier. Betalningsviljan som anges av en mottagare av äldreomsorg eller en närståendevårdare som svarar för en faktisk pågående situation kan inte tolkas på samma sätt som betalningsviljan som anges av en person i befolkningen som svarar för ett framtida hypotetiskt scenario. I det förra fallet får betalningsförmågan ett stort inflytande på värderingen. I det senare fallet kan det finnas en svårighet att bedöma det framtida behovet av äldreomsorg.

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 den förhållandevis omfattande litteraturen om båda metoderna. Ett annat viktigt skäl är att de svarar på delvis olika frågor, vilket innebär att det sannolikt finns en framtid för dem båda.

5. Diskussion och slutsatser

INOM ÄLDREOMSorgen HAR marknaden prismekanismer som ger information om vad individer värderar satts ur spel, bland annat på grund av jämlikhetsanspråk och asymmetrisk information. Det betyder att det inom äldreomsorgen finns ett behov av metoder för att kunna förstå och inkludera individernas preferenser för de varor och tjänster som ingår i äldreomsorgen. Detta är särskilt angeläget, eftersom äldreomsorgen ofta kan bli föremål för kostnadsbesparande åtgärder till följd av att den konkurrerar med andra områden inom kommunens begränsade budget, saknar möjlighet till större produktivitetsutveckling samt kan öka i omfattning när befolkningen åldras. Syftet med denna forskningsrapport har varit att diskutera hur en modell kan utvecklas för att kartlägga individers preferenser för äldreomsorg för att på så sätt förstå vad som ger mest värde. Det finns i princip två huvudsakliga angreppssätt för att ersätta bristande marknadskontakt. Det ena är att utnyttja marknaden genom att konstruera alternativa sätt att betala för varorna och tjänsterna, till exempel med hjälp av försäkringar. Det sker genom att man låter individer välja mellan försäkringar med olika innehåll. Det andra sättet är att förlita sig på de metoder som används i ekonomiska utvärderingar: kostnadseffektivitetsanalyser och kostnadsnyttoanalyser. Det är de metoder som används i Sverige bland myndigheter (till exempel TLV) och organisationer (till exempel NT-rådet¹⁵) för att kartlägga värde. Detta kan ske genom att man försöker skatta antalet kvalitetsjusterade levnadsår (QALYS) för att göra det möjligt att härleda kostnadseffektiviteten av en viss åtgärd, en modell som har blivit standard inom sjukvårdsområdet och används

15. Fattar beslut om vilka klinikläkemedel som ska rekommenderas.

av TLV, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Alternativet är att kartlägga betalningsviljan (WTP) för de fördelar som åtgärden medför, en modell som framför allt används av Trafikverket men som spridit sig till andra områden, till exempel miljöområdet, och idag även används av Naturvårdsverket.

För närvarande saknas en etablerad metod för att kartlägga värdet av åtgärder inom äldreomsorg. Vilken av de existerande modellerna som är att föredra är också oklart. I denna rapport redogörs för exempel på studier som försökt kartlägga värdet med respektive metod och både möjligheter och problem har identifierats.

Under det senaste decenniet har det lanserats två nya instrument specifikt anpassade för att kunna ta fram kvalitetsjusterade levnadsår inom äldreomsorgen: ASCOT och ICECAP-O. Båda instrumenten har visat sig ha god reliabilitet och validitet. De finns nu översatta till flera språk och har börjat användas i flera länder. De fokuserar inte på funktioner och hälsa som det traditionella instrumentet för hälsoekonomi, EQ-5D. I stället fokuserar de på värdeattribut specifikt kopplade till äldreomsorg framtagna i kvalitativa studier bland äldre och personer inom äldreomsorgen, som till exempel kontroll och oberoende, sociala relationer, god mat och dryck, säkerhet, rent och tryggt hem. Preferensbaserade vikter är framtagna för båda instrumenten, vilket innebär att de kan användas för att skatta antalet kvalitetsjusterade levnadsår (QALYS).

Dessa QALYS är dock av en annan karaktär än dem som vi är vana vid från sjukvården. QALYS inom sjukvården är hälsorelaterade och inte så breda och allomfattande som de QALYS som avser äldreomsorgen. De attribut som ingår i QALYS för äldreomsorg innehåller aspekter som går långt utanför hälsan, exempelvis värdet av ett rent och snyggt hem, värdet av kontroll och oberoende, värdet av god mat och dryck. I både ASCOT och ICECAP-O får avsaknad av kontroll och oberoende den lägsta livskvaliteten, och att ha så mycket kontroll och oberoende som man önskar får högst livskvalitetsvikt i ASCOT och näst högst i ICECAP-O. Studier visar att det finns hög korrelation mellan instrumenten och att de mäter ungefär liknande aspekter. Det finns dock några skillnader. Värdet av god mat och dryck ingår endast i ASCOT. Medan ICECAP-O fokuserar på hur väl den äldre är kapabel att uppnå ett visst attribut så fokuserar ASCOT på hur väl behoven tillgodoses inom ett visst attribut och skiljer på om behoven tillgodoses och om de

tillgodoses som man vill. De preferensbaserade vikterna i ASCOT kan också omvandlas till den skala som används för EQ-5D och är rekommenderade av NICE för ekonomiska utvärderingar inom äldreomsorg.

