

LEVERANS 3. FALLSTUDIERAPPORT

RSS/SC2019/127/RSS/SC2019/127/ Förbättra kommunernas förmåga
att bedöma den övergripande kvaliteten i kommunal hälso- och
sjukvård för äldre

AARC Consortium



*Funded by the Structural Reform Support Programme of the European Union and
implemented in cooperation with the EC Directorate General for Structural Reform Support
(DG REFORM)*



Innehåll

1.	INLEDNING	1
1.1.	Metoder	1
1.2.	Översikt över systemen för hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg	2
2.	POLITISKT SAMMANHANG OCH BERÖRDA PARTERS DELTAGANDE I UPPBYGGNADEN AV BEDÖMNINGSRAMEN.....	7
2.1.	Bakgrund till landet.....	7
2.2.	Beskrivning av modellen för hälso- och sjukvård och system för långvarig vård och omsorg.....	9
2.3.	På grundval av vilka kriterier kan patienterna välja en vårdmiljö (i hemmet eller på en institution) (t.ex. kriterier som patientval, kriterier för stödberättigande och ekonomiska överväganden)?.....	29
2.4.	Lagar och andra författningar för kvalitet	36
3.	PRESENTATION AV RAMVERK FÖR KVALITETSBEDÖMNING.....	38
3.1.	Vilka politiska behov och strategier bidrog till genomförandet av och innehållet i bedömningsramarna?	39
3.2.	Vilka villkor måste finnas på plats för att utforma och genomföra ramarna och vilka möjliggörande faktorer förelåg?	40
3.3.	Var det nödvändigt att ändra lagstiftningen?.....	41
3.4.	Finns det verktyg/mekanismer från vårdgivare om hur bedömningsramarna kan användas för att dela med sig av dem?.....	47
3.5.	Lärdomar som dragits	47
4.	UTVECKLING AV MÅL OCH INDIKATORER	49
4.1.	Vilka mål eftersträvades genom att främja bedömningsramarna (t.ex. ansvarsskyldighet, öppenhet och patientsäkerhet)?.....	50
4.2.	Används bedömningsramarna i stor utsträckning och vad underlättar användningen av dem (övervakas användningen av ramarna)?.....	52
4.3.	Vilka kriterier/vilka metoder används för att välja indikatorer (t.ex. vetenskaplig litteratur) och processer (t.ex. konsensuskapande)? Vilket eller vilka underliggande fenomen pekar den på?	53
4.4.	Hur används indikatorer för att styra beslut för att förbättra kvaliteten?	57
5.	INSAMLING AV UPPGIFTER	58
5.1.	Infördes datainsamlingskrav för genomförandet av bedömningsramarna?.....	58
5.2.	Mekanismer för återkoppling till berörda parter och användare. Hur matas uppgifterna tillbaka till dem som ursprungligen tillhandahöll dem? Är de tillgängliga kontinuerligt för alla som deltar i systemet? Vilka är de huvudsakliga användningsområdena för data?.....	63
6.	EFFEKTERNA AV RAMVERKEN FÖR BEDÖMNING.....	64



6.1.	Finns det skillnader och likheter mellan ”god praxis” för varje vårdmiljö? Överlappar ramverken varandra?.....	64
6.2.	Har det gjorts en uppföljning för att se till att bedömningsramarna används/har uppnått de fastställda målen? Finns det en kontinuerlig förbättringsprocess för ramarna? Hur integrerades ramarna i styrningsprocessen för kontinuerlig förbättring av vårdkvaliteten (instruktioner och stöd till vårdgivare när de använder bedömningsramarna för fortsatt kvalitetsförbättring)?	64
6.3.	Hur används resultaten från ramverken för att uppmuntra politiska åtgärder?.....	64
6.4.	Har ramarna bidragit till att bättre integrera den vård som ges i vårdhem, i hemmet och i särskilda bostäder i hälso- och sjukvårdssystemet?	68
7.	BILAGA 1: UTVALDA INDIKATORER	69
8.	BILAGA 2: INFORMATION OM VÅRDGIVARES ANSVARSOMRÅDEN.....	76



Tabeller

Tabell 1 Terminologi för stöd i hemmet och i bostadsmiljöer	8
Tabell 2 Andel personer som får hemvård, vård och särskild inkvartering	9
Tabell 3 Administrativ organisation och administrativt ansvar	12
Tabell 4 Översikt över hälso- och sjukvårdssystemen	15
Tabell 5 Översikt över systemen för långvarig vård och omsorg	17
Tabell 6 Översikt över systemen för social omsorg (när det gäller vård av omsorgsberoende personer) 19	
Tabell 7 Information om utbildning för sjuksköterskor som arbetar med hemvård	23
Tabell 8 Information om utbildningen för olika vårdgivare som arbetar med hemvård	26
Tabell 9 Privat hem eller vårdhem.....	29
Tabell 10 Presentation av de åtgärder som vidtagits för att utforma och genomföra bedömningsramarna.....	41
Tabell 11 Beskrivning av indikatorsystem för varje ram.....	54
Tabell 12 Processen för insamling av uppgifter	60
Tabell 13 Inverkan av bedömningsramen	65
Tabell 14 Indikatorer för Nederländerna.....	70
Tabell 15 Indikatorer för Danmark.....	71
Tabell 16 Indikatorer för Norge.....	71
Tabell 17 Indikatorer för Skottland.....	73
Tabell 18 Indikatorer för Ontario	75
Tabell 19 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Nederländerna på vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar.....	76
Tabell 20 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Danmark i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	78
Tabell 21 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Norge i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	80
Tabell 22 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Skottland på vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	82
Tabell 23 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Kanada i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	84



1. Inledning

Syftet med denna rapport är att ge en detaljerad beskrivning av den politik och de ramverk som används för att bedöma kvaliteten på hälso- och sjukvård i hemmet, i vårdhem och i särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar i fem länder. För att uppnå en god förståelse av ramverkens roll är det nödvändigt att inte bara mäta kvaliteten, utan också att tillhandahålla en analys av styrning, organisation och finansiering av hälso- och sjukvård och sociala tjänster (som ofta behandlas i litteraturen som långvarig vård och omsorg).

De avsnitt som presenteras nedan följer strukturen på det frågeformulär som ingick i den ursprungliga begäran om tjänster i samband med detta projekt.

1.1. Metoder

Urvalet av länder för den internationella jämförelsen gjordes av medlemmarna i styrgruppen och arbetsgruppen i den inledande rapporten. Som nämnts i den rapporten baserades detta val på viss kunskap om hälso- och sjukvårdssystemen i andra länder och i mindre utsträckning på de likheter som konstaterats med Sverige när det gäller vård i kommuner.

Följande fem länder valdes ut som bästa praxis för en ytterligare granskning och för övervägande som möjliga studiebesöksländer: Nederländerna, Danmark, Norge, Skottland och Kanada.

Valet av Nederländerna och Kanada baserades på de väletablerade kvalitetssäkringssystemen, inklusive fastställda indikatoruppsättningar för vilka uppgifter samlas in. Dessutom föreslog styrgruppen att Nederländerna skulle inkluderas i översynen. Skottland valdes av samma skäl som ovan för Nederländerna och Kanada. Skottland valdes också eftersom dess system har många likheter med det svenska systemet, som till stor del förvaltas offentligt genom tjänster som tillhandahålls av offentliga leverantörer. Skottland tillhandahåller också dokumenterade framsteg när det gäller befolkningens hälsa och hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. När det gäller välfärdssystemen i Danmark och Norge har de samma egenskaper som de ”nordiska välfärdssystemen”, därmed också med Sverige. Allmänhetens förväntningar på systemet är likartade, bland annat när det gäller äldreomsorg. De båda länderna har också många demografiska utmaningar i likhet med Sverige. Slutligen är deras vårdssystem, liksom det svenska systemet, till stor del baserade på skattefinansiering. Danmark har den största andelen hemvård i de tre nordiska länderna. Det var därför relevant att beakta Danmark och/eller Norge, att lära sig mer om sina system för vård av äldre och personer med funktionsnedsättning och bland annat hur de övervakar dessa system.

Informationen samlades in genom en skrivbords- och dokumentstudie och i några fall kompletterades arbetet med intervjuer med nationella experter och personer med ansvar för äldreomsorg och personer i behov av särskilt stöd. Dokument har hämtats från flera webbplatser för organisationer i länderna som deltar i utarbetandet och genomförandet av politiken inom hälso- långvarig vård och omsorg, hemvård och vårdhem. Dokumenten valdes ut genom en iterativ sökning på internet, kompletterade med referenser som var kända för expertgruppen.

För att göra det lättare att jämföra resultaten har projektgruppen sett till att de resultat och den information som visas per land har likvärdig fullständighet och detaljrikedom.



1.2. Översikt över systemen för hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg

1.2.1. Nederländerna

Det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet syftar till att tillhandahålla allmän täckning som kännetecknas av patientcentrering och relativt låga skillnader i hälsa¹.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Nederländerna fungerar främst på två nivåer: den nationella och lokala nivån, eftersom den regionala nivån inte är kopplad till en administrativ myndighet och har en begränsad räckvidd när det gäller att fastställa mål och prioriteringar vid genomförandet av folkhälsopolitiken². På nationell nivå ansvarar den nederländska regeringen för att fastställa prioriteringar för hälso- och sjukvården och övervaka tillgången, kvaliteten och kostnaderna. På lokal nivå ansvarar kommunerna för att tillhandahålla särskilda sociala tjänster som hemvård och långvarig vård och omsorg, social och förebyggande hälso- och sjukvård genom kommunal sjukvård, stöd till personer med funktionsnedsättning, hjälp och stödtjänster. De lokala myndigheterna deltar också i de regionala översikterna.³ För närvarande flyttas ansvaret till dem genom en minskning av antalet institutioner för äldre, vilket kräver samordning av hälso- och sjukvården och den sociala omsorgen.

