



Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgs- tjenester i Norden

Proba-rapport nr. 2019-17, Prosjekt nr. 19079

ISSN: 1891-8093

AG, JP, 18.12.2019

--

Offentlig

--

Ansvarsforhold og ordninger knyttet til boligløsninger og offentlige helse- og omsorgstjenester i Norden

Utarbeidet for Finansdepartementet

Forord

Prosjektet er gjennomført av Audun Gleinsvik (prosjektleder) og Otto Sevaldson Lillebø. Jens Plahte har vært kvalitetssikrer.

Oslo 16.12.2019

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	1
1 INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Metode	8
2 TEMATISK GJENNOMGANG	9
2.1 Styringsutfordringer i helse- og omsorgssektoren.....	9
2.2 Valg av virkemidler.....	15
3 HOVEDTREKK I ORGANISERING OG FINANSIERING I ULIKE NORDISKE LAND	18
3.1 Forvaltningsnivåene	18
3.2 Oppgavefordelingen.....	18
3.3 Forskjeller i bruk av tjenester	19
3.4 Hovedtrekk – ansvar og finansiering.....	21
3.5 Finansiering.....	24
3.6 Egenandeler.....	27
3.7 Særlig ressurskrevende brukere	30
3.8 Organisering av satsing på velferdsteknologi	31
3.9 Boliger for eldre.....	34
3.10 Tilskudd til boliger og institusjoner for eldre	40
3.11 Seniorers atferd på boligmarkedet	44
3.12 Reformprosesser.....	44
4 OPPSUMMERING OG VURDERING.....	49
4.1 Egenandeler.....	49
4.2 Boliger for eldre.....	51
4.3 Velferdsteknologi.....	53
4.4 Ressurskrevende brukere	54
LITTERATUR.....	56

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Denne rapporten inneholder en kartlegging av organiseringen og virkemiddelbruk i Danmark, Finland og Sverige på deler av helse- og omsorgsfeltet og med erfaringene de har gjort seg.

Danmark og Sverige har vedtatt å avvikle sykehjem og både disse landene og Finland har mål om å få bygget flere «eldrevennlige» boliger. Sverige har en ganske omfattende støtteordning for bygging og tilpasning boliger for eldre.

Danmark og Norge ser ut til å lykkes best med å fremme bruk av velferdsteknologi. Det ser ut til at satsing på systematisk utprøving, evaluering og kunnskapsoverføring er en effektiv strategi.

Alle de tre landene som inngår i kartleggingen arbeider med store reformer i helse- og omsorgssektoren. Ingen ser ut til å anse egenandeler som et aktuelt virkemiddel for å nå målene med reformene.

Bakgrunn

Finansdepartementet har bestilt rapporten.

Problemstilling

Oppdraget gjelder Danmark, Finland og Sverige. Det omfatter en kartlegging av organisering, virkemiddelbruk og finansiering knyttet til deler av helse- og omsorgssektoren og av erfaringene landene har gjort. Dette brukes til å gjøre vurderinger av innretningen av virkemiddelbruken i Norge.

Primært dekker kartleggingen

- Stimuleringsordninger for drift og bygging av heldøgns boliger for pleie og omsorg (inkludert sykehjem)
- Tiltak for å sikre et tilstrekkelig antall tilgjengelige boliger (boliger som kan brukes av personer med nedsatt funksjonsevne)
- Erfaringer med om innbyggerne velger og/eller tilpasser boligen ut fra endret boligbehov over livsløpet
- Ordninger for egenbetaling for ulike tjenester og tilbud
- Ansvar for organisering av og satsing på utvikling av velferdsteknologi

Konklusjoner og tilrådinger

Det er en del forskjeller i hvordan ansvaret for å sørge for helse- og omsorgstjenester er fordelt i de nordiske landene. Finland skiller seg ut ved å fordele alt ansvar til kommuner, kombinert med en forpliktelse om deltagelse i kommunesamarbeid om spesialisthelsetjenester. I Sverige er det regionene (tidligere länene) som har ansvar for spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1: Hovedtrekk i ansvarsfordelingen («sørge for») av helse- og omsorgstjenester i nordiske land

	Norge	Danmark	Sverige	Finland
Pleie og omsorg	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
Primærhelse	Kommune	Region	Region	Kommune
Spesialisthelse	Staten	Region	Region	Kommunesamarbeid/ «Region»

I likhet med Finland, er det få nasjonale føringer på organiseringen av kommunenes og regionenes tilbud og det er betydelige forskjeller mellom ulike kommuner og regioner.

I Danmark har de fem regionene ansvar for både primær- og spesialisthelsetjenester, mens kommunene har ansvar for omsorgstjenester.

Reformprosesser

Alle de tre andre landene har de senere årene arbeidet med omfattende reformer av sin helse- og omsorgssektor. I hovedsak er reformene begrunnet i samme problembeskrivelse:

- Primærhelsetjenesten må styrkes
- Sammenhengen mellom tjenestene må styrkes
- Eldreomsorgen må i økende grad innrettes mot mestring og tjenester i hjemmet

I Sverige pågår utredninger som skal lede fram til reformforslag. I Danmark og Finland har det vært fremmet omfattende reformforslag, men bl.a. regjeringsskifter har bidratt til at det ikke er fattet vedtak. Det forventes at det vil komme nye forslag til omfattende reformer.

Boliger for eldre

I tilknytning til boliger for eldre, omfatter oppdraget også en kartlegging og vurdering av tilskudd til drift av sykehjem og bemannede boliger. I Sverige er det en statlig tilskuddsordning for styrking av eldreomsorgen. Tilskuddene fordeles på basis av antall eldre i kommunene og kommunene kan selv bestemme hvordan midlene skal brukes. Danmark og Finland har ikke øremerkede statlige ordninger til drift av omsorgsboliger, sykehjem, el. Landene har statlige tilskudd til tilpasninger eller bygging av boliger for eldre. De beskrives nedenfor.

Som nevnt, sikter alle landene mot at de eldre i størst mulig grad skal bo hjemme. Både Danmark og Sverige har vedtatt å avvikle sykehjem. Andel av eldre som bor på institusjon er betydelig høyere i Norge enn i de andre landene.

Det er i hovedsak fire typer tiltak som brukes eller drøftes på dette feltet:

1. Krav til utforming av nye boliger
2. Tilskudd til individer, boligsameier, utleiery eller kommuner til utforming av nye boliger eller tilpasning av eksisterende

3. Krav om at kommunene vurderer framtidig behov for tilgjengelige boliger i sitt planarbeid
4. Pedagogiske virkemidler: Informasjon om framtidig boligsituasjon, veiledning om utforming samt kampanjer for å fremme planlegging av egen boligtilpasning

Alle landene stiller krav til tilgjengelighet i nye boliger.

I hovedsak har ikke kommunene i noen av landene plikt til å sikre et tilstrekkelig tilbud av eldrevennlige boliger. Unntaket er at i Danmark har alle som har behov rett til omsorgsbolig (Plejebolig), og kommunene er forpliktet til å oppfylle denne retten.

Videre har landene ordninger med statlige tilskudd til bygging av «eldrevennlige» boliger og/eller tilpasning av eksisterende boliger. I Danmark er disse ordningene ganske ubetydelige. Finland har nylig avviklet en relativt omfattende ordning, men har fortsatt en betydelig ordning for etterinnstallering av heis. I Sverige har de en ganske omfattende ordning som kan brukes både ved nybygging og tilpasning og som er rettighetsfestet for alle som oppfyller kriteriene for tildeling.

Ingen av landene har eksplisitte krav om at kommunene i sine reguleringsplaner og forvaltning av byggereguleringer tar hensyn til behovet for eldrevennlige boliger, men dette har vært drøftet. Finland hadde i 2013-17 en strategi som bl.a. skulle bidra til å synliggjøre behovet for slike boliger.

Både forskning og andre observasjoner tyder på at mange undervurderer risikoen for å få nedsatt funksjonsevne og mulighetene for tilpasning av boligen. I utredninger har det vært pekt på informasjonsarbeid som mulig virkemiddel.

Vurdering

I kommuner med nybygging vil krav til nye boliger kunne bidra til at mye av behovet for eldrevennlige boliger dekkes, men minstekravet til utforming i byggereglene sikrer ikke at alle krav til slike boliger oppfylles. Forskning og annet materiale tyder på at også lokalisering og fellesarealer er viktig. Kommunene kan bruke reguleringsbestemmelser for å fremme slike kvaliteter eller man kan bruke tilskudd for å sikre fellesarealer.

I kommuner med lite nybygging, herunder spredtbygde strøk med fallende folketall, men økende antall eldre, vil ikke krav til nybygde boliger sikre et godt boligtilbud. Det vil kunne være samfunnsøkonomisk lønnsomt å bruke offentlige midler til å tilpasse eksisterende boliger i disse områdene. I Danmark tilbys støtte kun etter at behovet har oppstått. I Sverige er tilskudd til tilpasning av boligen rettighetsfestet også boliger hvor det ikke bor noen med nedsatt funksjonsevne. Vi ser ikke grunnlag for å anbefale om det er innretningen i Danmark eller i Sverige som er mest effektiv.

Vi vet lite om bruk av pedagogiske tiltak både overfor kommuner og individer på dette feltet. Det er mulig at tiltak for å bevisstgjøre kommunene og individene kan være mer effektivt enn andre tiltak. Overfor individene, kan bruk av rutinemessige, forebyggende hjemmebesøk være en god anledning til å øke bevisstheten om boligtilpasning. En del kommuner tilbyr slike besøk til alle som når en viss alder, men om boligtilpasning tematiseres i disse møtene, vet vi ikke.

Vi kjenner heller ikke til i hvor stor grad kommunene tar hensyn til behovet for eldrevennlige boliger når de utformer reguleringsplaner og stiller krav til boligutbygging. Det er mulig at det kan utvikles effektive tiltak på dette feltet enten i form av krav til kommunene eller ved bevisstgjøring.

Egenandeler

Tabell 2 viser hovedtrekk i landenes ordninger for egenbetalinger for omsorgstjenester. I all hovedsak er satsene som er beskrevet i tabellen formulert som maksimalsatser.

Finland skiller seg ut ved å ha relativt høye maksimalsatser for egenandeler på hjemmebaserte tjenester, mens Danmark ikke har egenandeler på varige tjenester i hjemmet.

I alle landene betaler beboere i omsorgsboliger husleie pluss normal egenandel på tjenestene de får (som om de hadde bodd i ordinær bolig).

I Sverige og Danmark beregnes egenandeler på sykehjem på samme måte som omsorgsboliger. I Finland og Norge er det inntektsavhengig egenandel i sykehjem. Normalt vil egenandelen i sykehjem i Finland og Norge bli høyere enn i omsorgsboliger.

Tabell 2: Egenandeler for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester

	Danmark	Finland	Sverige	Norge
Tjenester i hjemmet	Gratis for varig hjelp, egenandel for midlertidig	Formel basert på husholdning og inntekt. Maks 35% av inntekt utover minimum for enslige. 22% for par. Varierer mellom kommuner. Dekker 16% av utgiftene	Maksimalt 2 044 SEK per måned. «Fri inntekt» > 5 000 Sek. Varierer betydelig mellom kommuner	Inntektsavhengig
Omsorgsboliger, ol.	Husleie pluss betaling for tjenester i hjemmet.	Husleie pluss betaling for tjenester (se over).	Husleie pluss <2 044 SEK per måned	Husleie pluss tjenestene
Sykehjem	Husleie og tjenester	Inntil 85% av inntekt. Gjenværende inntekt >107 EUR	Husleie pluss inntil 2 044 SEK per måned. Varierer betydelig mellom kommuner	Inntektsgradert. 85% av marginal inntekt. Nedre grense for restinntekt

Kilde: NOSOSCO (2017)

Alle landene opplever en tendens til at brukerne i unødig grad søker seg «oppover i omsorgstrappa», f.eks. ved at for mange søker seg til sykehjem eller boformer med omfattende tjenestetilbud. Det er vanskelig å se at landenes ordninger for egenandeler kan forklare en slik tendens.

Danmark ligger betydelig høyere enn de andre landene i andel av de eldre som mottar tjenester. Dette er knyttet til hjemmebaserte tjenester. Det er mulig at fraværet av egenandeler på varige hjemmebaserte tjenester kan forklare dette.

Vurdering

Vi har lagt merke til at egenandeler nesten ikke er omtalt i utredninger og forslag knyttet til reformarbeidet i de nordiske landene. Unntaket er at i Finland tyder undersøkelser på at egenandeler overfor visse grupper er en barriere for å ta imot helsetjenester.

Forskning tyder på at økonomiske insentiver virker. Det gjelder trolig også egenandeler på helse- og omsorgsområdet, men vi ikke har funnet nyere undersøkelser om virkninger av egenandeler i disse landene eller vurderinger av konsekvenser av endringer i egenandeler. En anbefaling kan være å ikke basere seg på enten bare reguleringer, faglige normer eller egenandeler for å regulere tildeling av tjenester. Ingen av disse virkemidlene alene er sterke nok, og de bør helst trekke sammen. Kanskje kan det være mer å hente i de økonomiske vilkårene som påvirker oppgavefordelingen mellom ulike trinn i omsorgstrappen, f.eks. mellom allmennleger og spesialister.

Ressurskrevende brukere

I Danmark og Sverige er det få eller ingen kommuner som er små, sammenlignet med det som er vanlig i Norge. Danmark har ingen ordning som avlaster kommunenes risiko knyttet til ressurskrevende brukere. Sverige har en begrenset ordning.

I Finland er det en statlig ordning for «alvorlig funksjonshemmede» som er uføretrygdet og ikke bor på institusjon. Staten dekker behandlingskostnader for disse pasientene. I tillegg har kommunene i ulike sykehusdistrikter organisert utjevningsordninger seg imellom, dvs. en form for forsikringskollektiver. Som hovedregel får den enkelte kommune dekket 80 prosent av helse- og omsorgsutgiftene utover 60 000 EUR per pasient, men parametrene kan variere mellom ulike områder.

Vurdering

I arbeidet med prosjektet har vi ikke funnet informasjon som er egnet til å belyse alternative løsninger på problemet med at ressurskrevende brukere kan bli en u håndterlig risikofaktor for økonomien i små kommuner. Vi har ikke kommet i kontakt med noen som har kunnet beskrive erfaringene Finland har med sine ordninger.

Vi er kjent med at ordningen i Norge har vært og er under utredning. Etter vår mening er det få insentivproblemer knyttet til den norske ordningen, bortsett fra fristelsen som ligger i å henføre irrelevante kostnader til ressurskrevende brukere.

Velferdsteknologi

Alle landene har formulert nasjonale mål knyttet til innføring av velferdsteknologi. Målene angir en retning eller visjon, og er ikke tall- eller tidfestet. Det betydelige forskjeller i virkemiddelbruken.

- I Finland er det formulert en strategi, men uten konkrete tiltak og på nasjonalt nivå er arbeidet kommet kort.
- I Sverige er det en statlig tilskuddsordning for innføring av velferdsteknologi i kommunene, men ellers ikke nasjonale tiltak.
- I Danmark har staten og kommunene formulert en felles strategi. Det viktigste tiltaket er utprøving av velferdsteknologi i kommuner med løpende oppfølging, evaluering og kunnskapsoverføring. Det økonomiske bidraget fra staten er lite.

Man må se situasjonen i Finland og Sverige i sammenheng med at de har særlig sterke tradisjoner for kommunal autonomi. Hovedinntrykket er at det meget store forskjeller i hvor langt de ulike kommunene er kommet på dette feltet i disse landene. Dette har sammenheng med få tiltak på sentralt nivå. Tilskuddsordningen i Sverige kan brukes til investeringer som faller utenfor det mange tenker på som velferdsteknologi.

Felles tiltak mellom staten og KS/KL gjør at Norge og Danmark trolig er kommet noe lenger enn de to andre landene.

Vurdering

Det virker klart at den form for samarbeid om utprøving og læring som man har i Norge og Danmark er et godt virkemiddel for å fremme samfunnsøkonomisk lønnsom velferdsteknologi. Den statlige tilskuddsordningen man har i Sverige ser ut til å være mindre effektiv.

Statlige tilskudd vil kunne framskynde utprøving og gi samfunnsøkonomiske gevinster i tilknytning til løsninger som i seg selv er samfunnsøkonomisk lønnsomme. For store tilskudd vil kunne lede til utprøving som ikke burde vært gjennomført, ut fra en vurdering av fordeler, ulemper og risiki samt kostnadene knyttet til å forvalte tilskudd.

1 Innledning

Prosjektet omhandler bruk av finansieringsordninger og andre virkemidler på deler av helse- og omsorgsfeltet i Danmark, Sverige og Finland. Vi har kartlagt hvilke ordninger landene har, og hvilke erfaringer de har gjort med innretning av disse virkemidlene. Videre drøfter vi hva Norge kan lære av de andre landene.

Alle de tre landene er inne i en prosess med revurdering av sin politikk på helse- og omsorgssektoren, og de har i sammenheng med dette vurdert hvor godt en del av de eksisterende virkemidlene fungerer.

1.1 Bakgrunn

En stadig større del av samfunnets ressurser brukes til helse- og omsorgstjenester. Alt tyder på at denne utviklingen vil fortsette i mange år framover. Norden har tradisjon for universelle velferdsordninger. «Sørge for»-ansvaret og finansieringen av sektoren er i hovedsak fordelt på ulike nivåer i offentlig forvaltning. Innslaget av brukerbetaling varierer mellom de ulike tjenesteområdene. Både finansieringsløsningene for kommuner og fylkeskommuner/regioner og egenandeler for brukerne påvirker insentivene for produksjon av og etterspørsel etter ulike typer helse- og omsorgstjenester. Mange land har problemer med å få til effektive løsninger. Også i Norge har det vært en rekke større eller mindre reformer og det er stadig debatt om nye reformer. Bakgrunnen er at det er vanskelig å etablere løsninger uten betydelige svakheter.

1.2 Problemstilling

Prosjektet skal dokumentere

- Ansvarsfordelingen i helse- og omsorgssektoren
- Hvordan de ulike tilbudene finansieres

Ansvarsfordelingen:

1. Utbygging («sørge for»)
2. Utforming (valg av tjeneste og krav til kvalitet)
3. Tilsyn

Andre spørsmål:

- Eventuelle stimuleringsordninger for drift og bygging av heldøgns boliger for pleie og omsorg (inkludert sykehjem)
- Tiltak for å sikre et tilstrekkelig antall tilgjengelige boliger (boliger som kan brukes av personer med nedsatt funksjonsevne)
- Erfaringer med om innbyggerne velger og/eller tilpasser boligen ut fra endret boligbehov over livsløpet
- Ordninger for egenbetaling for ulike tjenester og tilbud
- Ansvar for organisering av og satsing på utvikling av velferdsteknologi

I tillegg til kartleggingen, skal utredningen omfatte en vurdering av om organiseringen og finansieringen i de tre landene legger opp til helhetlige

avveininger av ressursbruk og i hvilken grad virkemiddelbruken bygger opp under de ressursene den enkelte har.

1.3 Metode

Prosjektet er basert på en studie av ulike skriftlige kilder samt kommunikasjon med ressurspersoner i de aktuelle landene per epost, telefon og ved besøk i Finland og Danmark.

Mye av litteraturen er regelverk, utredninger og politiske utspill fra regjeringene. Vi har funnet fram til litteraturen gjennom «snøballmetoden», dvs. at vi har tatt utgangspunkt i sammenstillinger fra Nordisk råd, the European Observatory on Health Systems and Policies, og andre kilder, og brukt referansene i disse publikasjonene til å finne utfyllende litteratur, og institusjoner og forskere som arbeider med disse spørsmålene.