Det bör dock nämnas att dessa instrument är förhållandevis nya och att det kvarstår en hel del forskning innan det kan fastställas att de är ett bra alternativ för att mäta värdet av äldreomsorg. Ett grundläggande problem är att de inte fångar alla aspekter av hälsa och därför ska ses som ett komplement till EQ-5D och inte ett substitut. Detta kan vara problematiskt eftersom omsorgen och hälso- och sjukvården är alltmer integrerade sektorer och det därför finns behov av att mäta livskvalitetsförändringar av åtgärder som påverkar båda områden samtidigt. Det går dock inte utan vidare att kombinera EQ-5D med ASCOT eller ICECAP-O eftersom de i vissa delar överlappar varandra och mäter livskvalitet på delvis olika skalor (dock finns numera en möjlighet att översätta/»mappa« ASCOT till EQ-5D). Det är också fortfarande oklart hur väl ASCOT och ICECAP-O kan fånga förändringar i livskvalitet i samband med en åtgärd inom äldreomsorgen. Hittills har få undersökningar gjorts med det syftet. Slutligen är det också delvis problematiskt att använda preferensbaserade livskvalitetsvikter som tagits fram i ett annat land, eftersom vad som anses särskilt viktigt kan skilja sig åt mellan kulturer och länder samt även påverkas av att äldreomsorgen är olika omfattande. Därför behövs sannolikt svenska, preferensbaserade livskvalitetsvikter tas fram för dessa mått innan de börjar användas i större utsträckning.

Detta forskningsområde är högst aktivt och nyligen har ett instrument lanserats i Nederländerna som inkluderar hälsa som egna dimensioner (WOOP) (Himmler m.fl. 2022). Förslag till en ny typ av EQ-5D för social omsorg har också nyligen presenterats (EQ Health and Well-being, EQ-HWB) i *Value in Health* (Brazier m.fl. 2022) och i Sverige pågår forskning om ett liknande mått (CALY) (Meili m.fl. 2022b).

Det andra sättet att kartlägga värde, betalningsvilja, har använts en hel del inom äldreomsorgen. Syftet har framför allt varit att undersöka vilka aspekter eller attribut som har högst värde. De attribut som undersöks påminner en hel del om de attribut som ingår i ASCOT och ICECAP-O, till exempel mat och dryck, social interaktion samt kontroll och oberoende. Dock ingick även attribut specifikt kopplade till äldreomsorgen, såsom antal hemtjänsttimmar och antal personer som ger hjälp. Valmöjlighet (exempelvis att välja mat och dryck, vem som

ska sköta omsorgen, tillägg av tjänster) och inflytande (exempelvis att ha kontakt med den som koordinerar vård, få en individanpassad omsorg) var aspekter som återkom i flera studier. Betalningsviljestudier har också använts för att kartlägga värdet bland närståendevårdare av att minska den informella omsorgen. Detta värde visade sig vara högst kontextspecifikt och var högre i länder där det framför allt är barnen som ger omsorg och lägre i länder där det framför allt är partnern som ger omsorg (till exempel Sverige).

Den övergripande slutsatsen från genomgången är att valmöjligheter, kontroll, självständighet och oberoende är centrala delar som styr vad äldre tycker är viktigt. Detta framkommer i studier både av livskvalitetsvikter och av betalningsvilja. Hur det förhåller sig med dessa aspekter i den nuvarande äldreomsorgen i Sverige är delvis oklart. En studie visar dock att bland dem som bor i särskilt boende är autonomi och kontroll den dimension där de anser sig ha lägst livskvalitet. Andra indikationer på diskrepans mellan nuvarande utbud av äldreomsorg och individers preferenser är bland annat boendet, där en stor andel skulle vilja flytta till ett anpassat boende med omsorgspersonal redan vid lindrig funktionsnedsättning. Det ger också visst stöd för den boendeform som från och med 2018 kan införas av kommunerna, så kallat biståndsbedömt trygghetsboende. Ett annat område är möjligheten att få hjälp av en mindre grupp reguljär personal, vilket inte gäller för närvarande i de flesta kommuner. Dessa diskrepanser betyder inte att äldreomsorgen ska ändras helt i enlighet med människors preferenser, eftersom hänsyn också måste tas till eventuella merkostnader för en viss typ av omorganisering. De ger dock information om vad människor tycker är viktigt och kan på så sätt ge ledning och säkerställa att dessa aspekter beaktas.

Betalningsviljestudier har fördelen att de inte är låsta till de attribut som definierats och som ingår i livskvalitetsindexen. De ger oss större frihet att undersöka värderingen av sådant som kan vara relevant men som inte anses kunna ingå i det som bör subventioneras via skatter eller andra kollektiva lösningar.

En utmaning med att använda betalningsviljestudier är vems preferenser som ska styra. Är det de äldre som använder äldreomsorg, de närstående som sköter omsorg om äldre, äldre i befolkningen eller hela den vuxna befolkningen? Även om de som använder äldreomsorg kan antas ha bäst kännedom om tillståndet och behoven så kan en del av

denna grupp ha svårt att besvara frågor om betalningsvilja (till följd av exempelvis demens)¹⁶ och de kan ha en låg betalningsförmåga, vilket skulle ge ett förhållandevis lågt värde. Närstående som sköter omsorg om äldre har också god kännedom om tillstånd och behov men har i vissa fall också en låg betalningsförmåga (till exempel partner som är pensionär). Äldre i befolkningen har en viss insikt i vilket tillstånd och behov de kan komma att hamna i och har generellt en bättre betalningsförmåga. En del studier riktar sig därför till den grupp som både är skattebetalare och som kan ha börjat planera för sin ålderdom (exempelvis personer i befolkningen över 50–65 år). Det är i det här sammanhanget också viktigt att påpeka att det inte bara är användare av äldreomsorg som sätter ett värde på äldreomsorg. Flera studier som redogörs för i denna rapport visar tydligt på att även de som inte använder äldreomsorg ändå värderar denna, både för att de bryr sig om att andra har tillgång till äldreomsorg och för att de i framtiden vet att de kan få behov av äldreomsorg. Värdet av äldreomsorg kan därför underskattas om det undersöks endast från perspektivet av dem som är mottagare av omsorg.