De flesta vårdgivare är privata (finansieras genom allmän beskattning), men regeringen reglerar hälso- och sjukvården. Detta ger patienterna frihet, som kan välja mellan ett stort antal experter utifrån sina särskilda behov och önskemål. Systemet kräver också att alla invånare måste köpa lagstadgad sjukförsäkring från privata försäkringsgivare. Långvarig vård och omsorg finansieras genom lagen om långvarig vård och omsorg (2015), ett annat statligt socialförsäkringssystem.

Allmänpraktiserande läkare spelar en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet och utfärdar vid behov remisser till specialister. Inom långvarig vård och omsorg är målet på nationell nivå att människor ska kunna bo hemma längre med stöd och samordning av distriktssköterskorna⁴. Dessa sjuksköterskor, som är särskilt utbildade i samhällsvård, spelar en avgörande roll i den moderna primärvården och har i uppgift att leda grupper av lokala sjuksköterskor och stödpersonal. Den ”korg av tjänster” som tillhandahålls av det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet är omfattande, bland annat tjänster som primärvård, specialistvård och mödravård, boendevård och personlig vård, sjukvård och sjuksköterskevård, medicinska hjälpmedel och transporttjänster inom långvarig vård och omsorg, samt vägledning och dagtidsaktiviteter, skyddad miljö och skydd inom den sociala omsorgen.

Det nederländska systemet har därför intressanta egenskaper, såsom det faktum att systemet för långvarig vård och omsorg ger möjlighet att anpassa patienternas hem så att de kan stanna kvar längre. I detta system är regering och kommuner nära förbundna med varandra, eftersom de är de lokala myndigheter som ansvarar för att utföra de uppgifter som rör hälso- och sjukvården. Samtidigt ger privatiseringen av de flesta service-centralerna medborgarna tillräcklig valfrihet för att välja den central och den specialist som de tror bäst uppfyller sina behov.

¹TIKKANEN, Roosa, Osborna, Robin, Mossialos, Elias, Djordjevic, Ana och Wharton, George A., (2020).

”Nederländerna”. *International Health Care System Profiles – Samväldesfonden*. Online: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands#:~:text=%20reform%20-program%27-tal%20-huvudmål,till%20Institutionella%20LO ng%2Dterm%20-vård.>

² Trots detta har de regionala myndigheterna ansvar för politik och planering av hjälpmedel, rådgivning om prioriteringar, utarbetande av hälsoplaner, övervakning och utfärdande av tillstånd för ambulerande transporter. Europeiska regionkommittén. (nd). ”Nederländerna – folkhälsa”. *Fördelning av befogenheter*. Online: <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/Pages/Netherlands-health.aspx>

³Idem.

⁴En distriktssjuksköterska är en registrerad sjuksköterska som sköter vården inom samhället.



1.2.2. Danmark

Danmarks system bygger på tanken att alla medborgare bör ha en värdig ålderdom trygga i att de kommer att få inkluderande äldreomsorg av hög kvalitet.

Systemet fungerar på 3 nivåer – nationell, regional och lokal nivå. På nationell nivå ansvarar hälsoministeriet för central politik, lagstiftning, nationella mål, finansiering och nationell revision av hälso- och sjukvårdstjänster. Regionerna ansvarar i första hand för övervakning och reglering av sjukhusvården och för betalning till allmänpraktiserande läkare och specialistläkare. När det gäller kommunerna har de sedan 2016 fått ett utökat ansvar för hälso- och sjukvård, social omsorg och hemvård för äldre och för personer med särskilda behov. Genom en omfattande reform 2007 stärktes kommunernas roll inom hälso- och sjukvården och fem regioner fick huvudansvaret för sjukhusvård samt samordning och betalning för specialiserade och allmänpraktiserande tjänster.

Beskattningsrätten gavs endast till den nationella och kommunala nivån. Därför finansierar regionerna nu sina tjänster med medel från den nationella nivån och betalningar från kommuner. Det medicinska ansvaret för patienter på vårdhem, med hemsjukvård som exempel, delas mellan privata allmänläkare, hälso- och sjukvårdspersonal (främst allmänläkare och praktiserande specialister), licensierad hälso- och sjukvårdspersonal och anställda utan tillstånd i kommunerna. Ibland får allmänläkare ersättning för sina tjänster som tillhandahålls inom de kommunala tjänsterna från regionerna, endast en begränsad del av vården tillhandahålls av privata företag.

När det gäller balansen mellan offentliga och privata långvarig vård och omsorgs vårdgivare kan patienterna välja mellan offentligt och privat tillhandahållna tjänster. Ett stort antal äldre väljer privata vårdgivare, och vissa kommuner har avtal med privata institutioner om institutionsvård för äldre. Det är dock värt att notera att över 90 procent av alla vårdhem är offentliga⁵. Tjänsterna syftar också till att vara inkluderande, och kommunerna erbjuder behovsprövat socialt stöd till äldre personer så att de kan få tillgång till långvarig vård och omsorg⁶.

Läkare spelar en central roll i samordningen av primärvården, medan allmänläkare och registrerade sjuksköterskor (tillsammans med andra specialister) är de främsta leverantörerna av primärvård, vård i hemmet, förebyggande vård och rehabilitering. Andra tjänster, såsom hjälpmedel, hemhjälp, äldreboenden och vårdhem, tillhandahålls av privata leverantörer.

Danmark är således ett framgångsrikt exempel på inkluderande äldreomsorg, med en balans mellan privata och offentliga vårdgivare. Kommunala tjänster finns också tillgängliga för ungdomar med funktionsnedsättning, även om ersättningsbeloppen varierar.

1.2.3. Norge

I Norge är systemets mål att tillhandahålla säkra och tillförlitliga tjänster för alla användare, alltid och överallt. Systemet är omfattande och välutvecklat.

Systemet fungerar på tre nivåer: på nationell, regional och kommunal nivå.

Den nationella nivån ansvarar för all specialiserad vård genom regionala hälso- och sjukvårdsmyndigheter och vårdcentraler. På regional nivå finns det fyra hälso- och sjukvårdsmyndigheter som äger och driver 4–10 sjukhus vardera. Slutligen finns primärvården och långvarig vård och omsorg. Reformen av vårdsamordning 2012 lade större vikt vid kommunernas ansvar för 24-timmarsvård och vård efter

⁵ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>

⁶ Ibid.



avslutad sjukhusvistelse, inbegripet skyldigheten att upprätta individuella behandlingsplaner för patienter med kroniska sjukdomar.

Systemet finansieras till största delen med offentliga medel. Staten finansierar kommunerna och det regionala sjukhusets vårdtrust. De flesta tjänster är kostnadsfria, med undantag för tandvård för vuxna eller ”onödig” användning av privata sjukhus. Öppenvårdsbehandlingar, allmänläkare, läkemedel och långtidsvård finansieras offentligt, med undantag för särskilda tjänster. Parlamentet bestämmer vad som finansieras och täcks av offentliga medel. All hälso- och sjukvårdspersonal finansieras offentligt, inklusive regionala nätverk, arbetsterapeuter och all medicinsk personal som arbetar med hälso- och sjukvård och hemvård i landet⁷.

I Norges hälso- och sjukvårdssystem fungerar allmänläkare som grindvakter för specialiserad vård, sjukhusvård och tillgång till oberoende specialister. Det finns viss interaktion mellan de kommunala, nationella och regionala nivåerna i hälso- och sjukvårdssystemet, eftersom allmänläkare i allmänhet kontrakteras av kommuner, men de kan hänvisa patienter till specialiserade tjänster (som tillhandahålls på nationell och regional nivå). Allmänläkare arbetar tillsammans med sjukhusbaserade specialister och sjuksköterskor inom vården av patienter, i den meningen att det finns en tät dialog mellan sjukhuspersonalen och de allmänläkare som remitterat patienterna till sjukhusvård/specialistvård.

1.2.4. Skottland

I stället för tekniska regler fokuserar de skotska vårdstandarderna på vikten av relationer och förtroende för att vården ska ha en positiv inverkan på människors hälsa och välbefinnande.

Ansvarsfördelningen är fördelad mellan tre nivåer: nationell, provinsial och kommunal. På nationell nivå ansvarar systemet för politik och strategier, nationella mål, övervakning av resultat, stöd och genomförande samt förvaltning av det nationella hälso- och sjukvårdssystemets resurser. På provinsial nivå planerar och tillhandahåller de regionala hälsomyndigheterna, med stöd av särskilda tekniska styrelser, specialiserade hälso- och sjukvårdstjänster och vissa lokala tjänster. De ansvarar för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster till befolkningen i allmänhet och för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster i frontlinjen. De särskilda nämndernas huvudsakliga stöd kommer från tillhandahållandet av viktiga specialister och nationella tjänster, t.ex. ambulanstjänster⁸. På kommunal nivå finns slutligen lokala partnerskap för hälso- och sjukvård och social omsorg, liksom kommittéerna för NHS-styrelser. Dessa partnerskap för hälso- och sjukvård och social omsorg omfattar alla områden i Skottland. De har formella strukturer och fungerar som en kanal mellan de regionala NHS-styrelserna och invånarna genom medverkan av lokala myndigheter, patienter och allmänheten⁹.