Vi har så kontaktet ressurspersoner i de aktuelle landene for å få utfyllende informasjon, og for å sjekke at det ikke finnes sentrale kilder vi ikke har oppdaget. I hovedsak har vi kontaktet personer i sentralforvaltningen og interesseorganisasjonene for kommuner og fylker/regioner.

2 Tematisk gjennomgang

2.1 Styringsutfordringer i helse- og omsorgssektoren

Styringsbehov

I de fleste land er innslaget av skattefinansiering og tildeling av tjenester på faglig grunnlag vanlig for en rekke individrettede tjenester. Begrunnelsen for politisk styring av disse tjenestene er bl.a. problemer med å få private forsikringsordninger til å generere gode kollektive løsninger, etiske vurderinger (alle bør ha adgang til helsetjenester), omfattende indirekte virkninger, informasjonsproblemer, mv.¹

Mange dilemmaer

Det er også mange grunner til at ansvaret for helsetjenester er delt på flere forvaltningsnivåer. Bruker man de kriteriene for fordeling av oppgaver på forvaltningsnivåer som alle regjeringer har brukt siden år 2000, finner man at enkelte oppgaver bør være nasjonale, f.eks. fordi de krever spesialisert kompetanse eller koordinering på nasjonalt nivå, mens andre bør legges til kommuner, bl.a. fordi tjenestene helst bør samordnes med andre kommunale oppgaver, og fordi begrunnelsen for å velge et høyere forvaltningsnivå mangler.²

Et viktig prinsipp for utforming av ansvar og virkemidler er «det finansielle ansvarsprinsippet». Det vil si at den instans som har myndighet til å fatte avgjørelser og dermed har herredømme over utgiftene, også bør ha ansvaret for finansieringen.

De som utformer og finansierer tjenestene, bør ideelt sett ta hensyn til virkningene av sine valg for de andre aktørene. For eksempel bør kommuner i satsing på tiltak i hjemmet eller preventive helsetiltak ta hensyn til virkningene på behovet for spesialisthelsetjenester. I praksis vil slike konsekvenser for andre forvaltningsnivåer ivaretas bare i begrenset grad, gitt at det ikke er etablert systemer og eksplisitte insentiver for å ivareta slike hensyn.

Også individene tar mange avgjørelser som ideelt sett burde tas ut fra samlede samfunnsmessige virkninger. For eksempel påvirker individenes valg og utforming av bolig deres mulighet til å være selvhjulpne etter et funksjonsfall. Både psykologiske forhold og svakheter i insentivsystemet gjør at slike forhold ofte ikke hensyntas i den utstrekning det burde.³ Dette kan begrunne ulike offentlige tiltak for å vri boligbyggingen eller -etterspørselen over mot boliger som

¹ Se f.eks. FOLLAND, Sherman, et al. The economics of health and health care. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2007.

² Kriteriene ble utviklet i NOU 2000:22 «Om oppgavefordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune». Det første kriteriet er: Oppgaver bør legges på lavest mulig effektive nivå.

³ Jf. f.eks. Sørvoll, J., m.fl. (2016): «Eldres boligsituasjon - Boligmarked og boligpolitikk i lys av samfunnets aldring». NOVA-rapport 2016/11

er tilgjengelige også for personer med nedsatt funksjonsevne. Ett slikt tiltak kan være å tilpasse nivået egenandeler for helse- og omsorgstjenester. Dette kan motvirke overdreven bruk av tjenester, men kan komme i konflikt med politiske grunnholdninger knyttet til tilgang til slike tjenester for alle. Bruk av egenandeler som virkemiddel er mest aktuelt der det ikke er gode systemer for tilgangsbegrensninger (f.eks. til bruk av fastlege). Der det er behovsprøving (f.eks. henvisning til spesialisthelsetjenester) er det mindre behov for å bruke egenandeler for å redusere bruken.

Mål om lik tilgang til helsetjenester impliserer at det i hovedsak ikke er egenandeler for ressurskrevende behandlinger i spesialisthelsetjenesten, men egenandelene i primærhelsetjenesten kan være betydelige, relativt til produksjonskostnadene. Dette er et dilemma, ikke minst fordi det lenge har vært et mål om at blant tiltakene i helse- og omsorgstrappa, skal man velge tjenester «lavt nede i trappa».

Omsorgstrappa – et eksempel på en styringsutfordring

Omsorgstrappa har stått sentralt i styring av helse- og omsorgssektoren. Trappa er et bilde på at ulike tjenester kan brukes for å løse de samme problemene eller for å dekke et visst bistandsbehov. Trinnene i trappa defineres ut fra tre dimensjoner

- Tjenestenes spesialiseringsgrad
- Brukernes bistandsbehov (lett eller omfattende)
- Ressursinnsats

Man kan løse det samme problemet på forskjellige måter. For eksempel kan man motvirke ryggplager ved preventive tiltak eller rehabiliteringstiltak, eller ved kirurgisk inngrep etter at problemene har oppstått. Preventive tiltak vil normalt være minst ressurskrevende, hindre at personer lider, og kan og bør ofte gjennomføres av de som er nær brukerne. I den andre enden vil kirurgi være ressurskrevende, og utføres av noen relativt få spesialister som ofte er langt fra brukeren.

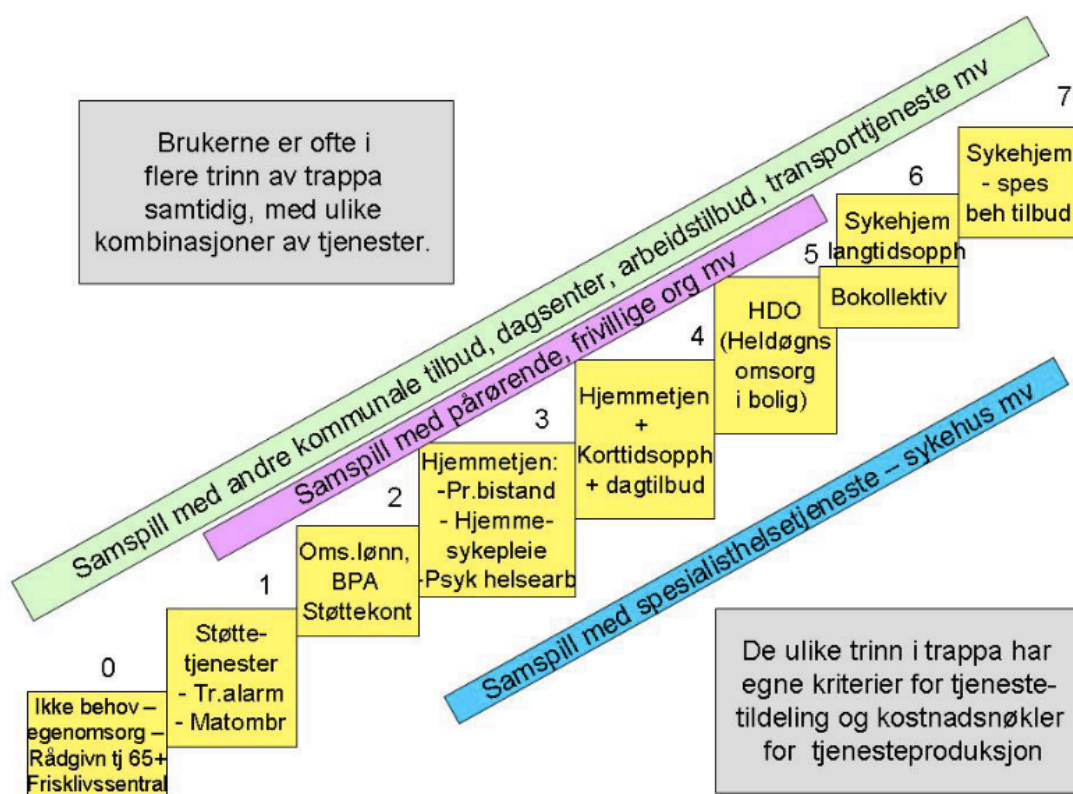
Styringsutfordringen er å optimalisere ressursbruken i de ulike leddene på et felt hvor det neppe er konsensus blant legene og andre fagpersoner om virkninger av de ulike typene tiltak. Det framstår som en moralsk plikt å hjelpe dem som lider. Derfor vil det være politisk uunngåelig at det satses på behandling, men det er vanskeligere å mobilisere ressurser til å mobilisere ressurser til preventive tiltak, fordi man ikke vet hvor mange og hvem som ville blitt rammet i fravær av slike tiltak.

På 1970-tallet introduserte helsemyndighetene «LEON-prinsippet» (laveste effektive omsorgsnivå). Nå er det like vanlig å anvende «BEON-prinsippet» (beste effektive omsorgsnivå), men i praksis leder de to ofte til samme konklusjon om valg av tjeneste. Hovedpoenget er at det ofte vil være optimalt å velge preventive tiltak, dernest lett tilgjengelige tiltak som kan utføres av lokale aktører i helse- og omsorgssektoren, og først – i relativt få tilfeller – ressurskrevende behandlinger utført av spesialister.

Selv om denne tenkningen har vært akseptert av de fleste i sektoren i mange år, er det trolig fortsatt slik at trinn høyt oppe i trappa brukes oftere enn de burde. F.eks. argumenteres det i Meld. St. 15 (2017-2018) «Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre» for at det satses for lite på hverdagsmestring og tiltak i hjemmet, og at dette gir unødig bruk av mer ressurskrevende tjenester.⁴ I meldingen knyttes ikke argumentene for hverdagsmestring primært til mål om å begrense ressursbruken, men til livskvalitet.

I eldreomsorgen har det i de senere årene vært en klar tendens til økt bruk av tjenestene nederst i omsorgstrappa på bekostning av bruk av sykehjem, men forskjellene i tjenestesammensetningen mellom kommunene indikerer at for landet som helhet er det fortsatt for lite satsing på hverdagsmestring.⁵

Figur 2-1: Omsorgstrappa for eldreomsorg og samspill med aktører utenfor kommunens pleie- og omsorgssektor



Kilde: Gjøvik kommune . HELSE-OG OMSORGSPLAN 2025

Koordinering

Omsorgstrappa brukes ikke bare til å illustrere problemer knyttet til dilemmaer, men også koordinering. Mange brukere/pasienter vil få flere typer tjenester på ulike trinn i trappa, f. eks. behandling i spesialisthelsetjenesten, og rehabilitering og praktisk hjelp i hjemmet, gjerne med fastlegen som en form for koordinator. Som en illustrasjon på koordineringsproblemer er omsorgstrappa en

⁴ Jf. bl.a. kap 7. Vi har også merket oss at begrepet «omsorgstrapp» ikke brukes i meldingen

⁵ Se f.eks. fig 2.16 i i Meld. St. 15 (2017-2018)

overforenkling. Grunnen er at det ikke er bare én trapp, men flere ulike tjenester på samme nivå i trappa. For eksempel vil en kreftpasient gjerne få tjenester fra flere ulike spesialister, og hjemmeboende eldre vil kunne ha behov for både praktisk hjelp, tilpasning av bolig og andre tjenester. Også horisontal organisering kan være et problem.

Både Danmark, Finland og Sverige er inne i en prosess med reform av helse- og omsorgssektoren. I alle landene er bedre koordinering av tjenestene et sentralt mellomliggende mål med reformen. Vi mener at det ikke er urimelig å hevde at bedre koordinering er et hovedmål med reformene i disse landene, men da som et mellomliggende mål.

Samhandling

Det er et mål at tildeling av helse- og omsorgstjenester skal være optimal (i samsvar med samfunnsøkonomisk lønnsomhet). Blant annet skal valg av trinn i omsorgstrappa være konsistent med samfunnsøkonomiske vurderinger. Ulike behov kan dekkes på ulike måter. For eksempel kan preventive tiltak (trening, opplæring, tilpasning av bolig, mv.) redusere behov for behandling og/eller praktisk bistand på et senere tidspunkt. Videre er det enkelte helseproblemer som enten kan løses av allmennleger, poliklinisk av spesialister, eller ved innleggelse. Et annet eksempel er at personer med varig bistandsbehov enten kan få bistand i eget hjem eller i sykehjem. Både regelverk (rettigheter, plikter, beslutningsmyndighet), informasjonstilgang og økonomiske vilkår for de ulike aktørene kan påvirke hvilke tjenester som blir brukt, og dermed om systemet som helhet genererer optimale løsninger. I tillegg kommer at kvaliteten på tjenestene kan påvirkes.

Iversen (2016) opererer med fire hovedtyper av samhandlingstiltak:

- Direkte regulering
- Markeder, her i en utvidet betydning hvor også samfinansiering og insentiver til leverandører inngår
- Nettverk, inkludert profesjonelle normer
- Organisatoriske tiltak

Når man vurderer bruk av ulike samhandlingstiltak, er det viktig å se mulige tiltak i sammenheng med hvordan hele sektoren fungerer: Tiltak som fungerer godt i en kontekst, kan fungere dårlig i andre. Det er derfor ikke grunnlag for generelle konklusjoner om hva slags samhandlingstiltak som fungerer best.

Generelt konkluderer forskning med at økonomiske insentiver virker. Dette gjelder også innenfor helse- og omsorgsområdet. Både brukerbetalinger og systemet for finansiering av tjenesteleverandørene påvirker aktørenes atferd.

Hvis det er ulike satser for egenbetalinger for ulike tjenester, vil dette kunne gjøre at brukerne, i den grad de kan velge, vil vri sin etterspørsel mot tjenester med lav egenbetaling.

Det er fire finansieringsformer som brukes overfor leverandører av helse- og omsorgstjenester:

1. Fast betaling («grunnbevilgning»)

2. Betaling per pasient de har ansvar for (f.eks. antall pasienter på fastlegenes lister)
3. Stykkpris – betalinger per konsultasjon eller ulike aktiviteter (prøver, resepter, mv)
4. Betaling basert på resultater

Institusjoner, slik som f. eks. kommunale sykehjem, har gjerne faste bevilgninger. Det samme gjelder ulike aktører med særlig ansvar for preventive helsetiltak og kommunale enheter med ansvar for hjemmebaserte tjenester. Videre er det innslag av grunnbevilgning i finansieringen av flere av de andre aktørene, herunder fastleger, andre behandlere i primærhelsetjenesten og sykehus.

Betaling per pasient brukes eksempelvis som et element i finansiering av norske fastleger.

Stykkpris brukes som et innslag i finansieringen av bl.a. fastleger, andre leger i privat praksis, sykehusene (DRG-satser) mv.

Resultatbasert finansiering er, så vidt vi kjenner til, bare brukt unntaksvis i enkelte land. For eksempel nevner Fernler (2014) at dette er brukt i [land] overfor helsesentres pasienter med visse diagnoser (diabetes, høyt blodtrykk).

Tabell 2-1: Effekter av ulike finansieringsformer.⁶

	Stimulerer til:			Kostnads-kontroll	Risiko for fløteskumming*
	Volum	Kostnads-effektivitet	Kvalitet		
Grunn-bevilgning	Nei	Nei	Nei**	Ja	Nei
Per pasient	Nei	Ja	Nei***	Ja	Ja
Stykkpris	Ja	Ja****	Nei	Nei	Nei
Resultat	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis

*Med fløteskumming menes at leverandørene forsøker å tiltrekke seg pasienter/brukere som er lite ressurskrevende og støte bort «tunge» pasienter. Betaling per pasient på fastlegenes lister, uavhengig av pasientenes faktiske eller forventede bruk av legens tjenester, er et eksempel på en ordning som kan friste legene til fløteskumming. Hvis stykkpriser dekker variable kostnader, vil stykkprisfinansieringen motvirke fløteskumming.⁷

**Her kan det være sprikende oppfatninger og man kan argumentere for at grunnbevilgning ikke gir noen eksplisitt belønning for kvalitet. Hvis man ikke har mulighet for å belønne kvalitet direkte, kan grunnbevilgning være bedre enn de andre alternativene.

***Betalingen per kan fremme kvalitet hvis det er konkurranse om å tiltrekke seg pasienter. Hvis det er konkurranse, vil leverandørene sikte mot at pasientene skal bli tilfreds med tjenesten. Pasientenes tilfredshet samsvarer imidlertid ikke nødvendigvis med hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

⁶ Tabellen er i hovedsak kopiert og oversett fra Fernler (2014)

⁷ Fernler har oppgitt at stykkpris fremmer fløteskumming.

****Stykkprisfinansiering stimulerer til kostnadseffektivitet i produksjon av den aktuelle tjenesten, men ikke nødvendigvis til at det leveres «riktig» behandling. For eksempel fant man i Sverige at økning i stykkprisene for fastlegenes tjenester ga økning av fastlegenes tjenestevolum og færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Samtidig tyder forskning på at økninger i stykkpriser gir økt bruk av tester, utskrivning av medisiner, mv. Dette vil kunne gi forbedring i samlet effektivitet, men kan også gi sløsing.

Tabell 2-1 indikerer hvordan finansieringsordningene virker for leveranse av en gitt tjeneste, men ikke hvordan tjenestene samhandler enten som en kjede eller som trinn i en omsorgstrapp (f.eks. primær- og spesialisthelsetjeneste), eller ved siden av hverandre på samme nivå (f.eks. primærhelsetjeneste og pleie, omsorg og rehabilitering).

Iversen (2016) omtaler behandlingen av pasienter med diabetes 2 som et eksempel på hvordan de økonomiske insentivene kan påvirke samhandlingen. Disse pasientene har behov for livsvarig behandling i primærhelsetjenesten. I Sverige og Finland behandles disse pasientene i hovedsak av sykepleiere. I Norge og Danmark er allmennlegene sterkere involvert. Noe av forklaringen, mener forskerne, kan være at legene i Norge og Danmark får stykkpris for denne typen behandling. Det får ikke legene i de andre landene. Men forskerne mener at også forskjeller i faglige normer kan spille en rolle.

Mange har pekt på problemer med å få til god samhandling i helse- og omsorgstjenester. Særlig har det vært fokusert på tjenester til personer med lange behandlingsforløp med vekslende innhold og intensitet (f.eks. kreftbehandling) eller personer med sammensatte problemer (f.eks. eldre som har nedsatt funksjonsevne og behov for relativt omfattende og hyppige helsetjenester). For at ressursene skal utnyttes godt, er det viktig at det er klart hvem som skal gjøre hva og når. Til en viss grad følger arbeidsdelingen av oppdraget og kapasiteten til ulike deler av tjenesteapparatet, men det er mange gråsoner med overlappende funksjoner, og det kan være faglig uenighet om hva som er riktig tjeneste. Videre kan rammevilkårene og kompetansen hos de ulike tjenesteleverandørene gjøre at de beslutningene som de tar hver for seg, ikke fullt ut tar hensyn til virkningene for de andre (enn si for totalvirkningen for pasienten/brukeren!).

Fernler (2014) og SOU 2017:21 drøfter hvordan finansieringsordninger kan stimulere til god samhandling. De peker begge på tre mulige innretninger som kan fungere:

1. Ulike vekter i betaling per pasient
2. Felles finansieringsordninger for flere aktører
3. Betaling for samordningsaktiviteter

Ad 1: Hvis man vektet betalingen per pasient, f.eks. ved at fastleger får høyere sats for eldre pasienter enn for yngre, reduserer man problemet med fløteskumming, men man løser ikke nødvendigvis de andre problemene med samhandling mellom aktørene. Men økt fast betaling kan også fungere som en kompensasjon for koordineringsaktiviteter.

Ad 2: Hvis man lager finansieringsordninger som følger pasienten, og der betalingen til de ulike aktørene følger av det tilbudet de gir, og man lager egnede beslutningssystemer, kan man sikre effektivitet i form av egnet arbeidsdeling. I

Sverige, hvor hjemmesykepleien er regional mens andre hjemmebaserte tjenester er kommunale, har man gjennomført forsøk med å gi kommunene ansvar for finansiering og tildeling av hjemmesykepleie. Motivet har vært å skape bedre samhandling mellom disse tjenestene.