Preferensbaserade livskvalitetsvikter för ACOT och ICECAP-O är framtagna i befolkningen i Storbritannien. Vid framtagande av vikter för ASCOT konstaterades att det fanns få skillnader mellan användare av äldreomsorg och befolkningen och det ansågs därför rimligt och mer praktiskt att fråga befolkningen. Jämförelsen skedde dock med en grupp användare av äldreomsorg som förmodligen skulle betraktas ha mildare typer av funktionsnedsättning än den genomsnittliga person som får äldreomsorg och det är oklart hur väl befolkningens preferenser stämmer med ett representativt urval av dem som idag har äldreomsorg. Frågeformulären för ASCOT och ICECAP-O fylls i av de äldre själva och det har fungerat väl. För personer med demens behöver dock en närstående eller omsorgsgivare göra detta (en så kallad proxy). En studie i litteraturgenomgången visade att detta fungerade bra men att omsorgsgivarens kön och tid i yrket påverkade svaren.

Vår slutsats är att det finns två huvudsakliga angreppssätt för att skatta värdet av äldreomsorg. Det ena är individers egna val via äldre-

16. Det kan i detta sammanhang nämnas att det i Socialstyrelsens årliga enkätundersökning var 59 procent som svarade själva bland dem som hade hemtjänst och endast 18 procent som svarade själva bland dem som hade äldreboende.

omsorgsförsäkringar. Det andra är via enskilda individers preferenser som kan ingå i ekonomiska utvärderingar som kostnadseffektanalyser och/eller kostnadsnyttoanalyser. En hel del forskning kvarstår dock innan det går att rekommendera ett angreppssätt framför ett annat. Frågor som behöver besvaras är hur ett heltäckande mått på livskvalitet ska kunna utformas och användas, vems preferenser som ska undersökas och hur väl dessa mått fångar förändringar i livskvalitet och välbefinnande vid olika insatser och åtgärder inom äldreomsorg (och hälso- och sjukvård).

Studier med dessa metoder kan dock visa vilka attribut eller egenskaper inom äldreomsorg som är särskilt viktiga. En sådan faktor som framkommer i både studier av livskvalitet och studier av betalningsvilja är kontroll/oberoende/valfrihet/inflytande. Detta är också faktorer som är viktiga i den svenska regeringens målsättning för äldreomsorgen.

Vi kan konstatera att det finns mycket få studier av livskvalitet och betalningsvilja bland äldre i Sverige, och eftersom preferenser för äldreomsorg skiljer sig mellan länder är det viktigt att undersöka svenska förhållanden. Även om det är för tidigt att bedöma om de metoder som redogjorts för här fungerar väl för att skatta värdet av åtgärder inom äldreomsorg finns det skäl att utgå ifrån att de fungerar bra för att ta reda på vilka aspekter och attribut som är särskilt viktiga. Dessutom kan instrumenten användas för att beskriva livskvaliteten i olika grupper och skapa jämförelse mellan exempelvis olika kommuner och regioner.

Trots att både ASCOT och ICECAP-O togs fram med syfte att användas i ekonomiska utvärderingar finns det fortfarande få studier som använt instrumenten för detta ändamål. Det kan bero på att de är förhållandevis nya (omkring ett decennium gamla) och på att det kvarstår en del forskningsfrågor kring hur de ska tillämpas inom ramen för en ekonomisk utvärdering. En ytterligare förklaring är att det inte är lika vanligt att göra ekonomiska utvärderingar av organisationsfrågor som av produkter. Äldreomsorgens frågeställningar avser ofta frågor om olika typer av organisation, till exempel om den äldre ska få hjälp av reguljär omsorgspersonal eller varierande.

Ekonomiska utvärderingar har fått en ganska vidsträckt användning inom läkemedelsområdet där en statlig myndighet fattar beslut om vad som ska subventioneras och där klinisk evidens tas fram för att uppfylla regulatoriska krav. Ett annat sådant område är trafiken där en statlig

myndighet, Trafikverket, fattar beslut om vilka vägar som ska byggas. I dessa situationer är det angeläget med underlag som visar individens preferenser.

Inom tandvårdsområdet har det inte skett en liknande utveckling av ekonomiska utvärderingar, vilket delvis beror på att patienten här har en viss valfrihet och kan uttrycka sin preferens genom att välja till/bort vissa åtgärder. Liknande tank präglade tidigare hjälpmedelsområdet, det vill säga det fanns en möjlighet att betala extra för att få det hjälpmedel man ville ha. Men i takt med minskade möjligheter att själv välja att betala för att få extra bra hjälpmedel har behovet av ekonomiska utvärderingar växt även här.