Hälso- och sjukvård och social omsorg står under samma paraplyorganisation i Skottland. Denna integration gör det möjligt för det skotska systemet att drastiskt förbättra kvaliteten på vården och stödet till arbetstagare, patienter och deras familjer. Detta uppnås främst genom att man betonar gemensamma tjänster och en tydlig preferens för förebyggande och förebyggande vård¹⁰. De nationella och kommunala nivåerna arbetar tillsammans med gemensam finansiering direkt från den skotska regeringen. Leverans av tjänster avtalas mellan finansiären och tjänsteleverantören och organiseras inte genom offentlig upphandling. Invånarna i Skottland har gratis tillgång till tjänster, medan systemet för långvarig vård och

⁷ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>

⁸ Skottlands hälsa på webben (2020). ”NHSSkottlands struktur”. *Om NHS Skottland*. Online: <https://www.scot.nhs.uk/about-nhs-scotland/>

⁹ NHS. (nd). ”NHSScotland – Hur det fungerar”. *NHS Scotland*. Online: <http://www.ournhsscotland.com/our-NHS/nhsscotland-howit-works>

¹⁰ Den skotska regeringen. (2016). *Politik för social omsorg*. Online: <https://www.gov.scot/policies/social-care/health-and-social-care-integration/>



omsorg också ingår i det allmänna sjukförsäkringssystemet. Sociala tjänster finansieras genom allmän beskattning.

De yrkesverksamma som arbetar med hälso- och sjukvårdssystemet är främst allmänläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och socialarbetare. När det gäller tjänstebudet är den också ganska omfattande, inbegripet primärvård, förebyggande vård, sjukhusvård och psykisk vård, samt vård och rehabilitering inom långvarig vård och omsorg.

Som helhet gör integreringen av hälso- och sjukvård och social omsorg det möjligt att tillhandahålla tjänster av högre kvalitet och större tillfredsställelse. Samtidigt ger de tre nivåerna en mer individanpassad typ av vård. De rättsliga, budgetmässiga och andra allmänna besluten fattas på nationell nivå, men de regionala styrelserna ansvarar för att se till att de nationella målen uppnås. De regionala NHS-styrelserna ser till att tjänsterna planeras, beställs och tillhandahålls korrekt och ser till att de hela tiden samarbetar med sina partners på kommunal nivå. Slutligen bidrar de lokala partnerskapen för hälso- och sjukvård och social omsorg till att vården är personlig och skräddarsydd i hela Skottland. Genom sina direkta kontakter med samhället ser de till att de regionala styrelserna tillhandahåller vad som behövs och därmed maximerar effektiviteten. Skottland har således ett flerdimensionellt system där hälso- och sjukvården är nära kopplad till varandra och tillhandahåller därmed allomfattande och skräddarsydda tjänster för patienterna.

1.2.5. Kanada (Ontario)

I den kanadensiska hälsolagen fastställs fem centrala principer för hälso- och sjukvård, däribland offentlig förvaltning, tillgänglighet, fullständighet, universalitet och överförbarhet. Eftersom det kanadensiska hälso- och sjukvårdssystemet ger provinser (och territorier) huvudansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster och andra sociala tjänster kommer studien att inriktas på provinsen Ontario. Hälso- och sjukvårdssystemet kan delas in i tre nivåer: federala, provinsiella och kommunala. Den federala regeringen och ministeriet för hälso- och sjukvård och långvarig vård och omsorg har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet och samfinansierar hälso- och sjukvårdssystemen. Provinser och territorier har huvudansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster. Strukturellt sett är de organiserade i åtta huvudsegment såsom folkmängd och folkhälsa och lokala nätverk för integrering av hälso- och sjukvård (LHIN). Slutligen hjälper de regionala styrena till att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster genom LHIN eller motsvarande, de regionala hälsomyndigheterna. Dessa organisationer anlitar andra aktörer och byråer för att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster och planerar den lokala hälso- och sjukvården genom att undersöka de särskilda behoven i deras lokalsamhälle. LHIN-nätverken ansvarar för sjukhus, lokala stödorgan, äldreboenden och hem för långvarig vård och omsorg. De lägger inte ut dessa tjänster på entreprenad till andra aktörer. Patienter som är i behov av långvarig vård hänvisas antingen till en vårdinrättning eller i samhället, men långvarig vård kan också ges i hemmet¹¹. Äldreboenden måste tillhandahålla logi, rekreationsprogram, läkarvård och personlig omvårdnad¹². Ontarios befolkning kan också dra stor nytta av de lokala stödorganen, som tillhandahåller tjänster som Meals on Wheels och TRANSCARE (transporttjänst)¹³.

De övergripande systemen för hälso- och sjukvård och social omsorg finansieras genom statliga intäkter. Långvarig vård och omsorg tillhandahålls vanligtvis ekonomiskt av provins- och regionregeringarna¹⁴. I

¹¹Kanadas regering (2019). "Kanadas hälso- och sjukvårdssystem". Online: <https://www.canada.ca/en/health-Kanada/tjanster/hälso-och-sjukvårdssystem/rapportpublikationer/hälso-och-sjukvårdssystem/kanada.html>

¹²Att överbrygga gapet. 2018. "Hälso- och sjukvård på Ontario: Hur fungerar det och hur finansieras det?" Att överbrygga klyftan – Hälsovård.

¹³Idem.

¹⁴Idem.



ett kanadensiskt perspektiv finns det 13 olika planer för Medicare. Skillnaderna gäller främst de typer av tjänster som omfattas:

- Kategori A omfattar alla medicinskt nödvändiga tjänster, och dessa är offentligt finansierade och kostnadsfria.
- Kategori B omfattar en blandning av offentliga och privata tjänster. och
- Kategori C omfattar privata tjänster.

Utöver detta har omkring två tredjedelar av kanadensiska medborgare privata försäkringar för att täcka tjänster som inte tillhandahålls av Medicare-systemet.

De yrkesverksamma som främst är involverade i systemet är legitimerade sjuksköterskor (RN), nationella myndigheter, läkare och hushållsanställda. När det gäller tjänsteutbudet omfattar det bland annat läkare, specialister, sjukhusvård och mödravård, hemvård vid långvarig vård och omsorg, samt hälso- och sjukvård, personlig vård, vård i slutet av livet och sjukhusvård inom den sociala omsorgen.

Ontario är också ett bra exempel på hur dessa lokala nätverk för integrering av hälso- och sjukvård kan fungera på regional nivå och skapa egna ramar för att fullgöra de uppgifter som de inrättades för. Provinsen Ontario har inte bara föreslagit en större förändring som förenar stora hälso- och sjukvårdsnätverk under samma paraply, utan har också lyckats skapa nästan oberoende enheter som tar hand om hemsjukvård och långvarig vård och omsorg i området på både regional och lokal nivå. Ontario står för närvarande inför ett åldrande samhälle och inriktar sig nu på samhällsvård och hemvård, så att patienterna kan erbjudas tjänster i en bekväm miljö och samtidigt öka anslagen till boenden inom långvarig vård och omsorg. Ontarios system med tre nivåer skapar en "vattenfallsstruktur", där den federala regeringen ansvarar för makrofrågorna, medan LHIN och andra myndigheter fokuserar på befolkningens särskilda behov och försöker öka effektiviteten, kvaliteten och hållbarheten.



2. Politiskt sammanhang och berörda parter deltagande i uppbyggnaden av bedömningsramen

2.1. Bakgrund till landet

I detta avsnitt ges en allmän översikt över de aktörer som deltar i tillhandahållandet och finansieringen av tjänster, hälso- och sjukvårdstjänster och vårdtjänster som tillhandahålls i hemmet, i vårdhem och i särskilda boenden för äldre personer med funktionsnedsättningar i de fem utvalda länderna.

Beroende på land kan utformningen vara mer eller mindre komplicerad när det gäller finansieringskällan (sjukförsäkring, försäkring för långvarig vård och omsorg och social omsorg), de myndigheter som ansvarar för att tillhandahålla och/eller köpa tjänster (nationell, regional och kommunal nivå) och de typer av tjänster som tillhandahålls. Enligt en rapport från WHO från 2008 finns det ingen enhetlig historia av utvecklingen av politiken för och tillhandahållandet av vård- och omsorgstjänster i hemmet i Europa. Utvecklingen av vård i hemmet och hemhjälp hänger samman med uppkomsten av komplexa system för välfärd, social trygghet och hälso- och sjukvård som har utvecklats på olika sätt och gett upphov till olika finansierings- och tillhandahållandemönster inom varje land. Utöver denna mångfald färgar de sociala och kulturella institutionerna på nationell nivå, ländernas välfärdsreformer och policymix. Resultatet är en rik blandning av tillvägagångssätt och strategier för finansiering, organisation och tillhandahållande av vård- och omsorgstjänster i hemmet, skattebaserat tillhandahållande, kommunal, regional och nationell ansvarsnivå, skillnader i gränser för hälso- och sjukvård och sociala tjänster och större eller mindre politiskt stöd för informell vård.¹⁵

Denna komplexitet observeras också när man tittar närmare på de myndigheter som ansvarar för övervakning och utvärdering av tjänsternas kvalitet. För att underlätta förståelsen av situationen i varje land kommer en gemensam terminologi att användas i hela dokumentet (se tabell 1). Man bör också komma ihåg att varje land kan

- definiera en annan korg (utbud) av tjänster för de kategorier som ingår i tabell 1, och
- inkludera dessa tjänster i olika delar av landets välfärdssystem dvs. hälso- och sjukvårdssystem, system för långvarig vård och omsorg samt system för social omsorg.

När så är lämpligt kommer dessa skillnader att förklaras i texten. Det är inte förvånande att jämförbara uppgifter verkar svåra att samla in, delvis på grund av att det saknas en enhetlig definition av vilka tjänster som tillhandahålls och behövs för att stödja förlorad självständighet för enskilda personer i deras hem eller i boenden.

I nästa tabell kommer terminologin för stöd i hemmet och i bostadsmiljöer att visas, vilket kommer att finnas med i rapporten. För det första hänvisas det till olika typer av vård i samband med vård och omsorg vid långvarigt vårdbehov. Det finns sedan en rad yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som är involverade i dessa vårdtjänster, följt av två olika typer av stöd som de tillhandahåller.