Ad 3: Man kan betale aktørene for å delta i samordningsaktiviteter. Ett eksempel finner vi i Norge hvor fastlegene får kompensasjon for å delta i møter med NAV, arbeidsgivere, m.fl., for å gjøre avtale om tiltak og individuell plan for sykmeldte og AAP-mottakere.

Hver de tre formene for finansiering som kan bidra til bedre samordning, kan utformes som fast beløp, avhengig av omfang, eller basert på resultater (jf. tabell 3 hos Fernler, 2014).

De økonomiske rammebetingelsene for brukerne og leverandørene av helse- og omsorgstjenester kan tilpasses til hensynene over, men alle alternativer har svakheter. De økonomiske virkemidlene kan derfor ikke alene løse samhandlingsproblemene. Som et alternativ eller supplement, har landene i større eller mindre grad valgt organisatoriske virkemidler for enkelte brukere med behov for tjenester fra flere leverandører. Eksempler på slike organisatoriske tiltak er etablering av faste behandlingsløp for pasienter med visse diagnoser (f.eks. kreft og diabetes), og etablering av felles beslutningspunkter (primærhelseteam ol.).⁸

Når det ikke er samsvar mellom de marginale kostnadene og utgiftene hos de ulike aktørene i behandlingssystemet, har de et økonomisk insentiv knyttet til omfanget av behandlingen de gir den enkelte pasient. Der det finnes substitutter på et lavere eller høyere nivå i omsorgstrappa, kan det oppstå spill der ulike aktører kjemper om pasienter eller forsøker å skyve dem over på andre behandlere.

Enkelte typer tjenester kan påvirke behovet for andre tjenester. Typisk vil preventive tiltak redusere behovet for behandling. Eksempler på slike gjensidige avhengigheter har man ved at boligen en person bor i påvirker behovet for bistand. For offentlig sektor er det mål at beslutningene om tiltak på ett nivå tar hensyn til behovet for andre tiltak.

2.2 Valg av virkemidler

Difi har laget en kategorisering av statlige virkemidler:

- Organisatoriske, herunder tjenesteproduksjon og eierskap
- Legale (direkte lovregulering)
- Økonomiske, herunder tilskudd og innkjøp
- Pedagogiske, herunder forskning, veiledning og informasjonstiltak

Alle disse tiltakene brukes i statens styring av helse- og omsorgssektoren.

⁸ Se Iversen (2016) for beskrivelse og drøfting av faste behandlingsløp

Man kan se regler om arbeidsdelingen mellom de ulike typene aktører som et organisatorisk virkemiddel. I Norge eier staten sykehusene. I tillegg kan man se forpliktelser til ulike former for samhandling (henvisning for å få adgang til spesialisthelsetjeneste, obligatorisk registrering av informasjon, deltagelse i samarbeid, mv.) som organisatoriske tiltak.

I alle landene brukes legale virkemidler både til å identifisere pasientenes/brukernes rettigheter og de ulike forvaltningsorganenes og utførernes plikter. I tillegg finnes regler for bl.a. lisensiering, kvalitetskrav, informasjonsbehandling, mv. Videre er det i alle landene krav til utforming av bygninger og uteområder, slik at de blir tilgjengelige for personer med nedsatt funksjonsevne.

Nasjonale myndigheter bestemmer mer eller mindre presist hvordan de ulike tjenestene skal finansieres. Staten finansierer spesialisthelsetjenesten i Danmark og Norge. I disse landene er det også laget finansieringsmekanismer som skal gi hensiktsmessige insentiver for leverandørene i spesialisthelsetjenesten. I Finland og Sverige er det henholdsvis kommunene og regionene som finansierer spesialisthelsetjenesten, og bruk av insentivsystemer varierer mellom områdene. Videre er det i alle landene nasjonale regler for egenbetalinger, hovedsakelig i form av øvre grenser for hvor egenandeler.

En annen form for statlige økonomiske virkemidler er øremerkede tilskudd. I både Danmark, Finland og Sverige varierer de økonomiske betingelsene mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten mellom ulike regioner og sykehusdistrikter. For eksempel er det i Danmark et element av stykkprisfinansiering av sykehus ved at kommunene betaler en egenandel for «sine» pasienter, men innslaget av kommunal egenandel varierer mellom ulike regioner.

Pedagogiske virkemidler kan anta mange former, herunder utarbeidelse av veiledere, faglige normer, finansiering av forskning, offentliggjøring av utredninger, evalueringer og løpende resultater, mv. Alle landene bruker en rekke ulike pedagogiske virkemidler i styringen av helse- og omsorgssektoren.

Det er vanskelig å generalisere om valg av virkemidler: Alle land bruker alle typer virkemidler som ble nevnt over. Likevel mener vi at forskningen tilsier at:

1. Valg av virkemidler må ses i sammenheng med konteksten, dvs. at virkemidlene må ses i sammenheng med hverandre og med situasjonen forøvrig. Man bør derfor være forsiktig med å overføre anbefalinger om spesifikk utforming av virkemidler fra andre land.
2. Man skal være forsiktig med å basere seg på faglige retningslinjer og reguleringer alene for å sikre optimalitet i tjenestetilbudet: Økonomiske insentiver virker, og de kan undergrave direkte reguleringer hvis de trekker sterkt i en annen retning.

Vedrørende pkt. 2: Det er heller ikke mange tilfeller hvor man kan bruke økonomiske insentiver alene for å sikre optimale utfall. Man kan for eksempel tenke på problemet med å bruke betaling for spesifikke behandlingstiltak og for å skrive henvisninger til spesialist som en reguleringsmekanisme for å fordele av behandlingstjenester mellom allmennleger og spesialister. Det er utenkelig å ha

en satsstruktur som kan reflektere heterogeniteten i diagnoser, helheten i pasientenes situasjon og allmennlegenes kapasitet til å gi god behandling. Det er derfor nødvendig å bruke veiledninger og faglige normer for å understøtte eller supplere økonomiske insentiver.

Men et eksempel fra Sverige viser også at man bør unngå feilaktige insentiver. I Sverige økte man på et tidspunkt stykkpris for behandlingstiltak hos allmennleger. Resultatet ble bl.a. færre henvisninger til spesialist og flere behandlingstiltak hos allmennleger. Dette på tross av at retningslinjer eller normer for henvisning ikke var endret.

Et annet eksempel er fra Danmark. Højgaard (2018) oppsummerer forskning om statlig rammestyring versus aktivitetsbasert finansiering av sykehus, og konkluderer med at det finnes lite eller ingen forskning som har overføringsverdi til Danmark. I drøftingen framkommer det at mye av økningen i sykehusenes ressursbruk de senere årene kan knyttes til at hver pasient behandles flere ganger. Bare en mindre del av dette kan forklares med sammensetningen av pasientpopulasjonen (flere eldre, flere med kreft og diabetes). Stykkprisene skaper insentiver til å stykke opp behandlingen i mange besøk, og ikke avslutte behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Dette kan bidra til å forklare veksten i antall besøk per pasient (se Højgaard, s 162-163).

3 Hovedtrekk i organisering og finansiering i ulike nordiske land

3.1 Forvaltningsnivåene

Ansvarsdelingen innenfor helse og omsorg henger sammen med forskjeller i oppdelingen i ulike forvaltningsnivåer i de fire landene. Tabell 3-1 viser at disse forskjellene er betydelige.

Tabell 3-1: Antall innbyggere, kommuner og fylker/regioner i Norge, Danmark, Finland og Sverige. Utgangen av 2018.

	Folketall	Antall kommuner	Antall "regioner"/ fylker	Innbyggere per kommune	Innbyggere per region/ fylke
Norge	5 328 212	423	18	12 596	296 012
Danmark	5 806 081	99	5	58 647	1 161 216
Finland	5 517 919	311	21	17 743	262 758
Sverige	10 230 185	290	21	35 277	487 152

I Finland er det bare to forvaltningsnivåer. Kommunene har gått sammen om å etablere 21 samarbeid om sykehusdrift. Det er disse som er oppført som regioner i tabellen.

I Danmark dominerer spesialisthelsetjenestene regionenes oppgaver. I 2018 utgjorde utgiftene i helsesektoren 126 mrd. DKK av regionenes samlede utgifter på 135 mrd. DKK.

Tabellen viser at både kommunene og regionene i Danmark er i gjennomsnitt større enn tilsvarende enheter i de andre landene. Enhetene er minst i Norge og Finland.

3.2 Oppgavefordelingen

Hovedtrekk

I alle de fire landene har både staten og kommunene ansvar for helse- og omsorgstjenester. I Sverige og Danmark har også regionnivået en viktig rolle. I Finland finnes det som sagt bare to forvaltningsnivåer, og i Norge har ikke fylkeskommunene noen viktig rolle i denne sektoren. Finland skiller seg ut ved utstrakt bruk av interkommunale samarbeid, også knyttet til helse- og omsorgssektoren.

Tabell 3-2: Hovedtrekk i ansvarsfordelingen («sørge for») av helse- og omsorgstjenester i nordiske land

	Norge	Danmark	Sverige	Finland
Pleie og omsorg	Kommune	Kommune	Kommune	Kommune
Primærhelse	Kommune	Region	Region	Kommune
Spesialisthelse	Staten	Region	Region	Kommunesamarbeid/ «Region»

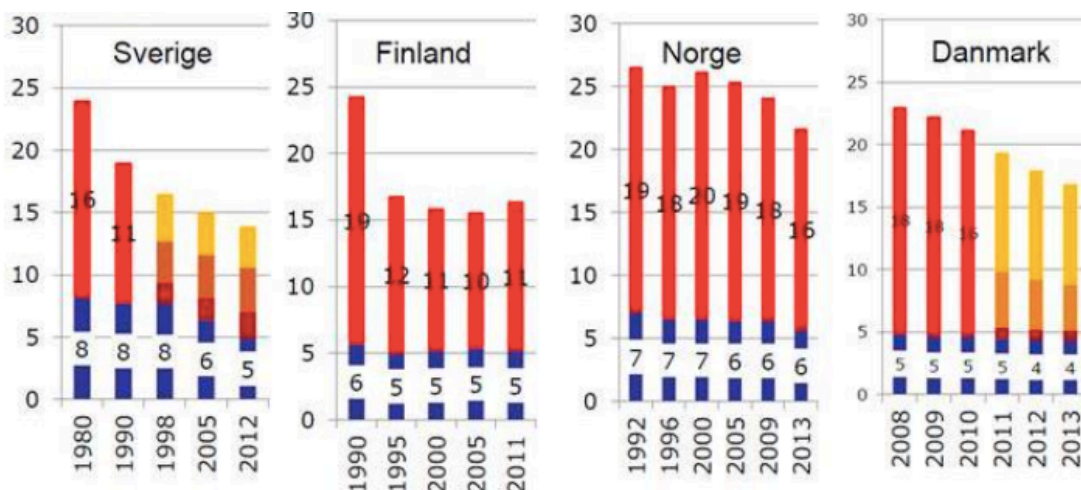
Sverige har 21 regioner. Inntil i år var det 17 landsting og 4 regioner, men alle er nå blitt regioner.

Finland skiller seg ut ved bruk av interkommunale samarbeid, omtalt som «sykehusdistrikter», som har ansvar for spesialisthelsetjenesten. Alle kommuner må delta i et slikt samarbeid. Tabellen innebærer en betydelig forenkling av situasjonen.

3.3 Forskjeller i bruk av tjenester

Dette prosjektet er fokusert på boligtiltak og helse- og omsorgstjenester for eldre. Vi vil her kort referere noen hovedtrekk i utvikling i de fire landene.

Figur 3-1: Dekning for aldergruppen over 65 år over tid for hjemmetjenester og ulike botilbud for eldre i Sverige, Finland, Danmark og Norge.
 argeforklaring: Blått=institusjon og omsorgsbolig, Rødgule nyanser=hjemmetjenester. Ulike tidsperioder

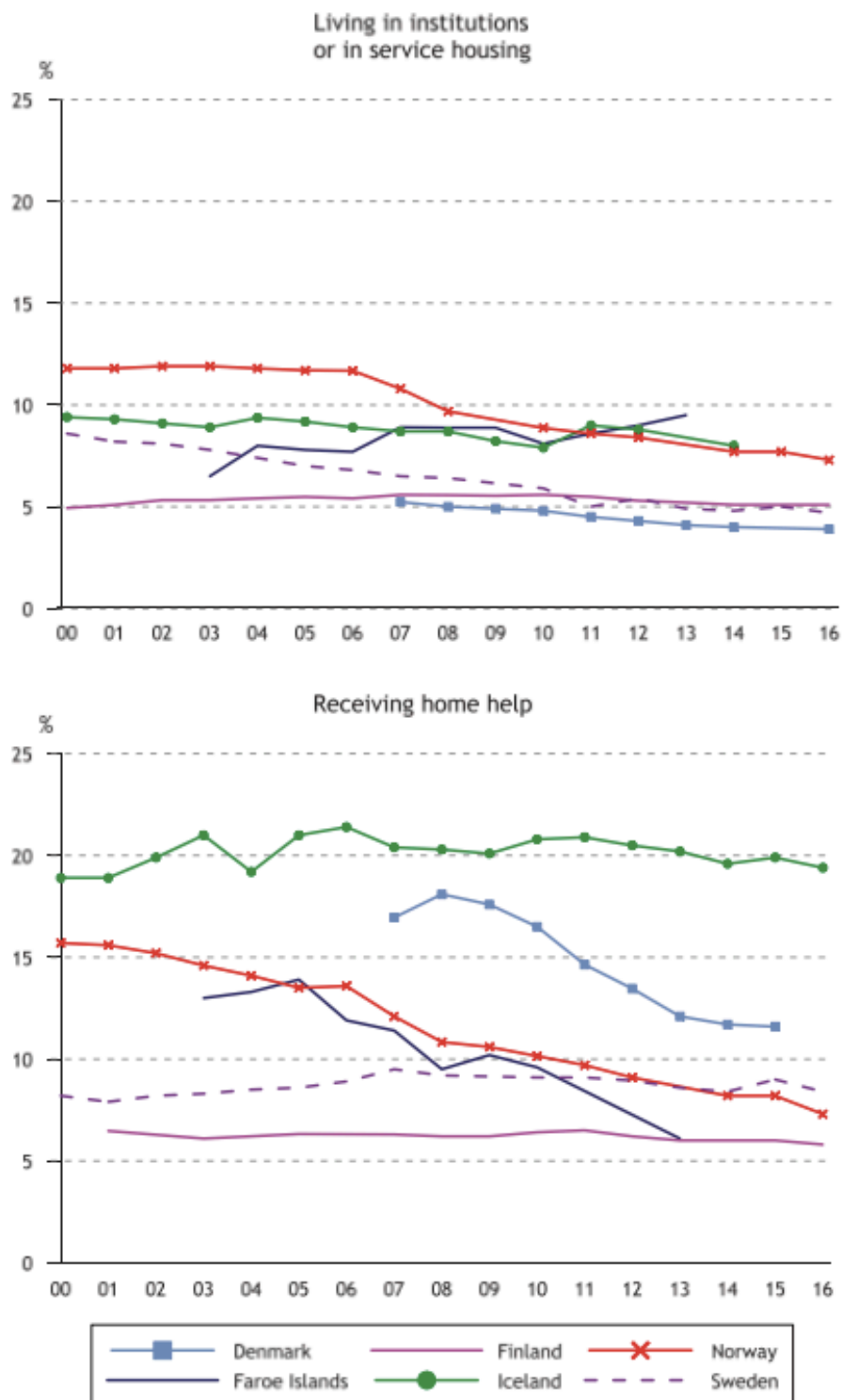


Kilde: Faksimile fra Agenda Kaupang (2016)

Det er en tendens i alle de nordiske landene til at andelen av eldre som mottar offentlige helse- og omsorgstjenester har falt de senere årene. I tillegg er det en tendens til særlig sterk nedgang i andelen som bor på institusjon. Figur 3-1 er hentet fra Agenda Kaupang (2016), som i sin tur har hentet den fra en presentasjon. Merk at det ikke er samme tidsperiode som er brukt for de ulike

landene. Man ser at i siste år i figuren, hadde Norge en dekningsgrad på rundt 22 prosent, mens de andre landene lå på 14-16 prosent.

Figur 3-2: Andel av personer over 65 år som bor i institusjon eller får hjemmebaserte tjenester i de nordiske landene. 2000-2016



Source: DK, Statistics Denmark; FO, Ministry of Social Affairs; FI, National Institute for Health and Welfare (THL); NO, Statistics Norway; SV, the National Board of Health and Welfare

Kilde: Faksimile fra NOSOSKO (2017)

Figur 3-2 viser mye av det samme bildet som figur 3-1.

- Andelen av de eldre i Norge som bor i institusjon eller bolig med tjenester er høyere enn i Danmark, Finland og Sverige.
- Danmark ligger høyest i andel mottakere av hjemmetjenester. Norge ligger litt under Sverige, men høyere enn Finland

I Norge har regjeringen bl.a. i Meld.St. 15 (2017-2018) formulert mål om at de eldre i større grad skal bli selvhjulpne og bo hjemme. Alle de tre andre landene i denne utredningen har formulert tilsvarende mål. De tendensene man ser i Figur 3-1 og Figur 3-2 kan dermed ses som et utslag av en målrettet politikk (satsing på først på preventive tiltak, dernest på hjemmebaserte tjenester), men også bedre helse blant eldre har trolig bidratt. Norge er tilsynelatende kommet kortere enn de andre landene i denne utviklingen.

3.4 Hovedtrekk – ansvar og finansiering

Danmark

Utbygging («sørge for»)

I Danmark ble det i 2007 gjennomført en større reform av organisering av helsevesenet i Danmark. Dette må også ses i sammenheng med en omfattende kommunereform som skjedde samtidig. Antall kommuner ble sterkt redusert og 16 amt ble erstattet av 5 regioner. Regionen har få driftsfunksjoner utenom helsetjenester.

Kommunene har ansvar for pleie- og omsorgstjenester, mens regionene har ansvar for både primær- og spesialisthelsetjeneste.

De fem regionene eier nesten alle sykehus i landet. De danske regionene har nesten ikke andre oppgaver enn spesialisthelsetjenesten, og de ligner derfor på sett og vis mer på de norske helseforetakene enn på regionene i Sverige.

Sykehusstrukturen, herunder etablering av sterkt spesialiserte tilbud, skal godkjennes av Sundhedsstyrelsen (tilsvarende det norske Helsedirektoratet). Styrelsen skal konsulteres om alle beslutninger om struktur, og skal godkjenne etablering av de spesialiserte tilbudene.

Utforming (valg av tjeneste og krav til kvalitet)

I Danmark kreves det henvisning for å få behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunene tildeler omsorgstjenester. Pasientene kan fritt velge sykehus.

Organisering

De fleste leger i primærhelsetjenesten i Danmark er selvstendig næringsdrivende.

Tilsyn

Styrelsen for patientsikkerhed fører tilsyn med helse- og omsorgssektoren. Inntil 2015 var det Sundhedsstyrelsen (tilsvarende omlag Helsedirektoratet pluss Statens

Legemiddeltilsyn) som hadde tilsynsansvaret, men det var misnøye med utøvelse av denne funksjonen, og ansvaret ble derfor skilt ut og lagt sammen med Patientombudet.

Finland

Utbygging («sørge for»)

Kommunene har ansvar for alle helsetjenester, bortsett fra sykdomsforebyggende bedriftshelsetjenester. Loven spesifiserer i hovedsak ikke hvilke tjenester kommunene må tilby, og det er betydelig variasjon mellom tjenestetilbudet i ulike kommuner.