Äldreomsorgen i Sverige kan sägas befinna sig i ett gränsland mellan ett område där den offentliga finansieringen är omfattande (likt sjukvård och trafik) och ett område där individens egen finansiering är stor (likt tandvård och tidigare hjälpmedel). Det finns till exempel möjlighet för individer att privat köpa en del av de tjänster som traditionellt ingår inom omsorgen, till exempel städtjänster med RUT-avdrag, och en del av omsorgen ges fortfarande av närstående. Dessutom utmärks äldreomsorgen av organisatoriska åtgärder (till exempel var äldre ska bo, vilken personal som ska ge omsorg, hur personal ska ge omsorg), vilka kan förväntas vara svårare att utvärdera jämfört med ett specifikt läkemedel eller hjälpmedel. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, har konstaterat att det finns kunskapsluckor inom de flesta områden i äldreomsorgen (SBU 2019). Möjligen beror detta på att äldreomsorgen till sin natur inte i samma utsträckning är lämpad för ekonomisk utvärdering och att den bristande marknadskontakten inom äldreomsorgen får ersättas på annat sätt, till exempel via en försäkring som i Tyskland.

Det finns dock all anledning att fortsätta undersöka preferenserna för äldreomsorg i Sverige, vad som är av särskilt stor vikt för de äldre och hur väl detta uppfylls i nuvarande former för äldreomsorg. Om det föreligger en stor diskrepans bör det föranleda ytterligare undersökningar om vägar för att stärka inflytandet av de äldres preferenser, till exempel via ekonomiska utvärderingar eller via någon typ av försäkringsbaserat system. Vilket system som väljs har dock även betydelse för fördelningsprofilen, något som givetvis också är en central faktor att beakta. Vidare diskussion om detta ryms inte inom ramen för denna rapport. Däremot kan vi konstatera att äldreomsorgens finansiering

diskuteras både i Sverige och utomlands (Andersson 2014; Blomberg & Petersson 2017; Edebalk 2018; Kruse 2018; Merlis 2004; Plesner 2020; Sanandaji 2013; Wittenberg m.fl. 2002; Örtengren 2020).

Syftet med denna rapport har varit att diskutera individernas preferenser, det vill säga hur man ska förstå hur »efterfrågesidan»¹⁷ ser ut. Ett av äldreomsorgens problem ligger även på kostnadssidan eller »utbudssidan«. Verksamheten är personalintensiv och får därigenom problem med kostnadsutvecklingen. Det finns små möjligheter till samma produktivitsutveckling som i näringslivet. För att behålla personal eller attrahera ny personal måste lönerna öka som i näringslivet utan möjlighet till samma produktivitsökning, vilket medför kostnadsökningar i äldreomsorgen utöver inflationen (Lindmark & Andersson 2018). Ett ytterligare problem med äldreomsorgen är att den lyder under socialtjänstlagen som inte är tvingande, det vill säga inte någon rättighetslagstiftning (Carbell & Josefsson 2016; Örtengren 2020). Det blir därför en fråga för kommunpolitikerna att bestämma över resurser och utformning, och det finns en risk att äldreomsorgen står sig svagt i konkurrens med områden med en starkare rättighetslagstiftning.

Båda dessa faktorer leder till att det finns en risk att äldreomsorgen får mindre och mindre resurser (Plesner 2020; Sanandaji 2013). Det centrala problemet på efterfrågesidan handlar då inte i första hand om hur man ska tillfredsställa brister i de äldres efterfrågan utan snarare om hur man med krympande resurser ska kunna bibehålla de mest åtråvärda dimensionerna. Utan goda kunskaper om vad äldre prioriterar och anser är viktigt finns en risk att besparingar sker över hela omsorgen (med den så kallade osthyveln) och att centrala egenskaper inom äldreomsorgen med stort värde för de äldre försvinner.

17. Med efterfrågan syftar vi här på att vi söker individers preferenser via hypotetiska uppooffringar mellan äldreomsorg och pengar (betalningsvilja) eller livslängd (TTO). Vi syftar inte på den reella efterfrågan i meningen av vad individer vill och kan betala.

Rekommendationer

Utifrån vår genomgång landar vi i ett antal rekommendationer för att skapa bättre förutsättningar för att kartlägga värdet av äldreomsorg.

UNDERSÖK NULÄGET INOM ÄLDREOMSORGEN – HUR VÄL UPPNÅR MOTTAGARE AV ÄLDREOMSORG I SVERIGE DE ASPEKTER SOM ÄR AV STÖRST VIKT?

Det finns få studier av livskvalitet bland mottagare av äldreomsorg i Sverige och de studier som finns indikerar brister i autonomi och kontroll, vilket samtidigt har visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för livskvaliteten. Det finns idag två frågeformulär specifikt framtagna för äldreomsorg som kan användas för att generera ett preferensbaserat index. De har fått relativt stor spridning och accepteras idag av myndigheter i Storbritannien och Nederländerna. Det kan vara av intresse att använda dessa formulär i Sverige för att undersöka livskvaliteten bland dem som får äldreomsorg. En möjlighet är att lägga in de nya frågeformulär som finns för att mäta livskvalitet bland personer med äldreomsorg som en del av Socialstyrelsens årliga nationella enkätundersökning bland mottagare av äldreomsorg.

UNDERSÖK ALTERNATIVA VÄGAR FÖR ATT STÄRKA HÄNSYNSTAGANDE TILL INDIVIDERS PREFERENSER INOM ÄLDREOMSORG

En metod skulle kunna vara att modifiera utbudet av äldreomsorg efter vad som framkommer i preferensstudier, vilket kan innebära att man ligger rätt för en del idag medan andra kanske ska få förändrat utbud. En annan är att låta individer i förväg välja bland några färdiga paketlösningar som är offentligt finansierade. En tredje metod är att äldre med behov av äldreomsorg får en kontant utbetalning som låter dem köpa den typ av omsorg de vill ha, det vill säga en helt fri marknadslösning utifrån offentlig finansiering (likt försäkringssystemet i Tyskland). Ytterligare vägar är att låta individer toppa upp sin service efter betalningsvilja/betalningsförmåga. Detta är möjligt idag inom tandvård, sjukvård och hjälpmedel i varierande omfattning. Det bör dock beaktas att dessa olika vägar också har olika fördelningsprofil.