¹⁵Hemvård i Europa. Köpenhamn: Världshälsoorganisationen, Europeiska regionala kontoret, 2008



Tabell 1 Terminologi för stöd i hemmet och i bostadsmiljöer¹⁶

Kategori	Definition
Vård i hemmet	Vård i hemmet av yrkesverksamma efter en formell behovsbedömning. Vård: hushållshjälp, personlig vård och stödjande, teknisk och rehabiliterande vård. Vård i hemmet betecknas också som samhällsvård.
Vård och omsorg i hemmet	Andra inrättningar (eller institutioner) än sjukhus som tillhandahåller logi och en helhetslösning för långvarig vård och omsorg. Vård- och omsorgsboenden kan erbjuda kortvarigt eller långvarigt vårdboende för personer i beroendeställning. Vård på dessa inrättningar är vanligtvis en kombination av personlig vård och hälso- och sjukvård (teknisk vård, övervakning). I Sverige ingår vårdhem och särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar. Sverige ingår vårdhem och särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar.
Personlig omvårdnad	Hjälp med t.ex. behandling, utfodring, tvätt och toalettbesök samt att ta sig in i eller ut ur sängen, hjälp med medicinering (ADL). Personlig vård behandlas ibland som sjuksköterskevård.
Legitimerad sjuksköterska (RN) eller avancerad praktik sjuksköterska (ANP)	Legitimerad sjuksköterska (RN) är den titel som ges till en sjuksköterska som uppfyller utbildnings- och certifieringskraven och har fått tillstånd att utöva yrket. En sjuksköterska för avancerad praktik (APN) är en allmänläkare eller specialistsjuksköterska som genom kompletterande universitetsutbildning (minst en masterexamen) har förvärvat en expertkunskapsbas, komplexa beslutsfärdigheter och klinisk kompetens för avancerade sjuksköterskor, vars egenskaper är utformade utifrån det sammanhang i vilket de har behörighet att utöva yrket (anpassad från ICN, 2008 ¹⁶¹⁷). De två vanligaste rollerna för APN är sjuksköterskespecialister (CNS) och sjuksköterskor (NP).
Undersköterska/vårdbiträde (NA)	En person som har genomgått ett kortvarigt hälso- och sjukvårdsutbildningsprogram och som tillhandahåller stödtjänster för regionala nätverk. Även känd som en ordnad eller, om den certifierats av en statlig myndighet, en certifierad sjuksköterska (CNA).
Klinisk specialist-sjuksköterska	Kliniska sjuksköterskor (CNS) är legitimerade sjuksköterskor med akademisk utbildning (magister- eller doktorexamen) i sjuksköterskor som specialitetsläkare. Områden för klinisk praxis kan organiseras efter befolkning (pediatri, geriatrik, kvinnors hälsa osv.), miljö (kritisk vård, akutrum osv.), sjukdom eller medicinsk subspecialitet (diabetes, onkologi osv.), typ av vård (psykiatrisk vård, rehabilitering osv.) och/eller typ av problem (smärta, sår, stress osv.).
Arbetsterapeut	Hälso- och sjukvårdspersonal som tillhandahåller behandling som bygger på engagemang i meningsfulla aktiviteter i det dagliga livet (t.ex. egenvård, utbildning, arbete eller social interaktion), särskilt för att möjliggöra eller uppmuntra deltagande i sådan verksamhet trots funktionsnedsättningar eller begränsningar i den fysiska eller psykiska funktionen.
Stöd i hemmet	Rehabiliteringspersonal som främjar optimal hälsa och funktionellt oberoende.
Hemstöd	Hjälp med viktiga aktiviteter i det dagliga livet (IADL), t.ex. telefon, inköp, livsmedelsberedning, hushållning, transport och ekonomisk förvaltning.
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	Om tekniken förändras kan flyttbar utrustning för att stödja patienten i hemmet och/eller sjuksköterska tillhandahållas. Vanliga typer av tekniska hjälpmedel ingår, såsom rullstol.

¹⁶Vård i hemmet i hela Europa: Nuvarande struktur och framtida utmaningar. Genet N, Boerma W, KRONEMAN M, Hutchinson A, Saltman R, redaktör. Köpenhamn: Världshälsoorganisationen (WHO).

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf, Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Tillhandahålla och betala för långvarig vård och omsorg enligt OECD. Paris: OECD Publishing; 2011. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264097759-en.pdf?_upphör_att_gälla_=_1602148768_-_id_=_id_-_accname_=_oid031827_”checksum”_=_E23E1E830E7D735D31D5400DE1DEF069

¹⁷ https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf



Vård i hemmet	Vård i hemmet av yrkesverksamma efter en formell behovsbedömning. Vård: hushållshjälp, personlig vård och stödjande, teknisk och rehabiliterande vård. Vård i hemmet betecknas också som samhällsvård.
----------------------	--

2.2. Beskrivning av modellen för hälso- och sjukvård och system för långvarig vård och omsorg

I detta avsnitt ges en översikt över begreppen ”hälso- och sjukvårdssystem” och ”system för långvarig vård och omsorg”, som kommer att analyseras enligt varje lands organisation och lagstiftning i tabell 4.

Såsom WHO hävdar består ett hälso- och sjukvårdssystem av alla organisationer, personer och åtgärder vars främsta syfte är att främja, återställa eller upprätthålla hälsa. Detta inbegriper insatser för att påverka bestämningsfaktorer för hälsa samt mer direkt hälsofrämjande verksamhet.

Å andra sidan definierar varje land när det gäller långvarig vård och omsorg såväl målgrupp som tjänsteutbud som tillhandahålls patienter. Med långvarig vård och omsorg avses de system som gör det möjligt för äldre personer, som upplever betydande kapacitetsminskningar, att få vård och stöd från andra som är förenliga med deras grundläggande rättigheter, grundläggande friheter och värdighet.

I tabellen nedan anges de viktigaste siffrorna för andelen av befolkningen som får någon form av vård i hemmet eller långvarig vård och omsorg i de analyserade länderna.

Tabell 2 Andel personer som får hemvård, vård och särskild inkvartering

	Nederländerna	Danmark ¹⁸	Norge	Skottland	Kanada
% av de personer 65 år eller äldre som får hemsjukvård	8 % (2017)	11 % (2018)	11,2 % (2018)	4,89 % (2017)	8,7 % (2016)
% av befolkningen 65 år eller äldre på vårdhem	6,5 % (2010) ¹⁹	7,2 % (2016) ²⁰	4,1 % (2018) ²¹	3,16 % (2018) ²²	3,2 % (2019/2020) ²³
% av människor som bor i särskilt boende	INGA UPPGIFTER	INGA UPPGIFTER	INGA UPPGIFTER	1,56 % (2019)	3,4 % (2019/2020)

De flesta länder erbjuder ekonomiska bidrag för att komplettera specifika vårdbehov, beroende på patienternas olika situation. Mer information om finansiering, försäkring och förmåner finns i tabellerna 3–6.

¹⁸ Enligt OECD: ”Vissa kommuner har inte lämnat in kvalificerade uppgifter. De totala siffrorna och regionerna kan därför inte beräknas. Täckningen för 2017 var 88 kommuner av de 98 kommunerna”

<https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140>

¹⁹ <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

²⁰ <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=de> s. 4.

²¹ <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30143#>

²² <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/Health-and-Social-Community-Care/Publications/2018-09-11/2018-09-11-CHCensus-Report.pdf>

²³ Utarbetande på eget initiativ på grundval av Kanadas Statistics (2016/2019–2020) (https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng.cfm?tabid=2-LANG=E-APATH=3-DETAIL=0-ombesörjd-DIM=0-FL=4-FREE=0-GC=0-GK=0-GRP=1-PID=11340-PRID=10-PTYPE=109445-S=0-SKOWALL=0-SUB=0-Temporal=2016-THEME=117-VID=0-VNAMEE=-Vnamef=)) (<https://www.cih.ca/en/quick-stats>)



NATIONELLA, REGIONALA OCH KOMMUNALA MYNDIGHETERS ANSVAR FÖR FINANSIERING OCH ORGANISATION AV TJÄNSTER

Nedan sammanfattar vi hur de fem utvalda länderna organiserar hälso- och sjukvård, långvarig vård och omsorg samt sociala tjänster. En detaljerad jämförande översikt finns i tabellerna 3–6.

Analysen av de fem länderna när det gäller tillhandahållande och finansiering av en rad hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster visar tydligt att kommunerna har fått mer ansvar för att vårda patienter i sin bostad (det vill säga deras ”privata hem” och på vårdhem). Närmare bestämt:

I Nederländerna ansvarar den nationella regeringen för att fastställa prioriteringar för hälso- och sjukvården och övervaka tillgången, kvaliteten och kostnaderna. Systemet är dock decentraliserat genom 12 provinser och 388 kommuner. Primärvården spelar en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet och allmänpraktiserande läkare fungerar som grindvakter i systemet och skickar vid behov remisser till specialister.

I Nederländerna ansvarar kommunerna för vård i hemmet, inklusive långvarig vård och omsorg som tillhandahålls i hemmet²⁴. De ansvarar för det sociala omsorgssystemet och för att organisera specifika tjänster relaterade till vård i hemmet, även om de viktigaste besluten fattas på nationell nivå. Distriktsköterskor har uppgiften att organisera merparten av behoven hos personer som får hemvård, på grund av den modell för oberoende där distriktsköterskor får allt större ansvar och beslutskapacitet. Genom de sociala omsorgssystemen ser kommunerna till att människor bor hemma så länge som möjligt och erbjuder olika tjänster och aktiviteter som är inriktade på att underlätta deras dagliga liv och uppgifter.

Det finns olika typer av försäkringar. Nederländerna har ett system med två nivåer där vissa tjänster betalas av offentliga och privata försäkringstjänster. Långvarig vård och omsorg omfattas vanligtvis av socialförsäkringen, med undantag för enstaka fall.