Det er lovbestemt at alle kommuner skal være med i interkommunale samarbeid om spesialisthelsetjeneste. Kommunene velger selv hvilket samarbeid de vil delta i.

Det er 21 kommunesamarbeid eller sykehusdistrikter som tar avgjørelsene om utbygging av spesialisthelsetjenesten. Staten regulerer imidlertid tilbudet av visse spesialiserte funksjoner. Videre har helsedepartementet etablert visse kvalitetsstandarder som i realiteten påvirker strukturen. For eksempel må sykehus som skal etablere visse typer behandling knyttet til fødsler oppfylle et angitt minstenivåkrav for antall fødsler.

Utforming (valg av tjeneste og krav til kvalitet)

Det kreves henvisning fra allmennlege (helsesenter) for å få behandling i spesialisthelsetjenesten, men det er et betydelig omfang av spesialisert behandling også hos bedriftsleger og private leger. Det kreves ikke henvisning for å bruke de sistnevnte.

Det er kommunene som har ansvar for å sikre tilgang til omsorgstjenester, men i en del områder er tjenestene organisert gjennom ulike interkommunale løsninger.

Organisering

I Finland er de fleste legene i primærhelsetjenesten ansatt enten i kommunale helsesentre, selskap som lever bedriftshelsetjenester eller i andre private helsesentre. Det er en tendens til at det etableres flere tverrfaglige helsesentre, gjerne med leger, sykepleiere, fysio-/ergoterapeut og/eller ev. farmasøyter. Det blir også stadig vanligere at kommuner inngår interkommunale samarbeid ikke bare om spesialisthelsetjenester, men også primærhelsetjenester samt pleie- og omsorgstjenester (Keskimäki et al., 2018).

Tilsyn

Ifølge Nordic Medico-Statistical Committee (2017) er det ikke like omfattende statlig tilsyn med helse- og omsorgssektoren i Finland som i de andre landene. Finland baserer seg mer på internkontroll i sektoren.

Det er Tillstånds- och tilsynsverket för social och hälsovården (Valvira) som har ansvar for tilsyn med helse- og omsorgssektoren. Klager fra pasienter/brukere

skal imidlertid sendes til Regionförvaltningsverken (RFV), bortsett fra at særlige alvorlige saker skal behandles av Valvira direkte. Valvira er ankeinstans for saker behandlet av RFV.

Sverige

Det er ikke noen egen lov om pasientrettigheter i Sverige, men med hjemmel i Hälso- och sjukvårdslagen er det gitt forskrifter om «Vårdsgaranti» som ikke bare definerer rett til hjelp, men også maksimale ventetider for ulike typer helsetjenester. Avtaler mellom län/regioner og kommunene om helsetjenester definerer også brukerrettigheter som et krav til servicenivået. Videre definerer Sosialtjenesteloven rett til hjelp bl.a. i form av tjenester i hjemmet.

Utbygging («sørge for»)

I Sverige har kommunene ansvar for helse- og omsorgstjenester, inkludert pleieinstitusjoner. Ansvaret for spesialisthelsetjenester er lagt til 21 regioner («fylker»)⁹. Disse har samarbeid i form av seks helseregioner som er regulert av avtaler mellom regioner. Statens rolle er i hovedsak overordnet styring og tilsyn, og ikke som leverandør operative helsetjenester.

Det er regionene som beslutter sykehusstrukturen. Regionene (tidligere länstingene) har tradisjon for å samarbeide om sykehusstrukturen. Visse behandlinger tilbys bare i de seks universitetssykehusene. Andre behandlinger tilbys bare ved store sykehus og ikke i alle regioner. Statlige myndigheter har også tatt initiativ til å etablere spesialenheter som skal sikre et landsdekkende tilbud for visse behandlinger, herunder visse typer kreft. Kommunene har ansvar for hjemmebaserte tjenester, bortsett fra hjemmebaserte legetjenester.

Utforming (valg av tjeneste og krav til kvalitet)

I Sverige er det ikke noe formelt krav om henvisning fra allmennlege for å slippe til hos spesialist, men uten henvisning, kreves det økt egenandel. Bruken av spesialister begrenses også av at allmennlegene får redusert bevilgning når de henviser til spesialist.¹⁰

Kommunene kan velge om de selv vil drive hjemmebaserte tjenester og omsorgsinstitusjoner, eller om dette skal organiseres på regionnivå. I alle regioner utenom Stockholm har kommunene nå valgt å drive hjemmesykepleien selv. I Stockholm er det regionen som driver tjenesten, men også her er det en prosess i gang for overføring til kommunen.¹¹

Organisering

I Sverige er det ikke noen enhetlig organisering av allmennlegene, da det er opp til den enkelte kommune å organisere og finansiere tjenesten. De fleste er ansatt i helsesentre. Andelen som arbeider i private, kommersielle helsesentre er

⁹ Jf. Olsen (2016).

¹⁰ Anell (2015).

¹¹ SOU 2017:21 «Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer».

økende.¹² Det er en tendens til at det etableres tværfaglige helsesentre, gjerne med leger, sykepleiere, fysio-/ergoterapeut og/eller ev. farmasøyter.

Samordning

Alle brukere av helse- og omsorgstjenester har rett til samordnet individuell plan fra bostedskommunen. Tiltaket er rettet mot å styrke samordningen mellom tjenestene.

Tilsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) fører tilsyn med både helse- og omsorgstjenester (både kvalitet og pasientrettigheter). Läkarmedelverket fører tilsyn med utskrivning og distribusjon av legemidler, og har også ansvar for markedsregulering (bla. avansesatser). Godkjenning av nye legemidler som skal omfattes av statlige subsidier gjøres av Tandvårds- og läkemedelsförmånsverket (TLV).

3.5 Finansiering

Danmark

Det er regionene som har ansvar for spesialisthelsetjenester i sykehus. Regionene har tre finansieringskilder:

- Rammetilskudd fra staten: Basert på nøkkeltall (beregnet utgiftsbehov)
- Aktivitetsbaserte inntekter fra staten: Utløses når omfang av aktivitet (målt ved DRG-satser) overskrider basisnivå som ligger til grunn for rammetilskuddet
- Aktivitetsbaserte inntekter fra kommunene

Regionene har ikke beskatningsrett. I 2018 utgjorde tilskudd fra staten 96 mrd. DKK og fra kommuner 20 mrd. DKK.¹³

I Danmark forhandler staten hvert år med kommunene og regionene om de økonomiske rammene for det påfølgende år. På en del områder er det etablert justeringsmekanismer, slik at rammene endres i ettertid hvis utviklingen i behov og aktivitet ikke samsvarer med det som ble lagt til grunn da rammene ble forhandlet. Den aktivitetsbaserte finansieringen fra staten er en slik justeringsmekanisme.

Den aktivitetsbaserte betalingen fra kommunene er en form for egenandel for kommunenes bruk av spesialisthelsetjenesten. Kommunene betaler også kostnadsdekkende satser for ferdigbehandlede pasienter og for rehabilitering.¹⁴

¹² Olsen (2016).

¹³ Kilde: Danmarks statistik, Statistikkbanken, Regionernes regnskaber efter hovedkonto, region, tid, art og dranst.

¹⁴ Kilde: Hjemmesiden til Danske regioner <https://www.regioner.dk/aftaler-og-oekonomi/oekonomisk-styring/finansiering/finansiering-fra-kommunerne>.

Hensikten med den kommunale medfinansieringen er at den skal gi kommunene et insentiv til å satse på forebygging og sammenhengende behandlingsskjeder.

Selvstendige spesialister har avtaler med sin region. De får et fast honorar samt en stykkprisfinansiering. Når inntektene fra stykkprisfinansiering når et gitt nivå, reduseres stykkprisen på tjenester utover dette med 40 prosent.

Kommunene tilfører også sykehusene «frie midler» gjennom rammer basert på ulike nøkkeltall. Innslaget av slike finansieringsformer økte etter at de ble gjort obligatorisk i 2004. De første årene var modellene i hovedsak basert på stykkprismodeller. I 2010 ble det i nesten alle regionene innført et tak på samlet aktivitetsbasert finansiering. Sykehusene fikk dermed ikke tilført ekstra midler for aktivitet over dette taket. De senere årene er modellene blitt mindre enhetlige. Man har introdusert andre kriterier for finansiering enn aktivitet.¹⁵

Kommunene finansierer i all hovedsak primærhelsetjenesten selv ved bruk av frie inntekter. I 2018 utgjorde både egenandeler og statstilskudd 0,1 mrd. DKK. Samlede netto utgifter til primærhelsetjenesten var på 30,6 mrd. DKK. Av dette var 23,3 mrd. DKK betaling til regionene.

I Danmark er helse- og omsorgstjenester fordelt på de to tjenesteområdene «sundhed» og «sosiale oppgaver». Helse- og omsorgstjenester i hjemmet regnes inn i sistnevnte kategori, og er ikke inkludert tallene i forrige avsnitt.

Leger og andre i privat praksis finansieres (som i Norge) av en kombinasjon av tilskudd per pasient («listelengde») og stykkpris. Fordelingen på de to kildene er omlag 30/70.

Danmark har innført tak på hvor store stykkprisinntekter hver lege kan tjene opp. Dette hindrer såkalt “supplier induced demand” ved at allmennleger fristes til å overbehandle for å sikre eget inntektsgrunnlag. På den andre siden skal stykkprisene hindre overdreven henvisning til spesialisthelsetjenesten.¹⁶

Finland

Det er ikke noe skille mellom finansieringen av primær- og spesialisthelsetjenestene i Finland. Finansieringen kommer fra fire kilder:

- Kommunene
- Staten
- Arbeidsgiverne
- Pasientene

Det er opp til kommunene å bestemme modell for finansiering av sykehusene og de andre utførerne i spesialisthelsetjenesten. I følge Keskimäki er finansieringsbyrden i de fleste sykehusdistrikter delt i et fast bidrag basert på antall innbyggere i hver kommune og et løpende bidrag basert på bruken av spesialisthelsetjenestene (DRG-satser) blant kommunenes innbyggere.

¹⁵ Højgaard (2018), avsnitt 12.5.1.

¹⁶ Se Olejaz (s. 80).

I Finland inngår hvert av de 21 sykehusdistriktene kontrakter med sine sykehus. Hvert sykehusdistrikt står fritt til å velge kontraktsform. Disse kontraktene vil som oftest regulere både aktivitetsvolumet og hvilke inntekter som følger med. Budsjettene er dermed prospektive, og baseres på en (relativt komplisert) prisliste som i noen tilfeller dekker typer av tjenester, mens i andre tilfeller er de basert på DRG-systemet. Systemet er allikevel ikke mer prospektivt enn at man, dersom aktivitetsnivået (og kostnadene) blir høyere enn avtalt, kommer i forhandlingssituasjon om dette avviket skal dekkes inn gjennom ekstra tilskudd eller lavere pris.¹⁷ Det er også vanlig at samarbeidende kommuner opptrer som en «forsikringspool», slik at fellesskapet dekker utgifter utover EUR 60 000-80 000 per pasient.

Også i avtalene mellom de interkommunale samarbeidene og sykehusdistriktene er det mest vanlig med stykkpris, men det er opp til partene selv å fastlegge strukturen i de økonomiske vilkårene, og det er en del forskjeller mellom løsningene i de ulike distriktene.

I interkommunale helsesentra og andre tilbud i primærhelsetjenesten er det noe vanligere at betalingen er basert kun på bruk av sentrene.

Kommunene finansierer omsorgstjenestene fra frie inntekter. Mesteparten (omlag 80 prosent) av kommunenes inntekter kommer fra skatt, resten som rammeoverføring fra staten. Overføringene fra staten bidrar til utjevning av forskjeller i skatteinntekter.

Sverige

Spesialisthelsetjenesten finansieres i all hovedsak av regioner. Disse har egne inntekter og lånefullmakter, og kan selv utforme finansieringssystemer for de ulike typer enheter. De ulike regionene og helseregionene har valgt ulike modeller for finansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vanligste er en grunnbevilgning supplert med stykkprisfinansiering (gjerne DRG-basert) og resultatbasert finansiering («Pay for performance»).

DRG-systemet brukes av de aller fleste landsting som et planleggingssystem og/eller som grunnlag for oppfølging. De aller fleste fylkene bruker systemet som grunnlag for finansiering av gjestepasienter, og i 2007 var det 7 av 18 fylker som benyttet DRG som finansieringsgrunnlag for pasienter også fra eget område. Andelen varierer imidlertid fra fylke til fylke, og var i 2007 fra 20 til 100 prosent.¹⁸ Noe nasjonalt finansieringssystem basert på DRG synes ikke å være aktuelt i nær framtid. Det eksisterer imidlertid en nasjonal referansepris basert på kostnad-per-pasient beregninger, men det er opp til hvert enkelt fylke om man ønsker å benytte denne. Västra Götaland og Stockholm har sine egne DRG-vekter og prislister.

¹⁷ Omtalen er basert på Keskimäki (2019).

¹⁸ Anell (2012)

Regionene har også ansvar for primærhelsetjenesten. De kan selv utforme virkemidlene for å nå helsepolitiske mål, og de har valgt ganske ulike løsninger for finansiering.

Helsesentrene får inntekter ut fra flere grunnlag. Ifølge Olsen (2016) er listelengde den viktigste komponenten, men også innslag av stykkpris er ganske vanlig. I Anell (2017) oppgis det at på landsbasis kommer fire prosent av allmennlegenes inntekter fra stykkprisbetalinger. Sverige er det eneste av de tre landene som har introdusert «Pay for performance», dvs. betaling som er knyttet både til kvantitet og kvalitet, men dette må ses som en forsøksordning.

Enkelte svenske kommuner har innført tak på hvor store stykkprisinntekter hver lege kan tjene opp.

I hovedsak, finansierer kommunene omsorgstjenestene fra frie inntekter. Omlag 80 prosent av disse er egne inntekter (skatt, leie, gebyrer, mv). Om lag 13 prosent av inntektene kommer i form av rammeoverføringer fra staten og 7 prosent er øremerkede tilskudd. I 2019 ble det gitt 500 mill.SEK til «forsterkning av eldreomsorgen» og 700 mill.SEK til bygging og utbedring av boliger for eldre. De to første ordningene blir forvaltet av Sosialstyrelsen, den siste av Boverket. Alle finansieringsordningene er søknadsbaserte.

3.6 Egenandeler

I alle landene betaler beboere i omsorgsboliger husleie samt egenandeler for tjenester. Tilsvarende gjelder også hvis man bor i ordinær bolig. Det samme system for beregning av egenandel gjelder også for sykehjem i Danmark og Sverige. I Finland er egenandelen i sykehjem ikke basert på kostnadsberegning, men pasientens inntekt.¹⁹

I Danmark er det ingen egenbetaling for varige omsorgstjenester, uansett om man bor i ordinær bolig, omsorgsbolig eller sykehjem.

I Sverige skal det ved tildeling av boliger med fellesarealer og tilknyttede tjenester ikke tas hensyn til kostnader knyttet til fellesarealene ved beregning av husleie.²⁰

Danmark

Hvis en person som er gift, flytter til pleiehjem, beregnes egenbetaling for vedkommende og for ektefellen som om de var enslige (Ældresagen).

Det er ingen egenandeler for bruk av allmennleger (bortsett fra pasienter uten fastlege, eller ved konsultasjon hos annen lege enn fastlegen), hjemmehjelp eller hjemmesykepleie. Det er egenandeler for tannhelsetjenester, fysioterapi, briller og medisiner.

¹⁹ Informasjonen er hentet fra Keskimäki (2019). Vi antar at egenbetalingen er begrenset oppad til et nivå som gir full kostnadsdekning for tjenesten, men det framkommer ikke.

²⁰ Bestemmelsen gjelder «gruppobostad eller bostad med särskild service». I Sverige er leien i utleieboliger («hyresrätt») ut fra en norm om kostnadsdekning. Jf. Prop. 2016/17:188 Nationellt mål och inriktning för funktionshinderspolitiken

I omsorgsboliger betaler man kostnadsbasert husleie samt for fellestjenester. Egenandeler for andre tjenester er uavhengig av ha slags bolig man bor i.

Tabell 3-3: Egenandeler for sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester^{21,22}

	Danmark	Finland	Sverige	Norge
Tjenester i hjemmet	Gratis for varig hjelp, egenandel for midlertidig	Formel basert på husholdning og inntekt. Maks 35% av inntekt utover minimum for enslige. 22% for par. Varierer mellom kommuner. Dekker 16% av utgiftene	Maksimalt 2 044 SEK per måned. «Fri inntekt» > 5 000 Sek. Varierer betydelig mellom kommuner	Inntekts-avhengig
Sykehjem	Husleie og tjenester	Inntil 85% av inntekt. Gjenværende inntekt >107 EUR	Husleie pluss inntil 2 044 SEK per måned. Varierer betydelig mellom kommuner	Inntekts-gradert. 85% av marginal inntekt. Nedre grense for restinntekt
Omsorgsboliger, ol.	Husleie pluss betaling for tjenester i hjemmet.	Husleie pluss betaling for tjenester (se over).	Husleie pluss <2 044 SEK per måned	Husleie pluss tjenestene

Kilde: NOSOSCO (2017)

Finland

Det er ikke noe enhetlig system for egenandeler. De enkelte kommunene inngår avtaler med helsesentrene om dette. Lovverket setter imidlertid tak både for egenbetaling per behandling/tjeneste og for samlet egenandel per år. Loven spesifiserer også en del helsetjenester og pasienter som er unntatt fra egenandeler. Kommunene kan velge å ha lavere egenandeler enn grensene i loven, men i følge Keskimäki har de fleste kommunene valgt lovens maksimalgrense. Vaalavuo (2018) finner at det er store forskjeller i nivåene på satsene for egenbetalinger mellom ulike distrikter og kommuner. Summen av

²¹ Informasjonen er i hovedsak hentet fra Nordic Social Statistical Committee 63:2017 «Social Protection in the Nordic Countries»

²² Sverige: <https://seniorval.se/bra-att-veta/vad-kostar-aldreomsorg>. Finland: <https://stm.fi/sv/avgifter-for-hemservice-och-hemsjukvard>, Danmark: <https://www.aeldresagen.dk/>

egenandeler for helsetjenester, medisiner og reise til og fra behandling kan utgjøre inntil 1 600 EUR per år. Dette taket gjelder ikke for institusjonsplass.

Det kan være egenandeler for hjemmebaserte helsetjenester. Maksimalbetaling er 18,90 EUR for legebesøk og 12 EUR for besøk av annet helsepersonell. Det er faste månedsbetalinger for pasienter med langvarig behandlingsbehov. Nivået på betalingene for varige tjenester avhenger av type og omfang av tjenestene samt husholdningens sammensetning og inntekt (Keskimäki, s. 65).

Egenandel for opphold på kommunal institusjon (f.eks. sykehjem) er satt til 85 prosent av månedlig inntekt (pasienten/beboeren skal ha 108 EUR i inntekt etter egenandel). For funksjonshemmede er satsen 13,40 EUR per dag (Keskimäki, s. 67). For ektepar innebærer reglene at man tar hensyn til begge inntekt ved utmåling av egenandel.

Keskimäki (2019) konkluderer med at egenandeler er høye for enkelte grupper, og at mange ikke har råd til helsetjenester. Dette understøttes av spørreundersøkelser («EU SILC») som EØS-landene, mfl. gjennomfører. I 2018 oppga 4,7 prosent av respondentene i Finland at de hadde udekkede behov for helsetjenester som følge av økonomiske årsaker, venteliste eller for lang reisevei.²³ Tilsvarende tall for de skandinaviske landene var 1,3 - 1,5 prosent. I sum utgjorde egenandelene omlag 1 400 mill. EUR i 2015. Det tilsvarte sju prosent av kostnadene. Det finnes ikke finske studier av virkningene av egenbetalinger for atferden til brukerne.