Ett underlag för att bedöma vilken väg framåt som är att föredra skulle bland annat kunna baseras på en analys av tillämpningar av olika system i andra länder och genom intervjuer med intressenter inom äldreomsorgen i Sverige.

UNDERSÖK PREFERENSER FÖR OLIKA EGENSKAPER INOM ÄLDREOMSORG I EN SVENSK KONTEXT

Livskvalitetsvikter (*value set*) för ASCOT och ICECAP-O har tagits fram i Storbritannien och ytterligare några länder. Eftersom preferenser för egenskaper inom äldreomsorg kan antas skilja sig åt mellan länder kan det vara av intresse att ta fram livskvalitetsvikter även i Sverige för dessa eller andra relevanta instrument (till exempel WOOP och EQ-HWB). Detta innebär att man gör en studie med preferensbaserad metod bland ett representativt urval av (äldre i) befolkningen. En nackdel med ASCOT och ICECAP-O är att de inte täcker in allt som ingår i EQ-5D, det vill säga samtliga aspekter av fysisk hälsa. En ytterligare nackdel är att de inte inkluderar aspekter kopplade specifikt till olika typer av organisering av äldreomsorg (till exempel vem som ger vård, hur vården ges och så vidare). Ett alternativ till att ta fram vikter för ASCOT eller ICECAP-O är därför att undersöka (monetära) preferenser genom att studera betalningsvilja för att kunna skräddarsy vad som ska ingå i undersökningen. Det är särskilt angeläget att undersöka preferenser inom området för välfärdsteknik eftersom det kan antas växa och sannolikt kommer att utgöra en större del av framtidens äldreomsorg. Utan kunskap om vad individer värderar finns en risk att organiseringen sker till kostnad av minskat välbefinnande.

Referenser

- Amilon, A., Ladenburg, J., Siren, A. & Vernström Östergaard, S. (2020). Willingness to pay for long-term home care services: Evidence from a stated preferences analysis. *The Journal of the Economics of Ageing* 17, 100238.
- Andersson, D. (2014). Hur finansiera vård och omsorg för äldre. *Arena idé*.
- Batchelder, L., Malley, J., Burge, P., Lu, H., Saloniki, E. C., Linnosmaa, I., Trukeschitz, B. & Forder, J. (2019). Carer Social Care-Related Quality of Life Outcomes: Estimating English Preference Weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers. *Value in Health*, 22(12), s. 1427–1440.
- Blomberg, S. & Petersson, J. (2017). Konkurrensutsatt äldreomsorg – utmaningar och dilemman. *Research Reports in Social Work*, Socialhögskolan, Lunds universitet, 5.
- Brazier, J. m.fl. (2022). The EQ-HWB: Overview of the Development of a Measure of Health and Wellbeing and Key Results. *Value in Health*, 25(4), s. 482–491.
- Brooks, R. G., Jendteg, S., Lindgren, B., Persson, U. & Bjork, S. (1991). EuroQol: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health Policy*, 18(1), s. 37–48.
- Bulamu, N. B., Kaambwa, B. & Ratcliffe, J. (2015). A systematic review of instruments for measuring outcomes in economic evaluation within aged care. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, s. 179.
- Burge, P., Netten, A. & Gallo, F. (2010). Estimating the value of social care. *Journal of Health Economics*, 29(6), s. 883–894.
- Burstrom, K., Sun, S., Gerdtham, U. G., Henriksson, M., Johannesson, M., Levin, L. A. & Zethraeus, N. (2014). Swedish

- experience-based value sets for EQ-5D health states. *Quality of Life Research*, 23(2), s. 431–442.
- Burstrom, K., Teni, F. S., Gerdtham, U. G., Leidl, R., Helgesson, G., Rolfson, O. & Henriksson, M. (2020). Experience-Based Swedish TTO and VAS Value Sets for EQ-5D-5L Health States. *Pharmacoeconomics*.
- Callan, A. & O'Shea, E. (2015). Willingness to pay for telecare programmes to support independent living: results from a contingent valuation study. *Social Science & Medicine*, 124, s. 94–102.
- CALY Goda År-enkäten https://caly.se/docs/questionnaire_v5.pdf.
- Carbell, C. & Josefsson, L. (2016). *Vi behöver en lag som ger äldre rättigheter*. <https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/alldreomsorg/vi-behoover-en-lag-som-ger-alldre-rattigheter/>.
- Chester, H., Clarkson, P., Davies, L., Sutcliffe, C., Davies, S., Feast, A. m.fl. (2018). People with dementia and carer preferences for home support services in early-stage dementia. *Aging & Mental Health*, 22(2), s. 270–279.
- Chiu, L., Tang, K.Y., Liu, Y.H., Shyu, W.C. & Chang, T.P. (1998) Willingness of families caring for victims of dementia to pay for nursing home care: results of a pilot study in Taiwan. *Journal of Management in Medicine*, 12(6), s. 349–360.
- Coast, J., Flynn, T. N., Natarajan, L., Sproston, K., Lewis, J., Louviere, J. J. & Peters, T. J. (2008). Valuing the ICECAP capability index for older people. *Social Science & Medicine*, 67(5), s. 874–882.
- Couzner, L., Ratcliffe, J. & Crotty, M. (2012). The relationship between quality of life, health and care transition: an empirical comparison in an older post-acute population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, s. 69.
- Davis, J. C., Liu-Ambrose, T., Richardson, C. G. & Bryan, S. (2013). A comparison of the ICECAP-O with EQ-5D in a falls prevention clinical setting: are they complements or substitutes? *Quality of Life Research*, 22(5), s. 969–977.
- De Wit, G. A., Busschbach, J. J. & De Charro, F. T. (2000). Sensitivity and perspective in the valuation of health status: whose values count? *Health Economics*, 9(2), s. 109–126.