I Danmark har fem regioner huvudansvaret för sjukhusvård och samordning och betalning för specialiserade och allmänpraktiserande tjänster. Den nationella nivån godkänner regionala hälsoplaner som föreslås av regionerna. Den nationella nivån fastställer lagar och andra författningar och övervakar tillhandahållandet av tjänster genom dataanalys och fysiska besök.

Kommunerna ansvarar för äldreomsorg, rehabilitering och förebyggande. Sedan 2016 har kommunerna fått ett utökat ansvar för akutvård för äldre och personer med särskilda behov. Dessa akutvårdstjänster varierar från tillfällig vård i hemmet efter en operation eller akutvård till mer omfattande vårdtjänster för personer som lider av kroniska sjukdomar. De ansvarar också för att organisera och tillhandahålla skyddade boenden, vårdhem och särskilt boende för personer med funktionsnedsättningar.

De utvidgade kommunerna tog över ansvaret för hälso- och sjukvården i lokalsamhället från länen, men med ökad tonvikt på hälsofrämjande, primärprevention och rehabilitering, akut hälsovård och vård av patienter med kroniska sjukdomar.

När det gäller försäkringsmodellen är den till största delen offentlig, uppdelad i två alternativ som skiljer sig åt när det gäller hur patienter hänvisas till allmänläkare och specialister. Privata försäkringar kan också köpas in, eftersom inte alla tjänster kan täckas av staten eller kommunerna.

Norge har ett halvdecentraliserat system som är indelat i fem regioner och 98 kommuner. Den nationella regeringen ansvarar för att fastställa nationella mål och hälsnormer, medan regioner och kommuner ansvarar för att tillhandahålla primärvård och långvarig vård och omsorg. I lagen föreskrivs också att kommunerna ansvarar för hemsjukvård och vårdhem.

Även om den nationella planen anger grunderna för korrekt tillhandahållande och organisation av hälso-

²⁴ <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>



och sjukvården finns det många processer som hanteras på regional nivå, såsom organisation, förvaltning och samordning av verksamheten med sjukhusen.

När det gäller försäkringar omfattas alla medborgare av allmän sjukförsäkring och socialförsäkring, det så kallade nationella försäkringssystemet (NIS).

I Skottland tillhandahålls hälso- och sjukvård och social omsorg inom samma paraplyorganisation, även om decentraliseringen sker genom fjorton regionala styrelser. De nationella och kommunala nivåerna arbetar tillsammans med gemensam finansiering direkt från den skotska regeringen. Tillhandahållande av tjänster avtalas mellan finansören och tjänsteleverantören och organiseras inte genom offentlig upphandling.

De nationella hälso- och sjukvårdsmyndigheterna ansvarar för att fastställa hälso- och sjukvårdspolitik och -strategier, samtidigt som de ansvarar för att fördela resurserna och fastställa genomförandeplanerna genom de regionala hälso- och sjukvårdsstyrelserna med stöd av särskilda tekniska nämnder.

Primärvård eller lokala myndigheter tillhandahåller tjänster utanför sjukhusen. Vissa hälso- och sjukvårdstjänster i hemmet tillhandahålls av sjukhus, t.ex. hembesök av sjukgymnaster eller talterapeuter. De flesta tjänster tillhandahålls dock av närvården eller den lokala primärvården. Som nämnts kommer all finansiering från samma nationella källa.

Eftersom NHS Skottland är baserat på var man bor kan invånarna i Skottland (inklusive utlandsboende) få gratis tillgång till tjänster.

I Kanada har den federala regeringen det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet och samfinansierar systemen för långvarig vård och omsorg. Provinser och territorier är dock i första hand själva ansvariga för finansiering och tillhandahållande av hälso- och sjukvårdstjänster. En annan, mindre del av hälso- och sjukvårdssystemet i Kanada är försäkringsbaserat.

Provinsen (eller territoriet) har huvudansvaret för hälso- och sjukvård, långvarig vård och omsorg och hemvård för äldre. Kommunerna är begränsade i fråga om vad som delegerats till dem av andra myndighetsnivåer, inklusive provinsen/territoriet. Kommunala myndigheter är dock skyldiga att tillhandahålla hem för långvarig vård och omsorg enligt lag. Hälso- och sjukvård i hemmet och i vårdhem för långvarig vård och omsorg tillhandahålls dock av provinserna.

Ontario är ett bra exempel på hur dessa system fungerar, och de försöker utveckla sina egna system för långvarig vård och omsorg och social omsorg enligt ny lagstiftning.

Vissa ytterligare egenskaper hos de politiska systemen i de fem länderna förtecknas i följande tabell (tabell 3):



Tabell 3 Administrativ organisation och administrativt ansvar

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Administrativ organisation	Decentraliserat genom 12 provinser 388 kommuner 388	Decentraliserat genom 5 regioner och 98 kommuner	Delvis decentraliserad genom 22 kommuner, 4 regionala hälso- och sjukvårdsmyndigheter, fungerar som en utvidgning av regeringen.	Decentraliserad genom 14 regionala styrelser, 7 särskilda NHS-styrelser och 1 offentligt hälso- och sjukvårdsorgan	Decentraliserat genom 10 provinser och 3 territorier
Reform av viktig lagstiftning och program	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hälsa försäkring Lag (ZVW) (2006) ▪ Lag om långtidsvård (Wlz) (2015) ▪ Lagen om socialt stöd (WMO) (2015) ▪ Ungdomslagen (2015) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lag om sociala tjänster (2005) ▪ Lag om långvarig vård och omsorg (Wlz) (2015) ▪ 2007 års hälsoreform ▪ 2010 ändringar av hälso- och sjukvårdslagen, som beskriver Faelles Medicinkort (Joint Medical Card) och dess användning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Folkhälsolagen (2011) ▪ Lag om Patientens Rätt (ändrad 2016) ▪ Lag om Primär vård och omsorg (2012) ▪ Lag om nationella hälsodata (införd 2018) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2004 års lag om reform av NHS (Skottland) ▪ Patienträttigheter (Skottland) 2011 ▪ 2014 års lag om offentliga organ (Joint Working) (Skottland) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Canada Health Act (1984) ▪ Lag om god vård och omsorg för alla (2010) ▪ Lag om långvarig vård och omsorg (2007)
Den nationella regeringens ansvar (1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bakgrund nationell hälsa, mål och delmål ▪ Introduktion, lagstiftning, ändringar. ▪ Tillsyn av tillgänglighet, kvalitet och kostnader i landets marknadsbaserade system. ▪ Planering av hälso- och sjukvård och långtidsbudget: det grundläggande tjänstepaketet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fastställande av nationella hälso- och sjukvårdsmål ▪ Lagstiftning om hälsa, organisation och tillgänglighet ▪ Övergripande lagstiftning och tillsyn och administrativa funktioner inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg ▪ Finansiering av hälso- och sjukvårdstjänster 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fastställande av nationella hälso- och sjukvårdsmål ▪ Ansvarig för organisation och finansiering av specialistvård och sjukhusvård ▪ Reglering och tillsyn av hälso- och sjukvårdssystemet och systemet för social omsorg ▪ Övervakning av 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fastställande av hälso- och sjukvårdspolitik och strategier, nationella mål och prioriteringar för NHS ▪ Fastställande av nivån på tilldelade resurser för NHS Skottland ▪ Underteckna leveransplaner med NHS-styrelserna ▪ NHS-styrelserna övervakar resultaten och stöder nämnderna för att följa uppfyllelsen av centrala 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Säkerställande av medicin-tekniska produkters och läkemedels säkerhet och effektivitet samt standarder för leverantörer som levererar tjänster enligt Universell hälso-och sjukvård (UHC) ▪ Finansiering av hälsoforskning och vissa it-system ▪ Övervakning hälso- och



		genom ett system med statliga anslag, återbetalningar och utjämnings-system.	folkhälsa på nationell nivå	mål. ▪ Planering och tillhandahållande av vård genom NHS styrelser	sjukvårdsmyndigheter som förvaltar flera folkhälsofunktioner på nationell nivå ▪ Finansiering (med regioner och provinser) av hälso- och sjukvårdstjänster ▪ Viktiga folkhälsofunktioner
Ansvar för region/provins (2)	Inte kopplat till administrativ myndighet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utveckling av en regional plan för tillhandahållande av tjänster ▪ Tillhandahålla sjukhusvård och sjukhustjänster. ▪ Ersättning till leverantörer av all hälso- och sjukvård i regionen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De regionala hälso-myndigheterna ger vård och ser till att de håller god kvalitet, i enlighet med mandat från regeringen. ▪ Genomförande av nationell hälso- och sjukvårdspolitik genom planering, inklusive att organisera, förvalta och samordna verksamheten med sjukhus- och apoteks-trusterna i deras region. 	NHS Skottland består av 14 regionala NHS styrelser som är ansvarig för skydd och förbättringar av befolkningens hälsa och för sjukvårdstjänster i frontlinjen.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planering och finansiering av sjukhusvård och vård på andra vårdinrättningar. ▪ Planering och genomförande av folkhälsoinitiativ. ▪ Förhandla fram avgiftsscheman med hälso- och sjukvårdspersonal.
Kommunernas ansvar (3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De ansvarar för det sociala omsorgssystemet ▪ Övervaka vissa hälso- och sjukvårdstjänster, bland annat förebyggande screening och öppen långvarig vård och omsorg. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Från och med 2016 fick kommunerna en räddningstjänst för äldre och personer med särskilda behov. ▪ Kommunerna bör tillhandahålla akutvård. Sedan den senaste stora reformen av akutvården 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Genomföra sektorsöver-gripande folkhälsoinsatser på lokal nivå. ▪ Tillhandahållande av primärvård. ▪ Tillhandahållande av rehabiliterande 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det finns lokala hälsopartnerskap eller lokala partnerskap för hälso- och sjukvård och social omsorg som omfattar alla områden i Skottland. ▪ Det rör sig om kommittéer i NHS-styrelser och har formella strukturer som 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hälsa är ett provinsansvar under kanadensisk federalism, kommunala myndigheter och District Social Service Administration (DSSAB) samfinansierar och