Sverige

Det er egenandeler både ved bruk av lege og andre behandlere samt ved bruk av legemidler, men det er ganske lave maksimumsbeløp for egenbetalinger per år.²⁴

Det er lovbestemt at ingen skal betale mer enn 1 100 SEK i egenandeler per år. Betaling for et legebesøk i primærhelsetjenesten varierer mellom 0 og 300 SEK. Besøk hos lege i spesialisthelsetjenesten koster mellom 200 og 400 SEK, gitt at pasienten er henvist fra primærhelsetjenesten. Pasientene kan oppsøke spesialist uten å ha henvisning, men da er egenandelen høyere.²⁵

I 2009 var omlag 80 prosent av helseutgiftene finansiert av det offentlige, mens resten i hovedsak var brukerbetalinger.

I omsorgsboliger og sykehjem betales det kostnadsdekkende husleie. I tillegg betales det for tjenester (inntil 2 044 SEK per måned).

²³ Eurostats forklaring av indikatoren er: «The indicator measures the share of the population aged 16 and over reporting unmet needs for medical care due to one of the following reasons: 'Financial reasons', 'Waiting list' and 'Too far to travel' (all three categories are cumulated). Self-reported unmet needs concern a person's own assessment of whether he or she needed medical examination or treatment (dental care excluded), but did not have it or did not seek it.»

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en

²⁴ Se Anell (2017) s. 63 og 65 for oversikt.

²⁵ Jf. Nomesco (2017)

3.7 Særlig ressurskrevende brukere

Kommunene har i alle landene ansvar for å levere pleie- og omsorgstjenester. Enkelte brukere kan være svært ressurskrevende, gjerne knyttet til at de trenger kontinuerlig, individuell overvåkning av personale. Bistandsbehovet til enkelte ressurskrevende brukere kan i Norge belaste kommunen med flere millioner kroner i årlige utgifter. For små kommuner kan noen få slike brukere være en meget stor belastning for økonomien. For å hindre at det blir unødige store forskjeller i kommunenes muligheter til å løse andre oppgaver, har man i Norge etablert en ordning med refusjon av deler av utgiftene til særlig ressurskrevende brukere.

Norge, Danmark og Finland har omlag samme folketall, men antall kommuner er henholdsvis 423, 98 og 311. Sverige har omlag dobbelt så mange innbyggere, og har 290 kommuner. Mens Danmark kun har fem kommuner med færre enn 12 000 innbyggere, har Norge over 300, Sverige 105 og Finland 241. Store kommuner kan i større grad enn små selv håndtere risikoen knyttet til ressurskrevende brukere. Forskjeller i kommunestruktur gir med andre ord ulikt behov for slike ordninger.

I Norge dekker staten 80 prosent av utgiftene til særlig ressurskrevende brukere, men bare direkte utgifter utover 1 270 000 kroner per år.

Danmark

Danmark har ikke noen ordning for å avlaste kommunenes kostnader knyttet til særlig ressurskrevende brukere.

Finland

I Finland dekker NHI («Folketrygden») utgiftene til medisinsk rehabilitering for personer med alvorlige funksjonsnedsettelse. Ordningen gjelder behandling som går utover det kurative og som er nødvendig for å styrke pasientens alminnelige funksjonsevne og arbeidskapasitet. Ordningen gjelder bare for pasienter som er uføretrygdet (gjelder de under 65 år) og som ikke bor på institusjon (Keskimäki, s. 53).²⁶

I tillegg er det vanlig at samarbeidende kommuner opptrer som en «forsikringspool», slik at fellesskapet dekker utgifter utover 60 000-80 000 EUR per pasient i primærhelsetjenesten og/eller spesialisthelsetjenesten. Kommunförbundet oppgir i en epost at utformingen av denne ordningen ikke er enhetlig for de ulike sykehusdistriktene.

Sverige

Sverige har en begrenset ordning for å avlaste kommunene med kostnader knyttet til ressurskrevende brukere. Ordningen gjelder kun brukerstyrt personlig assistent (BPA). Kommuner tildeler og betaler for inntil 20 timer BPA per bruker. Försäkringskassan tildeler og betaler for BPA utover 20 timer per uke.

²⁶ Keskimäki, s. 53

Behovet for særskilte ordninger for ressurskrevende brukere må ses i sammenheng med størrelsen på svenske kommuner og systemet for utjevning mellom kommuner. Den minste kommunen i Sverige har litt over 2 500 innbyggere. I følge SKR (Sveriges kommuner og regioner) gir modellen for omfordelingen av inntekter mellom kommuner en ganske sterk korreksjon for demografiske forhold, men det er ingen eksplisitt omfordeling basert på behov for helse- og omsorgstjenester. Det har vært diskusjoner om man burde hatt en mer eksplisitt avlastning av kommunenes risiko på dette området, men det har ikke ledet til konkrete reformforslag.

3.8 Organisering av satsing på velferdsteknologi

Alle landene har nasjonale initiativer og strategier mv. for innføring av velferdsteknologi, men det er likevel store forskjeller mellom landene. I Sverige og Finland er det sterk tradisjon for kommunal autonomi. Dette ser ut til å ha ført til særlig stor variasjon i hvor langt ulike kommuner er kommet i innføringen. Norge og Danmark har satsset mer på samarbeid om utprøving og kompetanseutvikling mv. enn de to andre landene.

Danmark

KL (KS' søsterorganisasjon) etablerte i 2013 en enhet – «Center for Velfærdsteknologi» – for å understøtte implementering av velferdsteknologi i kommunene. Samme år inngikk regjeringen, KL og Danske regioner en avtale om den felles strategien «Digital velfærd – en lettere hverdag». Strategien gjelder 2013-2020, og omhandler informasjonsutveksling, telemedisin, digitale hjelpemidler, mm. Den dekker både grunnleggende strukturelle forutsetninger (nettverk, lovgivning, datautveksling) og satsinger som bygger på disse. Senere har KL etablert «Program for velfærdsteknologi 2017-2020» og en felleskommunal handlingsplan 2016-2020 «Lokal og digital – et sammenhengende Danmark».

Center for Velfærdsteknologi arbeider med nettverk, koordinering og dokumentasjon. I hovedsak arbeider senteret med tiltak knyttet til strategien «Digital velfærd – en lettere hverdag». Det er Digitaliseringsstyrelsen som har hovedansvar for implementering av denne.

Senteret arbeider både med digitale løsninger og mer tradisjonelle hjelpemidler. Arbeidet omfatter bl.a. utvikling av «business case» knyttet til innføring av velferdsteknologi, inkludert planer for gevinstrealisering. Videre arbeider senteret med å dokumentere vellykkede satsinger. Mye av arbeidet skjer i arbeidsgrupper med representanter for kommuner. Det er etablert en egen styringsgruppe som skal vurdere om senteret når sine mål. Senteret har fire årsverk og et budsjett på vel 3 mill. DKK per år.

Den statlige støtten til utprøving av velferdsteknologiske løsninger er begrenset til utgiftene til prosjektledelse. Kommunene dekker selv hele investeringskostnaden.

Senteret lager en årlig rapport, hovedsakelig basert på en spørreundersøkelse blant kommunene. Basert på rapporten for 2018 har vi inntrykk av at innføringen av velferdsteknologi er kommet lengre i Danmark enn i Sverige.

I forbindelse med utprøvingen, lages det gevinstrealiseringsplaner. KL peker på følgende tendenser:

- I de senere årene har satsingene på velferdsteknologi i hovedsak gitt forbedringer i tjenestekvalitet og i mindre grad kostnadsbesparelser
- Både personvernregler og manglende systemer for (lovlig) utveksling av pasientopplysninger reduserer gevinstene av velferdsteknologi
- I en del satsinger er tilknytning til fagsystemene i helse- og omsorgssektoren en forutsetning for gevinster. Samhandlingen med leverandørene av fagsystemer var svak i begynnelsen, men er blitt bedre.

Finland

I 2015 vedtok Finlands regjering «eHealth and eSocial Strategy 2020». Strategien ble utviklet i samarbeid med stat og kommuner og med bidrag fra ulike relevante aktører. Strategien omhandler primært datautveksling, selvbetjeningsløsninger og læring, og i mindre grad velferdsteknologi i snever forstand, slik dette forstås i Norge. Vår vurdering er at strategien i hovedsak stiller opp mål og omtaler mulige gevinster, men inneholder lite om tiltak.

THL (tilsvarer Helsedirektoratet) har et «Program för robotik». Foreløpig arbeider de mest med å få oversikt over hva ulike aktører arbeider med. På sikt er det ambisjoner om å delta i utprøving av løsninger og å spre informasjon.

I 2017 utga en arbeidsgruppe et veikart for innføring av roboter i omsorgssektoren. I oppsummeringen heter det:

The Finnish business and innovation ecosystem around robotics in care is immature. There is no credible, skilled national operator that could connect care technologies, related services and service users. At present, the business ecosystem is still largely at the birth stage, and the wider innovation ecosystem is immature and essential stakeholders are missing. However, Finland appears to possess good opportunities to build a functioning innovation ecosystem around care robotics, as the well-established Finnish technological and welfare systems form a synergic platform for actors and stakeholders to co-operate, allowing both public and private institutions as well as developers and users to participate in planning of robotic services. In order to reach a cutting edge position in using and producing robotic systems in care services, a systematic and multidisciplinary research, innovation and education program is needed.

Våre intervjuer understøtter arbeidsgruppens vurdering: Finland mangler arenaer som bringer teknologimiljøer og helse- og omsorgssektoren sammen. Det nevnes heller ingen nasjonale ordninger av betydning i EPTA (2019). Videre er det på nasjonalt nivå ikke etablert gode prosesser for utprøving av nye løsninger og for læring. Kommunene og sykehusdistriktene arbeider hver for seg eller i mindre grupper. Det finnes bare anekdotisk informasjon om hvor langt utviklingen er kommet når det gjelder innføring av velferdsteknologi. Intervjuene tyder på at

noen kommuner og distrikter ligger langt framme, mens andre er kommet kort. Vi har ikke funnet informasjon som kan forklare forskjellene.

Sverige

Sverige har valgt en litt annen linje enn de andre landene i arbeidet med velferdsteknologi: Det gis statsstøtte til kommunenes innføring av velferdsteknologi, men det er ikke noe nasjonalt program for utprøving, evaluering og læring, slik man har i Norge og Danmark.²⁷

I tillegg til tilskuddsordningen er det en del utredningsvirksomhet. Likevel mener vi det er grunnlag for å hevde at statlige virkemidler i liten grad preger arbeidet med velferdsteknologi i Sverige. Enten arbeider de ulike kommunene og regionene hver for seg på dette feltet, eller de har etablert ulike typer nettverk.

I 2010 vedtok regjeringen «Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg». Den gjelder fortsatt. Strategien dekker i hovedsak løsninger for lagring og utveksling av data, og ikke velferdsteknologi.

Som en del av strategien ble det bevilget midler for å stimulere e-helse og velferdstjenestene i kommunene.²⁸ I 2011 ble det bevilget 20 mill. SEK, men bevilgningene ble økt raskt, og etter en avtale mellom kommunene og staten, ble det avsatt 130 mill. SEK i årene etter og 350 mill. SEK i 2018. Kommunene har kunnet søke på midlene. I 2018 søkte alle kommunene om midler. Det er foreløpig ikke avklart om ordningen vil videreføres.

Socialstyrelsen har laget årlige rapporter om e-helse og velferdsteknologi i kommunene siden 2014. Rapportene har også omhandlet bruken av de statlige tilskuddene.

Rapporten fra 2019 inneholder også vurderinger av framdrift i innføring av velferdsteknologi samt virkninger av de statlige midlene. Vi mener det er dekning for å si at rapporten tyder på at innføringen går langsomt, og at virkningene av de statlige bevilgningene har vært beskjedne. Under overskriften «Statsbidraget har haft en begränsad effekt på kommunernas långsiktiga arbete med välfärdsteknik» heter det bl.a.:

Socialstyrelsen konstaterar att satsningen med bidrag till kommunerna var vällovlig men den givna tidsramen gjorde att satsningen inte gav optimal effekt. För en långsiktig och målmedveten utveckling av socialtjänstens verksamheter med stöd av välfärdsteknik och annan teknik är det inte tillfälliga satsningar utan koppling till andra insatser som behövs utan en genomtänkt och samordnad strategi som löper över flera år. En satsning på kortsiktiga investeringar i teknik riskerar att inte ge en hållbar positiv effekt för kommunernas arbete.

I tillegg til disse argumentene fra Socialstyrelsen, mener vi det også er grunnlag for å hevde at tilskuddsordningen var svakt utformet, gitt det overordnede målet.

²⁷ Se EFTA (2019). Intervjuene bekrefter dette bildet.

²⁸ Framstillingen bygger i hovedsak på Socialstyrelsen (2019): «E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2019».

En av informantene mente at tilskuddsordningen var for lite spisset til at den kunne få ønsket effekt. For eksempel kunne kommunene bruke midlene til å kjøpe mobiltelefoner til de ansatte. Det var få krav knyttet til bruk av midlene. Det er foreløpig ikke (per utgangen av november 2019) tatt beslutning om ordningen vil bli videreført.

I SOU 2017:21 «Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer» er det et kapittel om «Valfärdsteknik» med en del drøftinger og anbefalinger. Blant annet anbefales:

- Etablering av et nasjonalt forsknings- og kompetansesenter for velferdsteknologi
- Planmessig satsing – etablering av en nasjonal strategi
- Strategien må følges opp med øremerkede tilskudd for å stimulere til deltagelse

Det er nå igangsatt arbeid med en SOU som bare skal omhandle velferdsteknologi, men den skal ikke dekke hele bredden i politikken på dette feltet.

Inntrykket fra intervjuene er at Sverige ligger etter Norge og Danmark på dette feltet, og at flere ser fraværet av et nasjonalt program som en svakhet. Mulighetene for læring svekkes, og utprøving forsinkes og gjennomføres med dårligere kvalitet, fordi man ikke har tilskudd fra staten og deltagelse fra eksperter i utprøvingen. I tillegg kommer at de statlige myndigheter som man må forholde seg til, er mer fragmenterte enn i Norge og Danmark, noe som gjør innføring av teknologi mer komplisert i Sverige. Svake statlige virkemidler kan forklares av en sterk tradisjon for kommunal autonomi.

Selv om Sverige på landsbasis trolig ligger etter Norge og Danmark, er det flere eksempler på vellykket bruk av velferdsteknologi i omsorgssektoren. Västerås kommune nevnes av flere. I følge sluttrapport for prosjektet som er gjennomført der, har hver krone investert i velferdsteknologi gitt fem kroner i gevinst.²⁹

3.9 Boliger for eldre

I alle landene er utgangspunktet at den enkelte selv skal finne bolig, men dette er ikke formulert som en forpliktelse. Kommunene har ansvar for å sikre tilbud til hjemløse, dvs. personer som av ulike grunner ikke selv klarer å skaffe eller holde på en bolig.

Alle landene har gjennom lovverk etablert en plikt for kommunene til å sikre et tilbud av tjenester til personer som ikke kan klare seg på egenhånd. Men det er opp til kommunene om tjenestene tilbys i ordinær eller tilpasset bolig eller i en institusjon. Det er ikke eksplisitte krav om at boligtilbudet skal være tilpasset personer med særlige behov. Heller ikke det enkelte individ har ansvar for å skaffe seg en bolig som er hensiktsmessig ut fra egen funksjonsevne og behov forøvrig.

²⁹ Västerås stad (2018).

Landene har heller ikke formulert noen forpliktelse for kommunene til å sikre et tilstrekkelig tilbud av «eldrevennlige» boliger (med unntak for «Plejeboligarantien» i Danmark).

Gjennom sitt ansvar for å levere omsorgstjenester (og eventuelt primærhelsetjenester), har kommunene insentiver til å bidra til at boligene til personer med nedsatt funksjonsevne er tilpasset deres behov og hensynet til å redusere kostnadene til bistand.

I alle landene er det lovbestemte krav til utforming av nye boliger. I tillegg kan kommunene påvirke utforming gjennom krav i reguleringsplaner. Det er i alle landene krav om at boligbygg med tre eller flere etasjer skal ha heis, og at nye boliger i flerbolighus skal være tilgjengelige for alle (herunder ha heis) og kan brukes av rullestolbrukere. I Sverige skal alle nye boliger (også eneboliger) være tilgjengelige for alle.

Det er ganske store forskjeller i markedsstrukturen for boliger i de nordiske landene. Norge skiller seg ut ved en særlig høy andel selveide boliger, mens Sverige har et særlig omfattende tilbud av boliger med regulert leie.

I alle landene finnes det boliger som tildeles gjennom en administrasjon. I Sverige fordeles utleieboliger med regulert leie vanligvis etter søkeansiennitet, men det er opp til kommunene å definere kriteriene.

Norge, Sverige og Danmark har alle tilskuddsordninger for oppføring og/eller tilpasninger av boliger, rettet mot individer/familier, kommuner og boligsamvirker, ol.³⁰ Finland hadde også en slik tilskuddsordning, men den ble avvirket i 2017. Det arbeides med forslag til en ny ordning.

Når det gjelder utforming av ordinære boliger, dvs. boliger som ikke forvaltes i tilknytning til pleie- og omsorgssektoren, er trolig lovkrav vel så viktig som tilskuddsordninger. Som tidligere nevnt, har alle de tre landene krav om at nye flerboligbygg skal oppfylle visse tilgjengelighetskrav, tilpasset behovet til personer med nedsatt funksjonsevne. Omfanget av forpliktelsen varierer noe, herunder om eneboliger er omfattet.

Danmark

I Danmark har kommunene ansvar for organisering og finansiering av omsorgstjenester.

lov om forebyggende hjemmebesøk forplikter kommunene til å tilby hjemmebesøk til alle eldre over 70 år. Formålet er å hjelpe den eldre til å opprettholde sitt funksjonsnivå og tilrettelegge passende omsorgstiltak. Sosialstyrelsen (2009) opplyser at 60 prosent av de eldre aksepterer tilbudet.

³⁰ Jf. <https://www.boverket.se/sv/bidrag--garantier/>, <https://www.trafikstyrelsen.dk/DA/Bolig/Puljer/Aktuelle-puljer.aspx> og <https://www.husbanken.no/>

I Danmark er overgangene mellom de ulike omsorgsformene nokså flytende. Man følger følgende begreper om boliger og institusjoner for eldre:³¹

- «Ældreboliger» tilsvarer omsorgsboliger, dvs. at boligene er utformet ut fra eldres behov. Beboerne har ordinære avtaler om leie eller eierskap. Det er ikke heldøgns bemanning.
- «Plejehjem» tilsvarer sykehjem, dvs. at de er institusjoner hvor beboerne ikke har ordinære avtaler om leie eller eierskap, og det er heldøgns bemanning.
- «Plejeboliger» som «ældreboliger», men med heldøgns bemanning eller plejehjem med ordinære eier-/leieforhold.

Tradisjonelle sykehjem (plejehjem) har ikke blitt bygd siden 1987. Plejehjemsboliger er boliger i institusjoner for eldre med omfattende omsorgsbehov. Beskyttede boliger finnes også i institusjoner, og tilbys til personer som ikke lenger kan bo i eget hjem, men som samtidig har mindre behov for hjelp enn i plejehjem. Det opplyses at i to av tre beskyttede boliger finnes fast ansatt personale. »Ældreboliger» en samlebetegnelse for boformer der den eldre har sin egen leilighet, og omsorgstjenestene tilknyttet boligene kan være mer eller mindre omfattende. Fra og med 2006 er ældreboliger oppdelt i plejeboliger og almene ældreboliger. Plejeboliger er boformer for eldre der personal, omsorgs- og servicefunksjoner er tilpasset beboernes behov. I ni av ti tilfeller fins fast ansatt personale. Almene ældreboliger er tilpasset eldre og funksjonshemmede, men det er verken fast ansatt personale eller fellesarealer.