- Dolan, P., Gudex, C., Kind, P. & Williams, A. (1995). A Social tariff for EuroQol: Results from a UK General Population Survey. *Centre for health economics, University of York, Discussion Paper* 138.
- Edebalk, P. (2018). Äldreomsorgsförsäkring – ett svårfångat alternativ. Några nedslag i den svenska debatten. *Research Reports in Social Work*, Socialhögskolan, Lunds universitet 2018(6).
- Ekonomifakta (2022). *Kommunernas kostnader och intäkter*. <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Offentlig-ekonomi/kommunal-ekonomi/kommunernas-kostnader-kostnader-och-intakter/?graph=/25317/all/all/>.
- EuroQol Group (1990). EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), s. 199–208.
- Gralén, K., Andersson, E., Steen Carlsson, K. & Olofsson, S. (2015). Befolkningens värdering av alternativa former för äldreomsorg – en studie av betalningsvilja. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys PM* 2015:2.
- Guo, J., Konetzka, R. T., Magett, E. & Dale, W. (2015). Quantifying long-term care preferences. *Medical Decision Making*, 35(1), s. 106–113.
- Gustavsson, A., Jonsson, L., McShane, R., Boada, M., Wimo, A. & Zbrozek, A. S. (2010). Willingness-to-pay for reductions in care need: estimating the value of informal care in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(6), s. 622–632.
- Hackert, M. Q. N., Exel, J. V. & Brouwer, W. B. F. (2017). Valid Outcome Measures in Care for Older People: Comparing the ASCOT and the ICECAP-O. *Value in Health*, 20(7), s. 936–944.
- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H. H. (2017). Factors associated with preferences for long-term care settings in old age: evidence from a population-based survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 17(1), s. 156.
- Helter, T. M., Coast, J., Laszewska, A., Stamm, T. & Simon, J. (2020). Capability instruments in economic evaluations of health-related interventions: a comparative review of the literature. *Quality of Life Research*, 29(6), s. 1433–1464.
- Himmler, S., Jonker, M., van Krugten, F., Hackert, M., van Exel, J. & Brouwer, W. (2022). Estimating an anchored utility tariff

- for the well-being of older people measure (WOOP) for the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 301, s. 114901.
- Hörder, H., Gustafsson, S., Rydberg, T., Skoog, I. & Waern, M. (2016). A Cross-Cultural Adaptation of the ICECAP-O: Test-Retest Reliability and Item Relevance in Swedish 70-Year-Olds. *Societies*, 6(30).
- Jutkowitz, E. m.fl. (2019). Dementia Family Caregivers' Willingness to Pay for an In-home Program to Reduce Behavioral Symptoms and Caregiver Stress. *Pharmacoeconomics*, 37(4): s. 563–572.
- Jutkowitz, E. m.fl. (2021) A longitudinal evaluation of family caregivers' willingness to pay for an in-home nonpharmacologic intervention for people living with dementia: results from a randomized trial. *International Psychogeriatrics*, 33(4), s. 419–428.
- Jutkowitz, E., Gitlin, L.N. & Pizzi, L.T. (2010). Evaluating willingness-to-pay thresholds for dementia caregiving interventions: application to the tailored activity program. *Value Health*, 13(6), s. 720–725.
- Kaambwa, B., Gill, L., McCaffrey, N., Lancsar, E., Cameron, I. D., Crotty, M., Gray, L. & Ratcliffe, J. (2015). An empirical comparison of the OPQoL-Brief, EQ-5D-3 L and ASCOT in a community dwelling population of older people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, s. 164.
- Kampanellou, E., Chester, H., Davies, L., Davies, S., Giebel, C., Hughes, J. m.fl. (2019). Carer preferences for home support services in later stage dementia. *Aging & Mental Health*, 23(1), s. 60–68.
- Karlsson, M., Mayhew, L. & Rickayzen, B. (2007). Long term care financing in four OECD countries: fiscal burden and distributive effects. *Health Policy*, 80(1), s. 107–134.
- Kinghorn, P. & Afentou, N. (2021). Eliciting a monetary threshold for a year of sufficient capability to inform resource allocation decisions in public health and social care. *Social Science & Medicine*, 279, 113977.
- Kolada (2022). *Kolada – jämföraren*. https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?_p=jamforelse&focus=2328&tab_id=74606.