	<ul style="list-style-type: none">Se till att det finns tillgång till hushållstjänster, rehabiliteringshjälpmedel, bostads-anpassningar, informella tjänster, förebyggande psykisk hälsa, transporter och annat stöd.	<p>(2007) har de kommunala sjukhusen reformerat och vidtagit nödvändiga åtgärder för att utföra akut vård.</p> <ul style="list-style-type: none">De nya regionernas ansvarsområde är att skapa enseparering, utvidgad ”kommuner” skulle ta ansvar för hälsofrämjande och hälsosamordning i olika län.^{25 26}De ansvarar också för att organisera och tillhandahålla av sociala tjänster och utvalda hälso- och sjukvårdstjänster, rehabiliterande stöd, hälsa, vårdbehandlingar, behandling av substanser och alkoholmissbruk samt tandvård för psykiatriska patienter och psykiatriska patienter.	<p>hjälpmedel och behandlingar.</p> <ul style="list-style-type: none">Tillhandahållande av sociala tjänster.Organisering av primärvård på icke kontorstidTillhandahålla psykiatrisk vård.Tillhandahållande av långvarig vård och omsorg²⁷I lagstiftningen föreskrivs också att kommunerna ansvarar för hemvård, hemvård och vårdhem, tillhandahållande av hälso-Regionala hälso- och sjukvårdsstyrelser planerar och tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster på provinsnivå.Styrelser arbetar tillsammansregionalt och nationellt med att	<p>säkerställer ett nära deltagande på lokal nivå, myndigheter, patienter och allmänheten.</p> <ul style="list-style-type: none">Administration, lagstiftning och föreskrifter för förvaltning av allmän täckning (planer för hälso- och sjukvård).	<p>tillhandahåller ett antal hälso- och sjukvårdstjänster. De tillgodoser också hälsorelaterade behov i samhället för att förbättra den lokala befolkningens hälsa.</p> <ul style="list-style-type: none">Trots kommunens breda aktivitet och betydande arbete med kommunal hälsa har kommuner för närvarande ett begränsat inflytande över hälso- och sjukvårdspolitiken, planeringen och -beslutsfattandet på provinsnivå.
--	---	---	--	---	--

²⁵<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

²⁶<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851017303500>

²⁷<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>



			planera hälso- och sjukvårds-tjänster som hjärt- och lungkirurgi, neurokirurgi och kriminalteknisk psykiatrisk vård.		
--	--	--	--	--	--

Tabellerna 4–6 visar en översikt över hälso- och sjukvårdssystemen och långtidssystemen i de fem analyserade länderna.

Tabell 4 Översikt över hälso- och sjukvårdssystemen

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Korg av tjänster (tjänsteutbud)	<ul style="list-style-type: none"> Primärvård, specialistvård, sjukhusvård (akut och psykiatrisk vård), läkemedel, tandvård, sjukgymnastik, vård och omsorg; mödravård och förskrivning av läkemedel ingår. 	<ul style="list-style-type: none"> Primärvård och förebyggande vård, specialistvård, sjukhusvård och omsorg (inklusive receptbelagda läkemedel för slutenvård), psykiatrisk vård, läkemedel, tandläkarvård för barn under 18 år. 	<ul style="list-style-type: none"> Hälso- och sjukvård, sjukhusvård, behandling av psykisk hälsa, rehabiliteringshjälpmedel, tandvård för barn upp till 18 års ålder (delvis för 19–20 år), långvarig vård och omsorg, mödravård som ges av en barnmorska vid ett centrum för vård av mödrar och barn eller av en allmänläkare (läkemedel GP), medicinsk utrustning på behovsbasis²⁸ 	<ul style="list-style-type: none"> Rehabiliteringshjälpmedel, primärvård (GPs och RN), förebyggande vård, sjukhusvård (sluten vård och öppenvård), mödravård, läkemedel, kliniskt nödvändig tandvård, ögonvård, psykisk hälso- och sjukvård, inklusive viss vård för personer med inlärningssvårigheter, palliativ vård 	<ul style="list-style-type: none"> Läkarvård, primärvård (allmänläkare och regional hälso- och sjukvård), specialistvård, diagnos och vård vid moderskap, tandvård i upp till 18 år, sjukhusvård och omsorg (inklusive receptbelagda läkemedel för slutenvård), alla provinsiella och territoriella (P/T) regeringar tillhandahåller även folkhälso- och förebyggande åtgärder

²⁸ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
					(inklusive immuniseringar) som en del av deras offentliga program.
Finansiering baserad på: ²⁹	<u>Obligatorisk hälso- och sjukvård</u> <ul style="list-style-type: none"> Obligatoriska hälsoförsäkringar och en mindre del från allmän beskattning. Öronmärkt inkomstskatt (arbetsgivare) Allmänna försäkringspremier (enskilda personer) Allmänna skatteintäkter Regeringsanslag. 	<u>Offentliga system</u> <ul style="list-style-type: none"> Finansiering av den centrala budgeten är från allmän proportionell inkomstskatt. På lokal nivå, hälso- och sjuk-vårdssystemet sker finansiering genom proportionell inkomstskatt. 	<u>Offentliga system</u> <ul style="list-style-type: none"> Kommunala och nationella skatteintäkter och avgifter för nationell försäkring av arbetsgivare och arbetstagare³⁰. 	<u>Offentliga system</u> <p>Den skotska regeringen beslutar om vilka resurser som ska avsättas för NHS inom ramen för decentraliserade allmänna utgifter och finansiering genom allmän beskattning.</p> <p>Av mer än 34.7 miljarder pund kontrollerade av Skottlands regering 2014 gick cirka 11.9 miljarder pund till hälso- och sjukvård.³¹</p>	<u>Offentliga system</u> <ul style="list-style-type: none"> Den huvudsakliga finansieringskällan är allmän beskattning i provinser och territorier. Ca 24 procent (uppskattningsvis 37 miljarder CAD, eller 29.4 miljarder US-dollar, 2017-2018 tillhandahålls genom Canada Health Transfer, det federala program som finansierar hälso- och sjukvård i provinser och territorier.
Försäkring	<ul style="list-style-type: none"> System med två nivåer. All primärvård och medicinsk vård finansieras genom en privat obligatorisk 	<ul style="list-style-type: none"> Två allmänna försäkringsalternativ. 98 % av danskarna väljer grupp 1-täckning, vilket ger tillträde till 	Allmän sjukförsäkring och socialförsäkring, känt som det nationella försäkringssystemet (NIS) eller Folketrygd. ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> NHS Skottland är ett boendebaserat snarare än ett försäkringsbaserat system 	<ul style="list-style-type: none"> I varje provins/territorium omfattar sjukförsäkringsplanen alla medicinskt

²⁹ OECD/Eurostat/WHO (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

³⁰ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>

³¹ <http://www.ournhsscotland.com/our-nhs/nhsscotland-how-it-works>

³⁴Regleras för närvarande av 1997 års lag om allmän försäkring och patienträttslagen från 1999, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/länder/norway>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<p>försäkring.</p> <ul style="list-style-type: none"> Långvarig vård och omsorg för äldre, psykiskt sjuka etc. täcks av socialförsäkring som finansieras av örönmärkt beskattning enligt bestämmelserna i Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, som trädde i kraft år 1968. 	<p>allmänpraktiserande läkare, som sedan kan hänvisa patienter till specialister.³²</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 % av danskarna väljer grupp 2-täckning, vilket ger tillgång till specialister utan remiss från en allmänläkare, men egenavgifter gäller.³³ Enligt båda de allmänna försäkringsalternativen krävs en remiss för att få tillgång till sjukhus. Privat sjukförsäkring kan köpas för tjänster som inte helt täcks av staten (t.ex. läkemedel, tandvård), vård och omsorg och fysioterapi). 		<ul style="list-style-type: none"> bosatta i landet (inklusive utflyttade) har gratis tillgång till tjänster. Personer som besöker Skottland från ett EES-land eller Schweiz får gratis vård via NHS Europeiska Hälso- och Försäkringskort (EHIC). Detta kommer dock sannolikt att förändras när Storbritannien inte längre är med i EU. 	<p>nödvändiga insatser på sjukhus och av läkare som förutbetalda tjänster.</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilläggs tjänster, eller sådana som inte omfattas av kanadensiska MediCare, är i stort sett privat finansierad, antingen från patientavgifter eller genom en arbetsgivarbaserad eller privat försäkring. Provinser och territorier ger alla täckning i enlighet med deras respektive bosättning³⁵.