Det er et uttalt mål fra regjeringen å fase ut plejehjem og erstatte disse med plejeboliger. Mens plejehjem er forankret i «serviceloven», er plejeboliger regulert av «almenboligloven».

Alle som har behov for det, har rett til «plejebolig» («Plejeboligarantien»). Det har også vært diskusjon om å utvide forpliktelsen til «ældreboliger», men forslaget vant ikke fram. Blant annet ble det argumentert med at det ville bli dyrt for kommunene hvis de ble sittende med mange slike boliger som det ikke er interesse for. I prinsippet gjelder det samme for plejeboliger, men utvidelse av ordningen ville forsterke problemet.

Finland

I Finland er kommunene ansvarlige for både helsetjenester (inkludert spesialisthelsetjenester) og omsorgstjenester. Hele spekteret av tjenester fra hjemmetjenester til institusjonstjenester blir tilbudt. Spesielt med Finland, i forhold til de andre nordiske landene, er eksistensen av de såkalte Health Centres, som er en mellomting mellom lokalsykehus, rehabiliteringstilbud og omsorgstilbud til pasienter som ikke lenger kan bo hjemme. Opphold i et Health Centre kan være et alternativ til opphold i sykehjem. Dette innebærer blant annet at grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester er mer flytende i Finland enn i de

³¹ Se <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/hjaelp-og-stoette/plejebolig-og-plejehjem> eller <https://www.borger.dk/aeldre/Aeldre-og-bolig/Bolig-til-aeldre>.

andre nordiske. I den seinere tid har det skjedd omfattende utbygging av omsorgsboliger («sheltered housing») med og uten 24 timers bemanning.

Finland hadde i perioden et 2013-17 et omfattende program for boliger for eldre. Noen av tilskuddsordningene på feltet videreføres, men det ser for tiden ikke ut til å være like sterk satsing på dette feltet.

Program 2013-17

I Finland vedtok regjeringen i 2013 en strategi for boligsituasjonen for eldre.³² I strategien vises det til at det er et mål at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Programmet var altså i hovedsak rettet mot å sikre egnede ordinære boliger, og ikke omsorgsboliger eller andre boformer med tilknyttet tjenestetilbud. Det ble vist til at andelen av de eldre som bor i egen, ordinær bolig, har ligget stabilt på 2000-tallet. 89,5 prosent av eldre over 75 år bor i ordinær bolig. Andelen som bor på sykehjem har falt, mens andelen i omsorgsboliger har økt. Det vises også til at ulykker i hjemmet er vanlig blant de eldre, og at dette kan kreve omfattende bistand i etterkant.

Strategien skulle understøtte eldreomsorgsloven vedtatt samme år. Loven forplikter kommunene til å utarbeide en plan for Eldres situasjon, herunder for å sikre at de kan bo hjemme så lenge som mulig. Transport og tilgjengelig utemiljø skal også omfattes av planen.

Man ser at mange av kommunene ikke har tatt inn over seg hvordan de demografiske endringene i årene som kommer vil endre behovet for boliger. I over 200 kommuner forventes det fall i folketallet de neste 10 årene. Samtidig vil antall eldre stige. Ser man lenger fram, er det svært få kommuner som kan forvente økt folketall. I kommuner med fallende folketall får eldre ofte ikke solgt sin bolig til en pris som gjør at de kan kjøpe en mer egnet bolig. I slike tilfeller er det behov for å tilby alternativer i form av støtte til tilpasning av boligen eller subsidier ved flytting til kommunal utleiebolig. For offentlig sektor, kan dette ofte gi lavere samlet kostnad, heter det i strategidokumentet.

For å øke kommunenes oppmerksomhet om betydningen av eldrebølgen for boligmarkedet, har statlige myndigheter utviklet en boligmodell som kan bidra til å øke kommunenes innsikt.

Finland har også erfaring for at velferdssektoren trekkes for lite inn i bolig- og regulerings spørsmål. Videre er det vanskelig å få seniorer til å ta inn over seg at det er sannsynlig at de vil få en viss svekkelse av funksjonsevnen: Det er vanskelig å folk til å se seg selv som eldre før funksjonsevnen faktisk er blitt svekket, og da er det ofte for sent. Enn videre ser man at personer med selveide boliger er lite tilbøyelige til å flytte. I Finland bor 80 prosent av befolkningen som er over 65 år i selveid bolig.

Strategien bygde på en framskrivning av behovet for tilgjengelige boliger. Det ble anslått at det var behov for en million flere tilgjengelige boliger (gjennom nybygging og tilpasning) hvis man skulle nå målet om at nesten alle under 75 år

³² Miljöministeriet (2013): Program för att förbättra äldres boende 2013–2017.

og 92 prosent av de 75 år og eldre skulle bo hjemme. Nybyggingstakten (1 - 1,5 prosent av boligmassen per år) vil ikke kunne dekke det økende behovet for tilgjengelige boliger, og man må derfor også satse på tilpasning av eksisterende boliger. Det ble anslått at man måtte tilpasse omlag 400 000 boliger innen 2030. I tillegg kom at alle nybygde boliger skulle være tilgjengelige for eldre. Videre måtte byggingen av nye omsorgsboliger økes fra 1 500 til 2 000 boliger per år.

Det var en rekke tiltak i strategien. Blant disse kan nevnes (nummereringen er hentet fra strategien):

- 3.3 Det utvikles eier- og finansieringsformer tilpasset bosituasjonen for eldre og som også utnytter boligformuen.
- 4.1 Et nasjonalt heisprosjekt for å etterinstallere 500 heiser per år. Det innføres en tilskuddsordning for å nå dette målet.
- 5.1 Støtteordningen for boligtilpasning utvides både ved at øvre inntektsgrense for bruk av ordningen heves, ved at maksimalt tilskudd per søker økes og ved at ordningen gjøres tilgjengelig for borettslag («bostadsaktiebolag»).
- 7.1 Kommunene skal etablere ordninger for å bedømme tilpasningsbehovet i boliger. Hjemmebesøk for å vurdere bistandsbehov skal også omfatte en vurdering av boligens egnethet.
- 8.1 Byggeregler for småhus revurderes med sikte på å sikre økt tilgjengelighet.³³
- 10.3 Investeringsstøtte til boliger for grupper med særlige behov økes for å sikre nyproduksjon av omsorgsboliger.

Investeringsstøtten («investeringsunderstöd») til bygging av boliger for personer med særlige behov (herunder eldre «i dårligt skick») kan utgjøre 10-15 prosent av byggekostnadene hvis boligene krever lite spesialtilpasning og inntil 50 prosent der de er store tilpasningsbehov. Kommunen skal anbefale søknaden og dessuten gi bindende tilsagn om nødvendige tjenester til beboeren.

Programmet utløp i 2017, men noen av tiltakene fortsatte noe lenger enn planlagt. Det ble også laget en «Framtidsplan» for å sikre at det som var oppnådd i programmet skulle videreføres.

I følge Miljömnisteriet (2018) ga programmet framgang på flere områder, men samtidig så man også at det var behov for mer omfattende tiltak og å understøtte arbeidet med nye former for tiltak.

Ny regjering – ny plan

I april 2019 fikk Finland ny regjering. I regjeringsprogrammet heter det at regjeringen vil utarbeide en ny boligpolitikk som vil innrettes bl.a. mot å gi bedre tilgang til egnede boliger for eldre. Det er varslet at det vil etableres

³³ Småhus er i hovedsak ikke omfattet av tilgjengelighetsbestemmelser, slik flerbolighus er.

tilskuddsordninger, bla. for tilpasning av boliger. Tilskuddet vil trolig være inntektsprøvet.

I det nye programmet heter det bl.a.

«As part of the new programme on ageing for the Government term, we will implement a separate action plan on housing for older people. Together with municipalities, we will develop good housing solutions for older people, such as communal living and the construction of community homes. We will promote accessibility by offering grants for installing lifts and improving the accessibility of housing, which will benefit many other population groups in addition to older people. We will take into account the special needs of people with memory disorders and the safety and security of the ageing population at home.»

Det heter videre at

«The Government will prepare a horizontal programme on ageing in collaboration with ministries, municipalities, third sector organisations and other actors.»

Vi kan ikke se at formuleringene varsler en ny politikk, snarere en videreføring av det som allerede finnes. Vår kommentar er at vi oppfatter at det meste av dette allerede er på plass i Finland, og at den varslede politikken framstår mer som en videreføring enn et linjeskift.

Sverige

I Sverige er kommunenes ansvar for omsorgstjenestene regulert i socialtjenstlagen og hälso- och sjukvårdslagen. Utgangspunktet er at man skal kunne bo i sitt eget hjem så lenge som mulig og tilbys hjemmetjenester etter behov. Hvis omsorgsbehovene blir for store til at en person kan bo hjemme, har kommunene ansvaret for å tilby tilrettelagte boformer (särskilda boendeformer). Kommunene har i sin helhet ansvaret for finansieringen av de særskilda boendeformer. Kommunene har også ansvaret for eventuell hjemmesykepleie i de tilrettelagte boformene, mens bildet er mer sammensatt når det gjelder hjemmesykepleie til hjemmeboende: Kommunene kan, etter avtale med regionen og med regjeringens godkjenning, overta helt eller delvis ansvaret for hjemmesykepleien i ordinære boliger. I 2007 hadde det skjedd i over halvparten av kommunene (Socialstyrelsen, 2008a).

Det er kommunene som har ansvar for omsorgsinstitusjoner og tilpassede boliger. Kommunene er ikke forpliktet til å tilby tilpassede boliger, men sosialtjensteloven forplikter kommunene til å tilby nødvendige tjenester samt å tilby alle et sted å bo. Men om kommunen f.eks. tilbyr tjenester i en bolig som ikke er optimal ut fra beboerens funksjonsevne, oppfyller kommunen sine forpliktelser. Det har vært en viss usikkerhet knyttet til om loven kan forstås slik at den gir individer rett til «særskilt boende», dvs. bolig med heltids bemanning.³⁴

³⁴ I SOU 2015:85 er det redegjort for dette, bl.a. basert på rettslig behandling av dette spørsmålet.

3.10 Tilskudd til boliger og institusjoner for eldre

Både Danmark, Finland og Sverige har statlige tilskuddsordninger for tilpasning boliger for eldre. Sverige har også tilskudd for nybygging av boliger for eldre. Også Danmark har tilskudd til nybygging av boliger for personer med særlige behov, men disse ordningene kan i hovedsak ikke brukes til boliger for eldre. Finland hadde inntil 2017 og tilskudd til nybygging, men ordningen ble avvirket.

Ingen av landene har statlige tilskudd til bygging av sykehjem. Alle landene har som mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, og tilskudd til bygging av sykehjem ville være direkte i strid med dette målet.

Tabell 3-4: Tilskuddsordninger for boliger og institusjonsplasser for personer med nedsatt funksjonsevne

	Danmark	Finland	Sverige
Ordinære boliger	«Hjælp til boligændringer»	Statstilskudd for etterinstallering av heis og ombygging av boliger (ARA) ³⁵	Ja, til «boliger for eldre» (ordinære) Inntil 3 600 SEK/m ² for nybygg og 3 200 SEK/m ² for ombygging
Omsorgsboliger, mv.	Inklusjonsboliger Skæve boliger Forbedring av plejeboliger ³⁶	Nei, men hadde inntil 2017 statsstøtte til bygging ³⁷	Ja, omsorgsboliger ³⁸

Ved utforming av tilskudd, kan man se for seg mulighet for at tilskuddene forvaltes i sammenheng med tildeling og utførelse av pleie- og omsorgstjenester i hjemmet. Målet kunne være å bruke tilskudd for å redusere behovet for tjenester og/eller motvirke flytting til institusjon. Vi kjenner ikke til hvordan slike ordninger forvaltes i andre land. I Probas evaluering av to ordninger som kan brukes bl.a. til å bedre boligens tilgjengelighet, fant vi at det var få kommuner som hadde systematisert promotering av disse ordningene ut fra et mål om å redusere bistandsbehovet til personer med nedsatt funksjonsevne.³⁹

³⁵ https://www.ara.fi/sv-FI/Lan_och_bidrag/Reparationsunderstod

³⁶ Se: Udmøntning af puljemidler til forbedring af demensindretning af plejeboliger. <https://www.trafikstyrelsen.dk/DA/Presse/Nyhedsarkiv/Bolig-og-byfornyelse/2018/06/Udmontning-af-puljemidler-til-forbedring-af-demensindretning-af-plejeboliger.aspx>

³⁷ [https://www.ara.fi/sv-FI/Lan_och_bidrag/Investeringsunderstod_for_specialgrupper/Investeringsunderstod_for_specialgrupper\(718\)](https://www.ara.fi/sv-FI/Lan_och_bidrag/Investeringsunderstod_for_specialgrupper/Investeringsunderstod_for_specialgrupper(718))

³⁸ «bistandsbedömt trygghetsboende».

³⁹ Jf. Proba-Rapport 2014 – 14: *Evaluering av tilskudd til tilpasning* (<https://proba.no/rapport/evaluering-av-tilskudd-til-tilpasning/>) og Proba- Rapport 2014 – 16: *Utbedring av eksisterende boligmasse – Husbankens grunnlån som virkemiddel* (<https://proba.no/rapport/utbedring-av-eksisterende-boligmasse-husbankens-grunnlan-som-virkemiddel/>).

Danmark

I Danmark er det kommunene som gir tilskudd til tilpasning av boliger. Det nasjonale regelverket for støtte til «boligændring» gir kommunene betydelig handlingsrom, og det er store forskjeller i omfanget av ordningen i ulike kommuner.

Støtten til tilpasning av plejeboliger har et moderat omfang (29 mill. DKK i 2018). Det var også en støtteordning for kommuner for å gjøre plejeboliger er demensvennlige (50 mill. DKK for perioden 2015-2018).

«Inklusjonsboliger» er boliger for «psykisk eller sosialt sårbare». Disse boligene skal brukes som midlertidige boliger (inntil 2 år) for å lette overgangen til ordinær bolig og sysselsetting. Det er tjenester knyttet til inklusjonsboliger. Det er en statlig tilskuddsordning for ny- eller ombygging av slike boliger.⁴⁰ Rammen ligger på 30 mill. DKK per år.

«Skæve boliger» er boliger for personer som ikke kan bo i ordinære boliger, f.eks. på grunn av atferdsvansker, «manglende boevne», mv. Det gis statstilskudd til bygging av boligene, inntil DKK 400 000 per bolig.⁴¹

Nylig la et offentlig utvalg fram forslag til hvordan man kan stimulere til bygging av «seniorbofællesskaber».⁴² Utvalget viste til at det er behov for å øke byggingen: I 2016 stod 8 400 på venteliste til 7 000 boliger, og antall eldre er på vei opp. Videre pekte de på at kommunenes arbeid med arealplanlegging og godkjenning av bygg kan være et viktig virkemiddel. Riktignok kan ikke kommunene bestemme at utbyggere skal reservere boliger som bygges for eldre, men byggenes utforming kan tilpasses Eldres preferanser. Bla. legges det vekt på at boligene bør være ganske små og ha fellesarealer.

Utvalget mente det er en hovedutfordring å få seniorer til å tenke framover og ta inn over seg risikoen for at deres funksjonsevne vil svekkes.

Et viktig virkemiddel for å påvirke nybygging er bestemmelser om kommunal medfinansiering som avtales i de budsjettforhandlingene mellom KL og staten. Det er krav om kommunal medfinansiering i bygging av flere typer boliger og forholdet mellom satsene er viktig for sammensetningen av bygging for «svake grupper». Det er krav om bygging av ungdomsboliger, eldreboliger, mv. For tiden er kravet til kommunal medfinansiering lavere for eldreboliger enn for de andre boligtypene, og eldreboliger blir derfor prioritert av kommunene.

I Danmark er kommunene forpliktet til å tilby hjemmebesøk av omsorgstjenesten alle som har fylt 70 år. Boligspørsmål er ikke noe obligatorisk tema. Målet med slike samtaler er primært å promotere tiltak som får senioren til ikke å bli omsorgstrengende. Trening og kosthold er vanlige temaer.

⁴⁰ <https://www.trafikstyrelsen.dk/DA/Bolig/Bolig/Almene-boliger/Almene-familieboliger/Inklusjonsboliger.aspx>

⁴¹ <https://www.trafikstyrelsen.dk/DA/Bolig/Bolig/Almene-boliger/Skaeve-boliger-til-saerligt-udsatte.aspx>

⁴² Transport-, bygnings- og boligministeriet (2019).

Det er ikke tatt noen initiativer på nasjonalnivå for å sikre at kommunene tar spesielt hensyn til eldres behov i arbeidet med reguleringsplaner, mv.

Hvis en person opplever funksjonstap, er kommunen plikt til å gi nødvendig hjelp. Dette kan inkludere støtte til tilpasning av boligen, men det kan også konkluderes med at vedkommende må flytte til tilpasset bolig.

Finland

Som nevnt i avsnitt 0.0.7682789 har Finland hatt tre statlige tilskuddsordninger for å bidra til mer eldrevennlige boliger.

«Reparationsunderstöd» var og er en tilskuddsordning for tilpasning av boliger. Den hadde som mål å bedre mulighetene for eldre og personer med nedsatt funksjonsevne til å bo i egen bolig. Støtten kan utgjøre inntil 50 prosent av tilpasningskostnadene. Den er behovsprøvet mot både inntekt, formue og funksjonsevne. Støtten kan dekke inntil 50 prosent av tilpasningskostnadene (i særlig tilfeller 70 prosent).⁴³

Tabell 3-5: Budsjett i plan for forbedring av eldres bosituasjon. For 2017

Tilskuddsordning	Mill. EUR
Reparationsunderstöd	15
Heistilskudd	28
Investeringsunderstöd	60

I strategien framholdes det at i boligbygg hvor man etterinstallerer heis, skal man ikke sikte mot å oppfylle alle tilgjengelighetskravene som gjelder for nybygg. Det blir for kostbart å oppfylle alle kravene.

Investeringsunderstöd er avvirket, men de to andre tilskuddene videreføres.

Sverige

I Sverige bruker man følgende betegnelser om boliger som er særlig tilpasset eldre:⁴⁴

- Seniorboende: Det er boliger som er tilpasset eldre og personer med nedsatt funksjonsevne. De omsettes på det ordinære markedet, og kjøp/leie er ikke behovsprøvet.
- Trygghetsboende: Som seniorboende, men alltid i flerbolighus og med fellesarealer. I denne kategorien finnes det også en behovsprøvet variant (bistandsbedømt trygghetsboende). Noen bruker i stedet begrepet «hyresbostäder för äldre»
- Særskilt boende: Boliger med tilknyttet heldøgns bemanning og trygghetsalarm. Leie er behovsprøvet mot funksjonsnivå/bistandsbehov. Dette er institusjoner, men med unntak av boliger for demente, er de selvstendige enheter med kjøkken og bad.

⁴³ ARA: Reparationsunderstöd 2019 – Ansökningsanvisning.

⁴⁴ https://seniorval.se/sites/seniorval.se/files/2014/seniorval-jamfor_boendeformer.pdf

Sverige har for mange år siden startet med å fase ut sykehjem. I SOU 2017:21 heter det at eldre, bemannede omsorgsboliger («serviceboende») fases ut. Dette skyldes delvis at mange av disse boligene er ganske gamle (fra 70-tallet) og derfor ikke er attraktive, at eldre foretrekker eldrevennlige boliger i det ordinære boligmarkedet samt at satsing på hjemmetjenester i ordinære boliger har gitt redusert etterspørsel etter boliger med tilknyttede tjenester. Videre heter det at det nesten bare er demente som får tildelt «særskilt boende».