- Kruse, A. (2018). Stor variation i äldreomsorgen och dess utmaningar i Europa. *Ekonomisk debatt* 46(2), s. 72–76.
- van Leeuwen, K. M., Bosmans, J. E., Jansen, A. P., Hoogendijk, E. O., van Tulder, M. W., van der Horst, H. E. & Ostelo, R. W. (2015). Comparing measurement properties of the EQ-5D-3L, ICECAP-O, and ASCOT in frail older adults. *Value in Health*, 18(1), s. 35–43.
- Lehnert, T., Gunther, O. H., Hajek, A., Riedel-Heller, S. G. & König, H. H. (2018). Preferences for home- and community-based long-term care services in Germany: a discrete choice experiment. *The European Journal of Health Economics*, 19(9), s. 1213–1223.
- Lehnert, T., Heuchert, M., Hussain, K. & König, H. (2019). Stated preferences for long-term care: a literature review. *Ageing & Society*, 39, s. 1873–1913.
- Lindholm, L., Ekman, B., Feldman, I., Hagberg, L., Hurtig, A. K. & Månsdotter, A. (2017). Mät livskvalitet i handlingsfrihet. *Dagens samhälle*, 27 januari 2017.
- Lindholm, L., Ivarsson, A., Löfgren, C., Meili, K. W., Nygren, L., Pulkki-Brännström, A. & Sahlén, K. (2018). Forskare: Mät välfärdens kvalitet i antalet »goda år«! *Dagens samhälle*, 14 september 2018.
- Lindmark, M. & Andersson, L. (2018). Välfärden, skatterna, Baumoleffekten och högerpopulismens framväxt. *Ekonomisk debatt*, 46(7), s. 33–44.
- Makai, P., Beckebans, F., van Exel, J. & Brouwer, W. B. (2014). Quality of life of nursing home residents with dementia: validation of the German version of the ICECAP-O. *PLoS One*, 9(3), s. e92016.
- Makai, P., Koopmanschap, M. A., Brouwer, W. B. & Nieboer, A. A. (2013). A validation of the ICECAP-O in a population of post-hospitalized older people in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, s. 57.
- Malley, J. N., Towers, A. M., Netten, A. P., Brazier, J. E., Forder, J. E. & Flynn, T. (2012). An assessment of the construct validity of the ASCOT measure of social care-related quality of life with older people. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, s. 21.
- Mansdotter, A., Ekman, B., Meili, K. W., Feldman, I., Hagberg, L., Hurtig, A. K. & Lindholm, L. (2020). Towards capability-

- adjusted life years in public health and social welfare: Results from a Swedish survey on ranking capabilities. *PLoS One*, 15(12), s. e0242699.
- Meili, K. W. (2017). In pursuit of Weights For CALY. Exploring Methods for Measuring And Calculating Capability Adjusted Life Year Weights. *Master thesis*, Nr:36/2017, Umeå International School of Public Health, Umeå University.
- Meili, K. W., Jonsson, H., Lindholm, L. & Mansdotter, A. (2022a). Perceived changes in capability during the COVID-19 pandemic: A Swedish cross-sectional study from June 2020. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(1), s. 102–110.
- Meili, K. W., Mansdotter, A., Sundberg, L. R., Hjelte, J. & Lindholm, L. (2022b). An initiative to develop capability-adjusted life years in Sweden (CALY-SWE): Selecting capabilities with a Delphi panel and developing the questionnaire. *PLoS One*, 17(2), s. e0263231.
- Merlis, M. (2004). *Long-Term Care Financing: Models and Issues*. https://www.nasi.org/wp-content/uploads/2009/11/Merlis_LongTerm_Care_Financing.pdf.
- Negrin, M. A., Pinilla, J. & Leon, C. J. (2008). Willingness to pay for alternative policies for patients with Alzheimer's Disease. *Health Economics, Policy and Law*, 3(Pt 3), s. 257–275.
- Netten, A., Burge, P., Malley, J., Potoglou, D., Towers, A. M., Brazier, J., Flynn, T., Forder, J. & Wall, B. (2012). Outcomes of social care for adults: developing a preference-weighted measure. *Health Technology Assessment*, 16(16), s. 1–166.
- Nguyen, L., Linnosmaa, I., Jokimaki, H., Rand, S., Malley, J., Razik, K., Trukeschitz, B. & Forder, J. (2021). Social care-related outcomes in Finland. Construct validity and structural characteristics of the Finnish ASCOT measure with older home care users. *Health & Social Care in the Community*, 29(3), s. 712–728.
- NICE (2021). *Economic evaluation. Reference case*. <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/incorporating-economic-evaluation#the-reference-case>.
- Nieboer, A. P., Koolman, X. & Stolk, E. A. (2010). Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from

- a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 70(9), s. 1317–1325.
- Norman, R. & Olsen, J. A. (2022). Expanding the Scope of Value for Economic Evaluation: The EQ-HWB. *Value in Health*, 25(4), s. 480–481.
- Plesner, Å. (2020). *Budget ur balans. En granskning av äldreomsorgens ekonomi och arbetsmiljö*. <https://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2020/03/budget-ur-balans-2020-03-25-compressed.pdf>.
- Proud, L., McLoughlin, C. & Kinghorn, P. (2019). ICECAP-O, the current state of play: a systematic review of studies reporting the psychometric properties and use of the instrument over the decade since its publication. *Quality of Life Research*, 28(6), s. 1429–1439.
- Rapp, T. (2021). *Implementing Value-Based Aging in Our Long-Term Care Systems*. <https://www.ispor.org/publications/journals/value-outcomes-spotlight/vos-archives/issue/view/the-benefits-and-challenges-of-aging-in-place/implementing-value-based-aging-in-our-long-term-care-systems>.
- Regeringskansliet (2020). *En äldreomsorgslag Dir. 2020:142*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommitteredirektiv/2020/12/dir.-2020142/>.
- Regeringskansliet (2021). *Mål för socialtjänst inklusive äldreomsorg*. <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/socialtjanst-inklusive-aldreomsorg/mal-for-socialtjanst-inklusive-aldreomsorg/>.
- Ryan, M., Netten, A., Skatun, D. & Smith, P. (2006). Using discrete choice experiments to estimate a preference-based measure of outcome – An application to social care for older people. *Journal of Health Economics*, 25(5), s. 927–944.
- Sanandaji, N. (2013). *Kvartalstänkande i välfärden – om bristande prioritering av äldreomsorgen*. https://timbro.se/app/uploads/2017/01/kvartalstankande_i_valfarden-final.pdf.
- Sandgren, A., Arnoldsson, L., Lagerholm, A. & Bokberg, C. (2021). Quality of life among frail older persons (65+ years) in nursing homes: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8(3), s. 1232–1242.
- SBU (2019). *Kunskapsläget för bedömning och insatser inom äldreomsorgen. Identifiering av vetenskaplig kunskap och*