Tabell 5 Översikt över systemen för långvarig vård och omsorg

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Korg av tjänster (tjänsteutbud)	Täckning för långvarig vård och omsorg tillhandahålls och organiseras nationellt. Långvarig vård och omsorg ingår inte i sjukförsäkrings-	Långvarig vård och omsorg är en del av socialt stöd (se nästa tabell om sociala frågor). Vård och omsorg, personlig omvårdnad och hjälp med	Alla tjänster för långvarig vård och omsorg tillhandahålls in natura. Långvarig vård och omsorg ingår inte i den allmänna sjukförsäkringen.	LTC ³⁸ är en del av den allmänna sjukförsäkringen. Paketet för långvarig vård och omsorg består av följande: <ul style="list-style-type: none"> vård och omsorg i hemmet 	Tjänster för långvarig vård och omsorg är vanligtvis ett regionalt ansvar, som förvaltas av lokala nätverk för integrering av hälso- och

³²<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>

³³<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/denmark>

³⁵<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>

³⁸<https://www.jrf.org.uk/report/lessons-funding-long-term-care-scotland>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<p>systemet och är separat finansierad.</p> <p>Långvarig vård och omsorg omfattar följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> vård och omsorg i hemmet personlig omvårdnad tillsyn hälso- och sjukvård vård och omsorg medicinska hjälpmedel sociala tjänster <p>Patienter i behov av permanent tillsyn eller som behöver hjälp 24 timmar om dygnet för att förebygga eskalering eller allvarlig skada berättigar till förmåner för långvarig vård och omsorg³⁶.</p>	<p>praktiska uppgifter kommer att organiseras och skötas på lokal nivå (inklusive utvärdering).</p> <p>Danska systemet för långvarig vård och omsorg består av fem delar:</p> <ul style="list-style-type: none"> förebyggande åtgärder rehabiliteringshjälpmedel rehabiliterande behandlingar vård i hemmet sociala tjänster. 	<p>Systemet för långvarig vård och omsorg omfattar följande: rehabiliteringshjälpmedel, rehabiliterande behandling, palliativ vård, medicinsk vård på mellannivå, demenssjukdom, psykiatriska störningar. Långvarig vård och omsorg kan tillhandahållas i tre typer av inställningar: vård och omsorg i hemmet, vårdhem, vård och socialtjänst.</p> <p>Systemet för långvarig vård och omsorg syftar till att hjälpa mottagare av långvarig vård och omsorg att stanna kvar i sina egna hem så länge som möjligt och leva ett självständigt liv.^{37 38}</p> <p>Tjänster erbjuds vid behov och behovet avgörs av hälso- och sjukvårdspersonal i dialog med användaren och deras familjer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> rehabiliterande stöd som rullstolar, hörapparater och andra hjälpmedel, rehabiliterande behandlingar, inklusive sjukgymnastik (t.ex. vård efter stroke) grundläggande och avancerad vård. <p>Tjänsterna organiseras och tillhandahålls av de lokala hälso- och sjukvårdsstyrelserna på regional nivå.</p>	<p>sjukvård (LHIN):</p> <ul style="list-style-type: none"> remisser för närvård eller institutionsvård kan ges av läkare, sjukhus, familjer och patienterna själva. rehabiliterande vård. <p>Patienternas behov bedöms av läkare och tjänsterna samordnas för att säkerställa kontinuitet i vården. Vården tillhandahålls av en rad formella, informella (ofta familje-) och frivilliga omsorgsgivare.</p>
Finansiering	Långvarig vård och omsorg finansieras genom lagen om långvarig vård och omsorg (Wet langdurige zorg) från 2015, ett lagstadgat	Långvarig vård och omsorg ingår inte i den allmänna sjukför-säkringen Lagstiftningen om långvarig vård och omsorg är en del av	Kommunerna finansierar långvarig vård och omsorg genom allmänna skatteintäkter och statliga anslag. ⁴⁰ Beroende på om vård och	Som en del av hälso- och sjukvårdssystemet finansieras långvarig vård och omsorg genom allmän beskattning.	Långvarig vård och omsorg och palliativ vård och omsorg som har tillhandahållits utanför sjukhusanläggningar och är inte betraktade som försäkrade

³⁶<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

³⁷Grødem, A.S. (2018). ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Norway, European Social Policy Network, Generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, pag. 4

⁴⁰<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/norway>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	socialförsäkringssystem för fall där medicinska risker och kostnader inte rimligen kan betalas av enskilda personer. För att finansiera försäkring för långvarig vård och omsorg betalade skattebetalarna 9.65 procent av sin beskattnings-bara inkomst upp till 33,791 EUR (43,304 USD) under 2017 ³⁹ .	det sociala biståndet. De flesta tjänster för långvarig vård och omsorg är kostnadsfria och finansiering genom allmän beskattning på lokal och nationell nivå (dvs. ingår i den offentliga sjukförsäkringen).	omsorg krävs kan patienterna få erlægga egenavgifter		tjänster enligt Canada Health Act. Varje provins har sina egna försäkringar plan och får kontantstöd från den federala regeringen utifrån befolkning ⁴¹ .

Tabell 6 Översikt över systemen för social omsorg (när det gäller vård av omsorgsberoende personer)

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Korg av tjänster	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunerna måste se till att människor kan bo hemma så länge som möjligt. De är ansvariga för stöd till ▪ personer som inte är självförsörjande med ▪ vägledning och daglig verksamhet ▪ stöd för att tillfälligt avlasta vårdgivaren ▪ en plats i en skyddad livsmiljö för personer med psykiska 	<p>Kommunerna ansvarar för följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ personlig och praktisk vård ▪ städning och inköp <p>Kommuner måste även tillhandahålla boenden och vård- och omsorgstjänster. Det finns vissa skillnader mellan kommunerna utifrån de tjänster som erbjuds, eftersom det kan vara svårt att locka privata leverantörer till avlägsna områden.</p>	Norge erbjuder en rad olika tjänster som kompletterar dem som tillhandahålls genom systemet för långvarig vård och omsorg, vilket är det som reglerar båda verksamhetsområdena.	Tjänster erbjudna genom kommuner genom NHS-styrelser för långvarig vård och omsorg, inklusive sociala omsorgstjänster.	Tjänsterna tillhandahålls av kommunerna. Vissa av dem (som Ontario) har ett eget system för sociala tjänster: personlig vård, rehabiliteringshjälpmedel, rehabiliterande behandlingar.

³⁹ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

⁴¹ <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<ul style="list-style-type: none">störningarskydd mot våld i hemmet ochhemlösa människor⁴²				
Finansiering	<ul style="list-style-type: none">Förebyggande åtgärder och socialt stöd omfattas inte av allmän sjukförsäkring men finansieras genom allmän beskattning.⁴³	<ul style="list-style-type: none">Till största delen finansieras verksamheten genom allmän beskattning, men det förekommer viss kostnadsdelning för långvarig vård och omsorg i enskilt boenden.	<ul style="list-style-type: none">Det sociala systemet ingår i budgeten för långvarig vård och omsorg.	<ul style="list-style-type: none">Det sociala systemet ingår i budgeten för långvarig vård och omsorg.	<ul style="list-style-type: none">Regeringen finansierar (via beskattning) personlig och sjuksköterskevård och omsorg i särskilt boende.

⁴²<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>

⁴³<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/netherlands>



YRKESVERKSAMMA INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OCH SOCIALA FRÅGOR

Varje land presenterar i denna studie olika system för att reglera tillhandahållandet av hälso- och sjukvård och hemvård. Sjuksköterskor verkar dock vara de viktigaste yrkesverksamma som arbetar på lokal nivå för att upprätthålla denna typ av vård. Tre typer av sjuksköterskor identifierades: undersköterskor (NA), legitimerade sjuksköterskor (RN) och legitimerade sjuksköterskor med specialisering (APN – ibland även kallad ”avancerad praktiserande sjuksköterska”), medan den senare sällan anses ha en nyckelroll i ”hemmiljön”. Under studiens gång, och för att öka förståelsen, kommer namnen för både RN och NA att användas oberoende av de namn som dessa yrken kan beteckna i varje land, och deras ursprungliga namn kommer att anges i tabell 7. De uppgifter och ansvarsområden som utförs av de nationella tillsynsmyndigheterna kan skilja sig från dem som utförs av de nationella programkontoren. ” Enligt Internationella arbetsorganisationen (ILO) är de regionala nätverken oberoende ansvariga för sina beslut och åtgärder och får tillhandahålla komplexa vårdtjänster. Undersköterskor arbetar under överinseende av läkare, legitimerade sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal och genomför behandling under deras ledning. Både RN och NA måste följa en obligatorisk genomförd teoretisk och praktisk sjuksköterskeutbildning (som varierar mellan länderna). RN har dock kandidat- eller masterexamen, medan NA-arbetet vanligtvis kräver gymnasieutbildning och/eller särskild utbildning som ligger under utbildningsnivån för RN. Utöver sjuksköterskegruppen kan personliga assistenter / familjestöd stödja RN och NA samt ge viss vård till vårdbehövande personer. Personliga assistenter utför dock inte uppgifter som kräver omfattande medicinsk kunskap eller utbildning.

Det bör nämnas att skrivbordsundersökningen inte möjliggjorde en mer detaljerad differentiering av den verksamhet som genomförts eller bemyndigats för regionala och nationella myndigheter, men denna punkt skulle kunna undersökas ytterligare under studiebesöket. Det bör dessutom nämnas att man i en nyligen publicerad OECD-publikation (2020) inte gjorde några större framsteg i denna fråga, vilket möjligen visade på komplexiteten i att göra en jämförelse som inte bara omfattar olika uppgifter och ansvarsområden utan även olika utbildningssystem. I rapporten betonas också att även om ”delegering av uppgifter” verkar vara en pågående praxis i många OECD-länder, varierar omfattningen och arten av de uppgifter som delegerats. Dessutom är bristen på licensierad hälso- och sjukvårdspersonal en viktig drivkraft för delegeringen av uppgifter. Detta bör åtföljas av lämplig utbildning av de leverantörer som utför de delegerade uppgifterna.

Beroende på en regions resurser kommer tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal att förändras, vilket ibland leder till en förändring av RN:s och NA:s ansvarsområden. I vissa specifika situationer, särskilt på grund av den nuvarande covid-19-pandemin, kan hälso- och sjukvårdspersonal ta på sig andra uppgifter på grund av bristen på medicinsk personal.

När det gäller Nederländerna har vi fem olika nivåer av sjuksköterskor. Beroende på nivå kommer de att beskriva en eller annan uppgift. Sjuksköterskor som arbetar med lokal vård i hemmet är vanligtvis nivå 5. De behandlar hemvårdspatienter och många andra frågor såsom kroniska sjukdomar. Icke desto mindre är sjuksköterskor en viktig del av det nederländska hemvårdssystemet och de utför många olika uppgifter.

I Norge tillhandahålls hemvård som en kommunal tjänst genom individuella ”brev” eller avtal som avgör vilka tjänster patienten kommer att få. De huvudsakliga tjänster som tillhandahålls är hemsjukvård (som står för nästan 74 % av all vård i hemmet), följt av praktisk hjälp och särskilt stöd. Den största delen av den personal som tar hand om dessa tjänster är legitimerade sjuksköterskor.