Boligtilbudet til eldre ble analysert i forbindelse med SOU 2015:85 «Bostäder att bo kvar i». Utredningen peker på at antall eldre vil vokse, mens antall yngre vil falle i årene som kommer. Nybyggingen vil kunne bli lav, og da særlig i områder der samlet folketall vil falle. I hovedsak forslås det tre typer virkemidler:

- Krav til utforming av nye boliger
- Tilskudd for å fremme «eldre-vennlig» nybygging
- Tilskudd for økt tilgjengelighet i eksisterende boliger

I Sverige skal alle boliger (også eneboliger) tilfredsstillе tilgjengelighetskrav.⁴⁵

Med «eldre-vennlige boliger» menes boliger som oppfyller tilgjengelighetskravene samt at de har tilknyttede fellesarealer, og er utformet, tilrettelagt og lokalisert med sikte på fellesskap og samfunnsdeltagelse.

I perioden 2010–2014 var det en statlig tilskuddsordning for bygging av trygghetsboliger. For å få tilskudd måtte boligene tilfredsstillе krav til bla. fellesarealer for samvær og spising. I perioden 2010–2014 ble det gitt støtte til 3 700 trygghetsboliger, 2 700 nybygde og 1 000 gjennom ombygging.⁴⁶

Fra 2016 ble dette tilskuddet avløst av «Investeringsstöd till bostäder för äldre». I 2019 er det avsatt 695 mill. SEK til ordningen. Tilskudd kan gis både for nybygging og ombygging. Det gis ikke tilskudd til nybygging av selveierboliger, men til ombygging av slike boliger. Det kan også gis tilskudd til tilpasning av individuelle leiligheter i et bygg med «hyresrätt» eller «bostadsrätt» (sameier).

Maksimal støtte er:

- 3 600 SEK per m² ved nybygging
- 3 200 SEK per m² ved ombygging
- En fjerdedel av utgiftene ved tilpasning

Støtte kan ikke gis for mer enn 35 m² pluss 15 m² fellesareal per boenhet for enslige.

Boliger som utløser stønad skal være bebodd av eller forbeholdt personer som er 65 år eller eldre. Ordningen som gjaldt 2010-2014 hadde aldersgrense på 70 år.

Tilskudd besluttes av regionen (tidligere landsting). Det er ikke krav om at kommunen er involvert i prosessen. Tilskuddet er rettighetsfestet: Alle som oppfyller kriteriene får støtte.

⁴⁵ Tilsvaret de krav i universell utforming som er rettet mot bevegelseshemmede.

⁴⁶ SOU 2017:21, s. 702

I SOU 2017:21 gjentas en anbefaling fra SOU 2015:85 «Bostäder att bo var i». Anbefalingen er at Boverket («Husbanken») kartlegger og sprer kunnskap om hvordan kommunene arbeider med strategisk planlegging av boliger for eldre. Så vidt vi kan se, er dette forslaget fortsatt ikke fulgt opp.

En annen anbefaling som finnes i begge utredningene er å satse på bygging av tilgjengelige boliger godt tilrettelagt for fellesskap.

SOU 2017:21 anbefaler at «trygghetsbostäder» og «seniorbostäder» skal omfattes av den ordinære boligpolitikken og ikke omsorgssektoren.

3.11 Seniorers atferd på boligmarkedet

Abramsson (2015) er en litteraturstudie omkring eldres boligvalg. Vi spurte dem vi intervjuet om erfaringene de hadde med seniorers atferd på boligmarkedet, og da særlig knyttet til tilpasning av bolig samt flytting. Ingen av landene hadde gjort undersøkelser om dette. I den grad informantene hadde oppfatninger om dette, understøttet de hovedtrekkene i litteraturstudie. Blant funnene er:

- Eldre flytter primært for å få en bolig bedre tilpasset deres behov. Yngre flytter gjerne ikke primært for å få en annen type bolig, men for å flytte til et annet område.
- Flyttehyppigheten synker med alderen, inntil man når en alder der funksjonsevnen svekkes. Men flyttehyppigheten har over tid steget blant seniorer.
- Eldre flytter gjerne til mindre boliger uten hage. Mange etterspør boliger med fellesarealer og god tilrettelegging for sosialt fellesskap.
- Selveiere flytter sjeldnere enn leietakere.

Det mangler dokumentasjon på hvem som velger å tilpasse sin bolig og virkningene av dette for hvor lenge personer kan bo hjemme. Inntrykket fra intervjuene spriker. I Sverige, hvor tilskuddet til tilpasning er en rettighet, mener de at tilskuddet oftest brukes til mindre endringer og av personer som med høy sannsynlighet for å få nedsatt funksjonsevne. Hjemmetjenestene i kommunene bidrar ofte til at personene søker tilskudd. I Danmark var de mer skeptiske til om det er personer med nedsatt funksjonsevne som er mest tilbøyelige til å gjennomføre slike tiltak. Snarere kan det være ressurssterke, med relativt lav sannsynlighet for å oppleve nedsatt funksjonsevne over en lang periode, som vil gjøre tilpasninger før funksjonsevnen faktisk er blitt nedsatt.

3.12 Reformprosesser

Alle de tre landene er i en eller annen forstand inne i en prosess med reform av helse- og omsorgssektoren. I både Danmark og Finland har tidligere regjeringer i løpet av de senere årene fremmet reformforslag, men de har ikke klart å vedta forslagene før regjeringene har gått av. De nye regjeringene har ikke fremmet egne forslag til nasjonalforsamlingene, men det er klare forventninger om at det vil komme større endringer på dette feltet.

I Sverige har det de senere årene kommet en rekke utredninger (SOU-er) knyttet til helse- og omsorgssektoren. Også i Sverige er det forventninger om at det vil komme reformer.

Vi mener at det er enkelte fellestrekk i problemforståelsen i de tre landene:

- Det er problemer med koordinering både mellom trinnene i omsorgstrappen og mellom ulike tjenester på samme nivå
- Det er særlig behov for å styrke de lavere trinnene, herunder primærhelsetjenesten

Landenes utgangspunkter er imidlertid ganske forskjellig, bla. gjennom at det er mindre lokale regionale forskjeller og lokal autonomi i Danmark enn i Sverige og Finland.

Dette prosjektet omhandler primært

- Egenandeler
- Boliger og tjenester for eldre
- Velferdsteknologi

Egenandeler er ikke tema i reformprosessene i noen av landene.

Boliger og tjenester for eldre kan sies indirekte å være tema gjennom at dette kan sies å omhandle bla. både koordinering av vektlegging av ulike trinn i omsorgstrappa, men spesifikke tiltak knyttet til boligområdet er ikke et sentralt tema.

Spesifikke tiltak for velferdsteknologi framstår heller ikke som et sentralt tema. Derimot er informasjonsdeling, som er en forutsetning for å høste en del mulige gevinster knyttet til velferdsteknologi, omtalt i alle landene. Informasjonsdeling er særlig viktig for å få koordinering til å fungere.

Danmark

Det er en erkjennelse av behov for reform i den danske pleie- og omsorgssektoren. Den daværende regjeringen la i januar 2019 fram et forslag til reform. I etterkant av valget i juni 2019 ble det skifte av regjering. Den nye regjeringen støttet ikke reformforslaget, men har varslet at de vil fremme sitt eget forslag. Dette er ventet våren 2020.

Reformforslaget fra den forrige regjeringen pekte på behov for å redusere bruken av sykehus i spesialisthelsetjenesten, og la opp til å utføre flere behandlinger i primærhelsetjenesten. Videre ble det pekt på svak samhandling om pasienter med behov for behandling og tjenester fra ulike deler av sektoren enten parallelt eller i sekvens), og for å redusere administrative byrder og styrke pasientenes rettigheter (særlig oppfyllelse av rettighetene).

Reformforslaget bygget bl.a. på en rapport fra «Udvalg om det nære og sammenhengende sunhedsvæsen».⁴⁷ Figur 1 fra utvalgets rapport er kopiert inn her. Vi mener den tydelig illustrerer at det har vært sterkt fokus på styrking av

⁴⁷ <https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf>

samhandlingen i helse- og omsorgssektoren, men også at det er vanskelig å oppnå. Figuren viser ulike nasjonale initiativ å sikre tiltak langt nede i omsorgstrappa, og/eller å styrke samhandlingen i sektoren.

Figur 3-3: *Initiativer for nær omsorg og samordning i danske helse- og omsorgssektor. Faksimile fra utredning.*



Ett tiltak som ble foreslått i utredningen var å etablere 21 «sundhedsfællesskab». Regjeringen ville også etablere 10-15 flere akuttenheter for å redusere responstiden. Fellesskapene skulle bestå av kommunene, sykehusene og primærhelsetjenesten. Grensene skulle følge opptaksområdene til akutt sykehusene. Sykehusene skulle forpliktes til å gi råd til kommuner og primærhelsetjenesten om helse- og omsorgstjenester. I områdene for hvert fellesskap skulle det også etableres helsesentre med tjenester fra de 21 sundhedsfællesskabene, primærhelsetjenesten og kommunenes omsorgssektor. Tiltaket skulle bla. legge bedre til rette for samhandling.

Mer generelt var intensjonen at sykehusene skulle være rettet mer mot kommunene og primærhelsetjenesten. Et annet virkemiddel som ble foreslått, var styrking av muligheter for å dele pasientinformasjon innen helse- og omsorgssektoren.

Videre foreslo den daværende regjeringen i januar 2019 å endre finansierings-systemet slik at spesialisthelsetjenesten skulle få mulighet til å kjøpe tjenester fra kommunene. Intensjonen var både å styrke kommunenes incentiver til å arbeide med preventive tiltak og «nær omsorg og pleie», samt å avlaste spesialisthelsetjenesten og bidra til fleksibilitet. Omleggingen omtales som «nærhedsfinansiering».

Endringene i finansieringsløsningene og de organisatoriske grepene var rettet særlig mot å løse følgende problemer:

- Unødig mange sykehusforløp. En del kan behandles utenfor sykehus
- Unødig bruk av sykehusbehandling overfor kroniske lidelser (KOLS, diabetes, mv.)
- Unødig mange akutte gjeninnleggelser kort tid etter utskrivning

I tillegg pekes det på muligheter for økt bruk av «virtuelle sykehusforløp» gjennom telemedisinske løsninger.

Framgang på områdene nevnt over skulle være en forutsetning for at regionene skulle beholde midlene bevilget til «nærhedsfinansiering» (1,5 mrd. DKK).

Gode systemer for utveksling av pasientopplysninger regnes som en forutsetning for å kunne oppnå de nevnte gevinstene.

I tillegg var det en satsing på kvalitetsarbeid, bla. ved utarbeidelse av retningslinjer eller veiledere for behandling av pasienter med visse diagnoser.

Videre innebar forslaget at regionnivået i dansk forvaltning skulle avskaffes. Riktignok skulle regionenes nåværende ansvar på helseområdet i hovedsak videreføres i fem regionale «Sundhedsforvaltninger», men de øvrige oppgavene i regionene skulle fordeles på staten og kommunene. Regionene i Danmark har som nevnt ganske få oppgaver utenfor helsesektoren.

Den nye regjeringen som ble etablert etter valget i juni 2019, støttet tankene om etablering av sundhedsfællesskab og helsesentre samt nye finansieringsløsninger for å fremme samhandling og kvalitet. I dag baseres helsesektorens rammer på en forutsetning om at de oppnår 2 prosent produktivitetsvekst per år. Den nye regjeringen har varslet at de vil endre eller avskaffe denne regelen.

Selv om den samlede reformen ikke er vedtatt, har regjeringen vedtatt at det skal bevilges vel 200 mill. DKK til etablering av 38 «læge og sundhedshus». Dette er tverrfaglige helsesentre. Alle disse vil ikke være knyttet til akuttsykehus, slik «sundhedsfællesskabene» skal være.

Finland

Det er erkjent at det er behov for reformer i Finlands helse- og omsorgssektor, men flere omfattende reformforslag er blitt nedstemt. Dagens løsning gir lange ventetider for mange pasienter, særlig blant personer uten tilgang til bedriftshelsetjenester. I tillegg er samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten svak i mange regioner, og tilgangen til helsetjenester varierer mye mellom ulike områder.⁴⁸ Dessuten er egenandelene ganske høye og andelen som ikke får det tilbudet de har behov for, er høyere i Finland enn de andre nordiske landene.

I 2018 foreslo den daværende regjeringen en omfattende reform som bla. innebar at alle helse- og omsorgstjenester skulle samles i regionale organisasjoner. Organisasjonene skulle ha ansvar både for tildeling og utførelse av tjenester. Finansieringen skulle bestå av statlige bevilgninger basert på nøkkeltall (anslått

⁴⁸ Dette understøttes av Keskimäki s. 144: De finner at produksjon i sykehusene er bra, men at det er svak allokeringseffektivitet. Selv om kommunene finansierer og styrer både primær- og spesialisthelsetjenesten, er det ikke vanlig at det etableres felles beslutningsenheter som fordeler pasienter mellom de to nivåene. De to nivåene opererer dermed ganske uavhengig av hverandre, og med de samhandlingsproblemer tilsvarende det man finner i land hvor det er forskjellige forvaltningsnivåer som har ansvaret.

behov). Organisasjonene skulle ha ansvar for både hjemmebaserte tjenester, primær- og spesialisthelsetjenester samt enkelte andre tjenester som barnevern.

Samtidig ble det også foreslått at regionene skulle få ansvar for en del andre tjenester som i dag er kommunale. Regjeringen rakk ikke å vedta alle nødvendige lovendringer før valgperioden utløp. Blant annet støtte regjeringen på problemer med å sikre at lovendringene harmonerte med grunnloven. I forslaget til finansiering var det satt rammer som flertallet mente ikke ville sikre tilstrekkelige tjenestedeckning i alle områder.

Etter valget mistet partiene som støttes forslaget flertallet, og den nye regjeringen arbeider nå med et revidert reformforslag. Denne regjeringen gikk av 3. desember 2019, og fungerer nå som forretningsministerium.

Sverige

Det pågår en reformprosess i den svenske helse- og omsorgssektoren. Et offentlig utvalg skal i 2020 levere sin hovedrapport med forslag til reform, men det foreligger allerede flere delrapporter med analyser og anbefalinger. Den nyeste er SOU 2019:29 «God och nära vård – Vård i samverkan» fra mai 2019. De rapportene som foreløpig er kommet, inneholder få anbefalinger, men trekker en del konklusjoner om svakheter i dagens helse- og omsorgssektor.

Både utredningen og den oppfølgingen som er gjort av regjeringen, landstingene/regionene og kommunene, sier at reformen skal sikte mot å styrke primærhelsetjenesten og andre lokale tjenester («de nära vården»), og sikre bedre samhandling mellom tjenesteyterne.⁴⁹

Foreløpig er det ikke kommet mange forslag til tiltak. Regjeringen og KL har imidlertid lagt vekt på at det er behov for å sikre at ulike leverandører av helse- og omsorgstjenester kan dele informasjon om brukerne/pasientene. Det ble i 2019 etablert et eget utvalg for å utrede de juridiske problemstillingene.

Et annet tiltak er etablering av en «pasientkontrakt» (har fellestrekk med «individuell plan) som skal dekke tiltak på tvers av de ulike tjenesteenhetene. Kontrakten skal bidra både til at pasientenes stilling styrkes og til bedre samordning av tjenestene. Pasientene skal også ha en kontaktperson («vårdkontakt»). Kontrakten skal også omfatte tiltak pasienten/brukeren selv skal gjennomføre.

Videre er det klart at reformen skal bidra til økt satsing på primærhelsetjenesten og bedre samhandling innenfor sektoren. KL og regjeringen har inngått en avtale «God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården»⁵⁰ for å oppnå dette. Avtalen er bl.a. en handlingsplan med oppgaver for staten, regionene/landstingene og kommunene.

⁴⁹ Jf. Bilaga til Regeringsbeslut 2019-19 nr. 1.

⁵⁰

<https://skl.se/download/18.4402e18716b630bd97a3cb5f/1560859304687/%C3%96verenskommelse%20G od%20och%20n%C3%A4ra%20v%C3%A5rd%202019.pdf>

4 Oppsummering og vurdering

4.1 Egenandeler

Vi har ikke sett nyere utredninger eller forskning om egenandeler fra de andre nordiske landene. De vi har vært i kontakt med har ikke hatt sterke oppfatninger om hvordan egenandeler fungerer. Reformprosessene i landene har i liten grad tematisert dette. Ett unntak er at en del brukere i Finland betaler høye egenandeler og at dette ses som en årsak til at andelen i befolkningen som sier at de har udekket behov for helsetjenester er høyere i Finland enn i de andre landene.

Landene ser alle ut til å oppleve det som et problem at unødige mange søker seg «oppover i omsorgstrappa», også når det gjelder boliger. Unødige mange søker bolig med fast bemanning, på tross av at det er her egenbetalingen er høyest. Det er lite rom for å heve egenbetalingen for «sykehjemslignende» boliger – egenbetalingene er høye på dette området. På den andre siden ville det være kontraproduktivt å redusere egenandelen på tjenester som det er knapphet på.

I alle landene er det kommunene som bestemmer satsene for egenandel i tilpassede boliger, for tjenester i hjemmet og for omsorgsinstitusjoner, men innenfor grenser definert i nasjonale regler. **Feil! Fant ikke referanseilden.** angir maksimale satser.

De ulike analysene av reformtiltak og intervjuene tyder på at egenandeler verken ses som problemet eller en mulig løsning for å få påvirke seniorers boligtilpasning: Deres beslutninger treffes vanligvis ikke ut fra en realistisk vurdering av behov for omsorgsboliger og tilpasset bolig. Dermed vil ikke insentiver være særlig effektive (gitt at de ikke dimensjoneres utover det som kan gjennomføres ut fra et krav om at alle skal få tilgang til tjenester).

Vurderinger

Det materialet vi har funnet, gir ikke grunnlag for å gi klare råd om egenandeler.

Forskning tyder på at insentiver virker. Det gjelder trolig også egenandeler. Men selv om man aksepterer dette som premiss og ignorerer fordelingsvirkningene, er det neppe alltid hensiktsmessig å sette egenandelene opp mot det som gir kostnadsdekning. I Bilag 3 til SOU 2016:2 heter det:⁵¹

«Många hälsoekonomiska forskare och studier argumenterar för olika former av kostnadsansvar på utbudssidan (dvs. för vårdgivarna) för att ge incitament till prioriteringar, snarare än att patienterna belastas med avgifter i olika former (Ellis & McGuire 1990; Jelovac 2001). Sådan "supply-side cost sharing" anses mera effektivt än patientavgifter för att kontrollera de totala vårdutgifterna. Patienterna fattar i många fall enbart beslut om att vända sig till vårdgivare när man anser att det finns ett behov. Utredningar, remisser och beslut om behandling fattar läkarna beslut om.

⁵¹ Bilag 3 er en litteraturgjennomgang om primærhelsetjeneste skrevet av professor Anders Anell

Patientavgifter kan derfor i først hand kontrollere efterfrågan på de initiala vårdkontaktarna. Det som händer i vården därefter, vilket svarar för de verkligt stora kostnaderna, beslutar i huvudsak läkarna om. Studier visar dessutom att patienter inte är särskilt bra på att avgöra när det finns behov att professionell vård. Höjda patientavgifter tenderar att prioritera bort all vård, även sådan som läkarna själva anser är motiverad och effektiv (Gruber 2006). Höjda patientavgifter påverkar också efterfrågan på vård olika beroende på individers inkomst, och har därför en negativ effekt på möjligheterna att uppnå jämlik fördelning av vårdresurserna.»