- kunskapsluckor utifrån systematiska översikter*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kartlagger/kunskapslaget-for-bedomning-och-insatser-inom-aldreomsorgen2/?pub=43231>.
- Schulz, R., Beach, S. R., Matthews, J. T., Courtney, K., De Vito Dabbs, A. & Mecca, L. P. (2016). Caregivers' Willingness to Pay for Technologies to Support Caregiving. *Gerontologist*, 56(5), s. 817–829.
- Schulz, R., Beach, S. R., Matthews, J. T., Courtney, K., Devito Dabbs, A., Person Mecca, L. & Sankey, S. S. (2014). Willingness to pay for quality of life technologies to enhance independent functioning among baby boomers and the elderly adults. *Gerontologist*, 54(3), s. 363–374.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. I Nussbaum, M. C. (red.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Socialstyrelsen (2011). *Valfrihetssystem ur ett befolkningsoch patientperspektiv. Delredovisning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-2-8.pdf>.
- Socialstyrelsen (2020). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen, 2020?* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-9-6901.pdf>.
- Socialstyrelsen (2021a). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf>.
- Socialstyrelsen (2021b). *Öppna jämförelser 2021. Äldreomsorg*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2021-6-7402.pdf>.
- Socialstyrelsen (2022a). *Boende och stöd för äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/aldre/boende-och-stod-aldre/>.
- Socialstyrelsen (2022b). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>.
- Socialstyrelsen (2022c). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/oppna->

- jamforelser/socialtjanst/alldreomsorg/vad-tycker-de-aldre-om-alldreomsorgen/.
- Socialstyrelsen (2022d). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-3-7791.pdf>.
- SOU (2015). Får vi det bättre? Om mått på livskvalitet. *Statens offentliga utredningar* 56.
- Stevens, K., Brazier, J. & Rowen, D. (2018). Estimating an exchange rate between the EQ-5D-3L and ASCOT. *The European Journal of Health Economics*, 19(5), s. 653–661.
- Van Hoi, L., Thi Kim Tien, N., Van Tien, N., Van Dung, D., Thi Kim Chuc, N., Goran Sahlen, K. & Lindholm, L. (2012). Willingness to use and pay for options of care for community-dwelling older people in rural Vietnam. *BMC Health Services Research*, 12, s. 36.
- Verkerk, M. A., Busschbach, J. J. & Karssing, E. D. (2001). Health-related quality of life research and the capability approach of Amartya Sen. *Quality of Life Research*, 10(1), s. 49–55; discussion 57–8.
- Vård- och omsorgsanalys (2015). Mätning av kvalitet i äldreomsorgen – test och utvärdering av vinjettmetoden. *Vårdanalys PM* 2015:1.
- Walsh, S., O’Shea, E., Pierse, T., Kennelly, B., Keogh, F. & Doherty, E. (2020). Public preferences for home care services for people with dementia: A discrete choice experiment on personhood. *Social Science & Medicine*, 245, s. 112675.
- Wittenberg, R., Sandhu, B. & Knapp, M. (2002). Funding long-term care: the public and private options. I Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (red.) *Funding health care: options for Eurioe*. Buckingham Open University Press.
- Zorginstituut Nederland (2016). *Guideline for economic evaluations in healthcare*. <https://english.zorginstituutnederland.nl/publications/reports/2016/06/16/guideline-for-economic-evaluations-in-healthcare>.
- Örtengren, E. (2020). *Snart står slaget om framtidens äldreomsorg*. <https://Andersson/timbrow.se/smedjan/snart-star-slaget-om-framtidens-alldreomsorg/>.

I TAKT MED att andelen äldre i befolkningen blir större förväntas kostnaderna för äldreomsorgen att stiga. Samtidigt minskar andelen i förvärvsarbete ålder, vilket medför en långsammare ökning av välfärdens intäkter. För att möta framtidens behov behöver därför äldreomsorgens arbetssätt förändras. Men vad värderar de äldre idag och vilken typ av omsorg kommer framtidens äldre att efterfråga?

Med utgångspunkt i tidigare forskning diskuteras här metoder för att kartlägga individers preferenser för äldreomsorg. Författarna ser närmare på vad äldreomsorgen kan lära från metoder som används inom andra områden. De presenterar också vad forskningen hittills säger om vad som ger mest värde i äldreomsorgen.

Ulf Persson är professor i hälsoekonomi och senior advisor vid Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) och *Sara Olofsson* är doktor i hälsoekonomi och forskningsledare vid IHE.

Rapporten är en del i SNS forskningsprojekt Vårdens och äldreomsorgens organisering och finansiering.