Vårt oppdrag omfatter ikke egenandeler generelt, men i tilknytning til tilpasning av bolig og omsorgstjenester. Sitatet over er ikke helt relevant for omsorgsfeltet.

Danmark skiller seg ut ved at det ikke kreves egenandel på varige omsorgstjenester. Samtidig viser Figur 3-2 at andelen som mottar hjemmetjenester og tjenester totalt ligger mye høyere i Danmark enn de andre landene. Er det en sammenheng mellom disse funnene vedrørende Danmark? Vi har ikke sett studier som belyser dette, men ut fra annen forskning om virkning av insentiver, er det naturlig å tenke seg at fravær av brukerbetaling gir høy søking etter tjenester, og at normer for tildeling alene ikke er sterke nok til å begrense omfanget av tjenestene.

Derimot ser vi ikke at egenandeler kan forklare hvorfor Norge ligger høyt i bruk av sykehjem. Egenandelene på sykehjem er høye i alle landene (bortsett fra i de gamle plejehjemmene som er under utfasing i Danmark). Når man vurderer insentivvirkningene av egenandeler på sykehjem, er det kanskje ikke så relevant å se på det absolute nivået på disse satsene, men heller å sammenligne dem med satsene som betales for tjenester lavere i omsorgstrappa: For de fleste som søker sykehjems plass er det ikke aktuelt å klare seg uten tjenester.

Vår anbefaling er:

- Å ikke stole på at normer for tildeling alene skal sikre riktig tildeling av tjenester: Egenandeler bør understøtte ønsket tildeling.
- Egenandeler for ulike ytelser bør ses i sammenheng ut fra hva som er realistiske alternativer. Man kan tenke på en senior som ikke lenger kan klare seg uten tjenester i eget hjem. Er det slik at egenandeler for tjenester i hjemmet, egenbetaling ved tilpasning av boliger og privatøkonomisk virkning av flytting til mer egnet bolig understøtter optimale beslutninger?

Virkningene av god tilpasning av egenandeler vil trolig være begrenset i tilknytning til valgene i strekpunktet over: Forskning tyder på det ikke er økonomiske betraktninger ut fra realistiske vurderinger av framtidsutsiktene som styrer disse valgene.⁵² Men, som sagt, det betyr ikke at insentivene ikke har betydning.

⁵² Jf. Litteraturgjennomgangen Abramsson (2015)

4.2 Boliger for eldre

Alle landene har mål om at eldre blir boende hjemme så lange som mulig. Alle ser også svakheter i at mange eldre har boliger som ikke er egnet for dem. Dette er knyttet både til tilgjengelighet, f.eks. trapper, risiko for fall (også trapper), størrelse, tungvinte (hage, snømåking) og dårlig tilrettelegging for sosial kontakt.

Landene har en ganske ensartet beskrivelse av den demografiske utviklingen: Antall unge vil falle og antall eldre vil øke. I tillegg er det en del områder hvor man må forvente samlet nedgang i folketallet.

Problemene med dårlig tilpassede boliger er størst i eneboliger og der boligmassen er gammel. Dette finner man ofte i spredtbygde strøk. Det er en tendens til flytting fra spredt- til tettbygde strøk, og det er derfor ofte lite nybygging i spredtbygde strøk.

Der det er liten eller ingen befolkningsvekst, vil boligprisene ofte være lave. Uansett prisnivå, er det lav flyttehyppighet blant selveiere og særlig blant eldre (inntil de flytter til institusjon). I områder med lave priser, vil også økonomiske forhold bli en barriere mot å flytte til nybygde boliger, fordi disse vil være dyre sammenlignet med eldre eneboliger, som det er mange av. I disse områdene vil tiltak rettet mot nybyggingen ha begrenset effekt, men tiltak for tilpasning vil kunne fungere.

Landene har ulik kategorisering av boformene, men i hovedsak bruker de følgende inndeling

- Ordinære boliger
- Eldrevennlige, ubetjente boliger
- Eldrevennlige, betjente boliger
- Boliger med heldøgnsbemanning
- Sykehjem

Sykehjem er institusjoner, og beboerne har ikke ordinær boligkontrakt.

Bortsett fra ordinære boliger, kan det være begrensinger i hvem som kan bruke de ulike boformene, og det kan være behovsprøving ut fra funksjonsevne og tilstanden på den eksisterende boligen.

Sverige og Danmark har vedtatt å avvikle sine sykehjem. I Sverige skjedde dette for flere år siden. Men grensene mellom sykehjem og «særskilt boende» (boliger med heldøgnsbemanning) er ikke veldig skarp. I «særskilt boende» skal alle enhetene ha eget kjøkken og bad, bortsett fra at demente kan ha rom uten eget kjøkken. I Danmark er «plejehjem» som sagt under utfasing.

På boligområdet har vi sett primært fire typer virkemidler:

5. Tilskudd til individer, boligsameier, utleiery eller kommuner til utforming av nye boliger eller tilpasning av eksisterende
6. Krav til utforming av nye boliger
7. Krav om at kommunene vurderer framtidig behov for tilgjengelige boliger i sitt planarbeid

8. Pedagogiske virkemidler: Informasjon om framtidig boligsituasjon, veiledning om utforming samt kampanjer for å fremme planlegging av egen boligtilpasning

Det er dyrere å tilpasse boliger i ettertid enn når de bygges. Dette tilsier, isolert sett, at tilskuddene bør rettes mot nybygging. Krav om universell utforming av flerbolighus sikrer tilgjengelighet i disse boligene, men det kan være aktuelt med tilrettelegging i form av fellesarealer og lokalisering.

Alle sier at seniorer i liten grad er forberedt på at funksjonsevnen kan bli svekket slik at boligbehovene endres. Dette gjør at mange lar være å gjøre fornuftige valg i form av tilpasninger av egen bolig eller flytting til tilpasset bolig.⁵³

Man kan se en ganske stor forskjell i innretningen av tiltakene knyttet til tilpasning av bolig: I Finland og Sverige har man satset på tilpasning av seniorers boliger, før man ser at de faktisk har behov for tilpasning. I Danmark har man i stedet satset på å tilpasse boligene etter at behovet oppstår. I intervju argumenterte representanter for KL for at de mente at det ville være en tendens til at det ville være de med god funksjonsevne som ville bruke en slik ordning, og at den dermed ville føre til sløsing. Det vil da være bedre å tilpasse boligen når de vet det er behov.

Drøfting

Vi mener at Finlands «Program för att förbättra äldres boende 2013-2017» i hovedsak var velbegrunnet. Blant elementene var:

- Tilgjengelighetskrav til nye boliger (slik alle de nordiske landene har)
- Pedagogiske tiltak for å bidra til at kommunene tar hensyn til behovet for eldrevennlige boliger i sitt planarbeid

I Finland ga de også støtte til andre «eldrevennlige» aspekter ved nybyggingen, utover tilgjengelighet. Dette inkluderer fellesarealer. Vi ser ikke faglig grunnlag for å konkludere om en slik støtteordning kan forsvares. Et alternativ kan være at kommunene stiller krav om slike elementer overfor utbyggerne.

Videre har Finland og Sverige tilskuddsordninger for å bedre tilgjengeligheten i eksisterende boliger. I Danmark har de ikke en slik ordning, og i intervjuer fikk vi de begrunnelse om at hvis man gir slike tilskudd som en rettighet, vil den for en stor del brukes av personer som ikke har eller får behov for tilgjengelighetstiltak. I stedet kan kommunen gi tilskudd til tilgjengelighetstiltak når behovet oppstår. Vi har spurt myndighetene i Sverige og Finland om de har erfaringer som kan belyse dette. Boverket i Sverige har svart at de ikke har inntrykk av at det er de mest ressurssterke som får tilskudd. Tilskuddene brukes i hovedsak til enkle og lite kostbare tiltak (fjerning av terskler, montering av støttehåndtak) og at det ofte er ansatte i omsorgstjenesten som initierer søknadene. Tiltakene som finansieres bør dermed normalt være godt tilpasset søkerens behov.

⁵³ Abramsson (2015)

Vi mener at i områder med fallende folketall og lav nybygging må tilpasning av boliger være en del av løsningen for å redusere bruk av institusjonsplasser. Dette kan også være hensiktsmessig i andre områder.

Spørsmålet er om ordningen bør være:

- Rettighetsfestet uten behovsprøving mot funksjonsevne (dvs. slik den er i Finland og Sverige)
- «Preventiv», men basert på en «helhetlig vurdering» (helsetilstand, alder, funksjonsevne, boligens tilstand, boligmarkedet på stedet, mv.)
- Begrenset til personer som har fått svekket funksjonsevne, slik at eksisterende bolig ikke lenger er egnet

Heller ikke på dette området har vi funnet forskning eller annet faglig grunnlag for å belyse hvilken virkemiddelbruk som er optimal. Ingen av landene har f.eks. laget studier av effektene av boligtilpasning for tjenestebehovet, livskvalitet, mv. Man vet heller ikke hvor mange av de som har brukt tilskuddsordningene som senere mottar tjenester i hjemmet eller som har eller får svekket funksjonsevne. Boligtilpasning vil ofte ta lang tid, og hvis en person opplever funksjonssvekkelse, og ikke bor i egnet bolig, vil man finne en løsning med midlertidig bolig mens tilpasningen gjennomføres?

For å styrke kommunenes søkelys på boliger for eldre har man i Finland laget framskrivninger av behovet for ulike typer eldrevennlige boliger. Man anslo antall eldrevennlige boliger i basisåret, la til antatt nybygging (omfattes av krav om «tilgjengelighet») og sammenholdt dette med antagelser om behov for tilgjengelige boliger (andel med nedsatt funksjonsevne i ulike aldersgrupper). Hvis lager prognosene på aggregert nivå, vil man undervurdere problemene i fraflyttingskommuner: Hvis det er «overskudd» på eldrevennlige boliger i én kommune, kan ikke dette brukes til å dekke «underskuddet» i en annen. Virkningene av slike prognoser er ikke analysert.

I Danmark har man innført regel om at kommunene skal tilby alle 70 år eller eldre besøk av hjemmetjenesten i kommunen. Det er ikke krav om at boligtilpasning skal være et tema ved slike besøk, men dette kan være en anledning for å få flere til å tenke gjennom sin bosituasjon.

4.3 Velferdsteknologi

Her vil vi drøfte problemstillingen om hvordan utviklingen av velferdsteknologi er håndtert i de nordiske landene

Både Danmark, Finland og Sverige har nasjonale initiativer for å innføring av velferdsteknologi, men satsingene er ganske ulike.

- I Sverige er en statlig tilskuddsordning det viktigste nasjonale tiltaket
- I Finland har de laget en nasjonal strategi, men foreløpig har det vært få konkrete tiltak
- I Danmark har de strategier/handlingsplaner som bygger på hverandre, og samarbeid om utprøving og kunnskapsoverføring. Det øremerkede statlige bidraget er beskjedent.

Politikken i Norge ligner mest på den danske, men med mer statlig finansiering til utprøving.

Intervjuene gir klart inntrykk av at Norge og Danmark er kommet lenger enn de andre landene i å utnytte velferdsteknologi. Den form for fellesskap rundt utprøving og kunnskapsoverføring som man har i Norge og Danmark, er godt egnet for å fremme effektiv bruk av teknologien.

Videre er det en klar anbefaling om at man ikke primært fokuserer på teknologien, men på tjenesten og virksomhetene. Uten tilpasning av den øvrige virksomheten gir ny teknologi ofte liten effekt.

Vi vil også framheve at både staten (ved Helsedirektoratet i Norge og Digitaliseringsstyrelsen i Danmark) og administrasjonen i kommunene kanskje kan spille en særlig viktig rolle fordi de lettere enn den enkelte kommune kan fremme løsninger på felles problemer knyttet til personvernregler, kommunenes fagsystemer og mangel på systemer for utveksling av pasient-/brukerdata i helse- og omsorgssektoren. Disse faktorene reduserer nytten av velferdsteknologi.

Et spørsmål er hvor hensiktsmessig det er at man etablerer statlige tilskudd for å prøve ut eller innføre velferdsteknologi i kommunene. Vår erfaring fra andre prosjekter er at kommunene kvier seg for å gå foran de andre kommunene: De vil gjerne kunne lære av andres feil. Dette taler for at i fravær av det insentiv som statlige tilskudd innebærer, vil utviklingen av ny teknologi bli hemmet. Overføring av kunnskap fra utprøvingen til andre er en form for indirekte positiv virkning som i teorien kan forsvare en statlig subsidiering.

4.4 Ressurskrevende brukere

I Danmark og Sverige er det få eller ingen kommuner som er små, sammenlignet med det som er vanlig i Norge. Disse landene har ikke ordninger som avlaster kommunenes risiko knyttet til ressurskrevende brukere. I Sverige, hvor de minste kommunene har litt over 2 500 innbyggere, har enkelte tatt til orde for etablering av en forsikrings- eller utjevningsordning.

I Finland er det ingen nasjonal finansieringsordning for omsorgstjenester til ressurskrevende brukere; kommunene har organisert utjevningsordninger. Vi har ikke funnet skriftlig dokumentasjon om dette, men i en e-post fra Finlands Kommunförbund opplyses det at de ulike sykehusdistriktene har utjevningsordninger. Som hovedregel får den enkelte kommune dekket 80 prosent av utgiftene utover 60 000 EUR per pasient. I tillegg refunderer NHI (tilsvarer Folketrygden) utgifter til behandlingsutgifter for pasienter alvorlige funksjonsnedsettelse. Pasientene skal ikke bo på institusjon og skal (hvis de er under 65 år) motta uføretrygd.

Vurdering – ressurskrevende brukere

I arbeidet med prosjektet har vi ikke funnet informasjon som er egnet til å belyse alternative løsninger på problemet med at ressurskrevende brukere kan bli en u håndterlig risikofaktor for økonomien i små kommuner. Vi har ikke kommet i kontakt med noen som har kunnet beskrive erfaringene Finland har med sine ordninger.

Vi er kjent med at ordningen i Norge har vært og er under utredning. Etter vår mening er det få insentivproblemer knyttet til den norske ordningen, bortsett fra fristelsen som ligger i å henføre irrelevante kostnader til ressurskrevende brukere.

Litteratur

Abramsson, Marianne. "Äldres bostadsval och preferenser—en sammanställning av aktuell forskning." Norrköping, från <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/03/Abramsson-%20C3%2084ldres-bostadsval-och-preferenser.pdf> (2015).

Agenda Kaupang (2016): «Heldøgns omsorg – kommunenes dekningsgrad», KS_FOU-rapport R9342

Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden (2012): Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(5):1–159.

Anell, A. (2015): «Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturoversikt», Bilag 3 til SOU 2016:2

Anell, A. (2017). Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien. (PM; Vol. 2017, Nr. 1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Christiansen, Terkel, et al. "Healthcare, health and inequality in health in the Nordic countries." Nordic Journal of Health Economics 6.2 (2018): pp-10.

Couffinhal, A, m.fl. (2016): «International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland», Ministry of Social Affairs and Health, Finland

EPTA (2019): «Technologies in care for older people», European Parliamentary Technology Assessment

Fernler, Karin, Anna Krohwinkel, Jon Rognes, Hans Winberg (2014): «Ekonomi på tvären - Ersättningsmodeller för samverkan – en vägledning», Report, Leading Health Care nr 1 2014

Godager, Geir, Terje P. Hagen, and Tor Iversen. *Omfang og sammensetning av omsorgstjenester i tre nordiske land*. No. 2011: 2. Oslo University, Health Economics Research Programme, 2011.

Goddard, Maria & Anne R. Mason (2017): «Integrated Care: A Pill for All Ills?» Int J Health Policy Manag 2017, 6(1), 1–3. doi 10.15171/ijhpm.2016.111

Højgaard, Betina, Jakob Kjellberg og Mickael Bech (red.) (2018): «Den statslige styring af det regionale sundhedsområde – Analyse af centrale instrumenter», VIVE

Iversen, T., Anell, A., Häkkinen, U., Kronborg, C., & Ólafsdóttir, T. (2016). «Coordination of health care in the Nordic countries». Nordic Journal of Health Economics, 4(1), pp-41.

Keskimäki I, et.al. (2019): Finland: Health system review. Health Systems in Transition, 2019; 21(2): 1 – 166, the European Observatory on Health Systems and Policies

KL (2017): «Program for velfærdsteknologi 2017- 2020». <https://www.kl.dk/media/11636/program-for-velfaerdsteknologi-2017-2020.pdf>

Mason, Anne, Maria Karen Goddard, and Helen Louise Ann Weatherly. "Financial mechanisms for integrating funds for health and social care: an evidence review." (2014).

Miljöministeriet (2013): Program för att förbättra äldres boende 2013–2017

Miljöministeriet (2018): Framtidsplan för programmet för att förbättra äldres boende 2013–2017

Nososco (2017): «Social Protection in the Nordic Countries 2015/2016», Nordic Social Statistical Committee

Nomesco (2017): «Health Statistics for the Nordic Countries 2017», Nordic Medico-Statistical Committee 108:2017

Olejaz, Maria, et al. "Denmark health system review." *Health systems in transition* 14.2 (2012): i-xxii.

Olsen, Kim Rose, et al. "General practice in the Nordic countries." *Nordic Journal of Health Economics* 4.1 (2016): pp-56.

Rambøll Management (2016): "Analyse af sammenhængen mellem boligformer og samfundsøkonomiske udgifter til ældre"

Regeringen (2019): «Ett inkluderande och kunnigt Finland», https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161663/Ett_Inkluderande_och_kunnigt_Finland_2019_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Regeringen (2019): «Patienten først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder», <https://www.fm.dk/publikationer/2019/patienten-foerst>

Rissanen, Pekka (ed.) (2019): «Social and Healthcare Services in Finland. Expert evaluation - Autumn 2018», THL - Policy brief 5/2019

ROSE consortium (2017): «Robotics in Care Services: A Finnish Roadmap», <http://roseproject.aalto.fi/images/publications/Roadmap-final02062017.pdf>

Siren, Anu & Maria Hedemark Poulsen (2016): Sammenhængen mellem boligformer og livskvalitet for ældre", Vive.

Socialdepartementet (2019): «God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården», Bilaga til Regeringsbeslut 2019-19 nr 1

SOU 2015:85 «Bostäder att bo kvar i»

SOU 2016:2: «Effektiv vård»

SOU 2017:21 «Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer»

Statsrådet (2015): «eHealth and eSocial Strategy 2020», Helsinki

Sundheds- og ældreministeriet (2017): «National demenshandlingsplan 2025». https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Demenshandlingsplan-2025-Et-trygt-og-vaerdigt-liv-med-demens/Demenshandlingsplan-2025-Et-trygt-og-vaerdigt-liv-med-demens.ashx

Transport-, bygnings- og boligministeriet (2019): «Afrapportering fra det tværministerielle arbejde om seniorfællesskaber». <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldreboliger/2019/April/~~/media/Filer%20-%20dokumenter/01-afrap-fra-det-tvaervaellesministerielle-arbejde-om-seniorbo-2019/Afrap-fra-det-tvaerministerielle-arbejde-om-seniorbofaellesskaber.pdf>

Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen (2017), <https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2017/Juni/Sammenhaengende-sundhedsvaesen.aspx>

Vaalavuo (2018). Social and health care client fees: allocation, effects and fairness. Helsinki: Prime Minister's Office. <https://tietokaytoon.fi/documents/10616/6354562/30-2018-Asiakasmaksut.pdf/82c084e6-829e-4a46-b552-f9a9ad4d2b96?version=1.0>, accessed 17 July 2019

Västerås stad (2018): Slutrapport för projekt *Välfärdsteknologi på äldreboenden*

Vårdanalys (2015: «Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan?», Rapport 2015:8