I Danmark spelar sjuksköterskor en viktig roll i tillhandahållandet av långvarig vård och omsorg och



social omsorg. Den huvudsakliga tjänst som tillhandahålls är hemsjukvård (t.ex. injektioner, sårvård) som tillhandahålls av legitimerade sjuksköterskor i hemmet, vanligtvis enligt förskrivning från en läkare. De ansvarar också för att göra patientbedömningar med hjälp av hemhjälp. Även om en stor del av arbetsuppgifterna utförs av RN har sjuksköterskor fortfarande en avgörande ställning i det danska systemet för långvarig vård och omsorg och det sociala omsorgssystemet. Sedan 2007 har kommunerna också ansvar för att tillhandahålla akut hälso- och sjukvård och genomföra akut vård för äldre och personer med särskilda behov under 2016.

Skottland förlitar sig på legitimerade sjuksköterskor för att täcka den största delen av de behov som patienter med hemvård har. Det finns också sjuksköterskekliniker som har en betydande inverkan på systemet för långvarig vård och omsorg och som hanterar personer med långvarig vård och omsorg. De är en värdefull del av det integrerade NHS-systemet och utför vanligtvis många andra uppgifter än hemsjukvård, t.ex. hälsobedömning, hembesök, kvalitetsbedömningar osv.

Ontarios system för hemvård är starkt beroende av de legitimerade sjuksköterskornas arbete, och nästan 4000 personer ägnar sig uteslutande åt denna fråga. Sjuksköterskespecialister och -utövare utgör också en särskild del av detta system som hjälper till att behandla många patienter och utför särskilda uppgifter beroende på deras specifika fall och situation.

I tabell 7 nedan finns ytterligare information om den utbildning som krävs för legitimerade sjuksköterskor och undersköterskor/vårdbiträde



Tabell 7 Information om utbildning för sjuksköterskor som arbetar med hemsjukvård

Yrkesverksam	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Legitimerad sjuksköterska (RN)	<p>Geregistreerde verpleegkundige</p> <p>A Bachelor of Nursing</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Universitetsexamen kräver i allmänhet 3–3.5 års studier. ▪ Studierna kan avslutas med masterprogram som leder till en titel för avancerad sjukdoms-praktik (NP). ▪ Utbildningen består av både teoretiska studier och praktisk klinisk praktik i diverse hälso- och sjukvård och omsorgssituationer. ▪ RN (och annan hälso- och 	<p>Sygeplejerske</p> <p>A Bachelor of Nursing</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Universitetsexamen från yrkesskola. ▪ En doktor i Nursing som i allmänhet tar 3–4 års studier. ▪ RNS måste sedan registrera sina examensbevis eller bevis på andra kvalifikationer hos den danska patientsäkerhets-myndigheten. ▪ RNS rekryteras med allmänsjuksköterskeexamen som bas. Vissa av dem kan ha en specialisering utöver sin grundexamen, t.ex. 	<p>Registrert sykepleiers</p> <p>Den grundläggande RN-examen tar 3 år (eller 180 ECTS-poäng) och legitimerad sjuksköterska som har tilldelats en kandidatgrad och är behörig att utöva yrket.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RNS kan därefter gå en master-examen eller specialistutbilda sig för sjuksköterskor⁴⁴ ▪ Hälften av studietiden ägnas åt klinisk utbildning, som anordnas av RHA-myndigheterna och kommunerna. ▪ Det norska hälsodirektoratet⁴⁵ är ansvarig för beviljande av tillstånd som krävs för alla kategorier av yrken inom den rättsligt reglerade hälso- och 	<p>Registered nurse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundutbildning program som leder till en titel på RN tar vanligtvis 3 års heltidsstudier (universitetsexamen). Det finns vissa möjligheter att studera även på magisternivå.⁴⁶ ▪ Eleverna tillbringar hälften av sin tid i klassrummet och hälften i hälso- och sjukvård.⁴⁷ ▪ RNS⁴⁸ (och barnmorskor⁴⁹) måste vara registrerade hos Nursing and Midwifery Council (NMC) för att få utöva sitt yrke. 	<p>Registered nurse</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En 4-årig kandidatexamen för att bli registrerad sjuksköterska (universitets-examen)⁵⁰. ▪ Regionala/territoriella lagar och andra författningar används för att ge kvalificerade regionala nätverk den rättsliga myndigheten att använda titeln ”registrerad sjuksköterska”. ▪ Det finns tre kategorier: <ol style="list-style-type: none"> 1. Licensierad Praktisk Sjuksköterska⁵¹: Ett godkänt examensprogram för praktisk sjuksköterska i Ontario

⁴⁴Sagan, A. och Karanikolos, M. (red.), (2020). Norway- Health System Review 2020, Köpenhamn, WHO:s regionalkontor för Europa på uppdrag av Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvård, volym 22:1, pag. 86

⁴⁵ <https://helsestillinger.com/autorisasjon/information-english/>

⁴⁶ NHS, (2020). ”Förhandsregistrering (sjuksköterskor och barnmorskor)”. NHS Education for Scotland. Online: <https://www.nes.scot.nhs.uk/our-work/pre-registration-nursing-and-midwifery/>

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ NHS Scotland (2021). ”Vuxensjuksköterska”. Karriärer. Online: <https://www.careers.nhs.scot/careers/explore-our-careers/nursing/adult-nurse/>

⁴⁹ NHS Scotland (2021). ”Barnmorska. Karriärer. Online: <https://www.careers.nhs.scot/careers/explore-our-careers/midwifery/midwife/>

⁵⁰ <https://cna-aiic.ca/en/nursing-practice/the-practice-of-nursing/education/nursing-programs-in-canada>

⁵¹ Marchildon, G, Allin, S och Merkur, S (red.), (2020). Canada- Health System Review 2020, Köpenhamn, WHO:s regionalkontor för Europa på uppdrag av Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvård, volym 22:3, pag. 194 och https://cdnhomecare.ca/wp-content/uploads/2020/03/Technical_Report_-_English_Dec_2003-1.pdf (2003)



Yrkesverksam	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	sjukvårdspersonal) måste vara inskriven i register kopplat till Lagen om vårddyrken (BIG).	klinisk specialitet (klinisk specialitet), men det finns inget krav på specialisering för att arbeta inom äldrevården.	sjukvårdssektorn. ▪ Registret för hälso- och sjukvårdspersonal (Helsepersonellregisteret) uppdateras kontinuerligt och innehåller namnen på dem som har tillstånd att arbeta i Norge inom alla områden inom hälso- och sjukvårdssektorn.		2. Registrerade sjuksköterskor 3. Registrerad sjuksköterka för psykiatrisk behandling Hälso- och sjukvårdspersonal måste vara registrerade i databasen Health Ontario för att få arbeta i regionen.
Undersköterska / Vårdbiträde/ (NA)	Assistent Verpleegkundige Har genomfört praktisk sköterskeutbildning i regional regi, vilket tar 3 år (anses vara långt jämfört med andra länder) ⁵² .	Assistent vid sygeplejerske Vårdbiträde/assistent är allmänt klassificerad som ”social- och hälso- och sjukvårds-assistenter” enligt det danska systemet. ⁵³ Studieprogrammen omfattar både teoretisk och klinisk utbildning.	Sykepleier assistent De klassificeras som hälso- och sjukvårdspersonal och erhåller ett intyg efter avslutad yrkesutbildning. Utbildning senare delen av högstadie- och gymnasieskola. För att ansöka om tillstånd att utöva yrket som vårdbiträde måste man ha genomgått två års gymnasie-utbildning och två års yrkesutbildning ⁵⁴	Nurse Assistant Vårdpersonal följer inte ett formellt utbildningsprogram, men vanligtvis krävs att man har avslutat högstadie- och gymnasieskola. ⁵⁵ En modern lärlingsutbildning eller särskilda kvalifikationer (nationell yrkesutbildning) inom hälso- och sjukvård är lämplig för människor intresserade av att arbeta inom hälso- och sjukvården. ⁵⁶	Nurse Assistant Ontario har godkänt ett särskilt program för vårdbiträden. Yrkesrollen kallas Godkänd sjuksköterskeassistent (CNA). Licensierade sjuksköterskor måste ha genomgått ett godkänt utbildningsprogram. Dessa program är normalt förekommande på lokal nivå i gymnasier, högskola samt som yrkesutbildning vid tekniska skolor eller lokala sjukhus ⁵⁷ .

⁵² KRONEMAN, M. m.fl. (2016). ”Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet” Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 127

⁵³ <https://danishbusinessauthority.dk/check-professional-qualifications-first-provision-services>

⁵⁴ Sagan, A. och Karanikolos, M. (red.), (2020). Norway- Health System Review 2020, Köpenhamn, WHO:s regionalkontor för Europa på uppdrag av Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvård, volym 22:1, pag. 86

⁵⁵ NHS Scotland (2021). ”Sjuksköterskearbetare”. Karriärer. Online: <https://www.careers.nhs.scot/careers/explore-our-careers/nursing/nursing-support-worker/>

⁵⁶ Lärlingsplatser, (n.d.). ”Sociala tjänster och hälso- och sjukvård”. Apprenticeship s.scot. Online: <https://www.apprenticeships.scot/browse-frameworks/foundation-apprenticeships/social-tjanster-och-halso-och-sjukvard/individuella-sociala-tjanster-och-halso-och-sjukvard/>

⁵⁷ <https://nurse.org/resources/certified-nursing-assistant-cna/>



Andra yrkesutövare och leverantörer är också involverade i hemmet och i långvarig vård och omsorg.

När det gäller läkare är de huvudsakligen allmänpraktiserande läkare eller familjeläkare. Det finns dock många andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården som arbetar med långvarig vård och omsorg och vårdssystem, såsom sjukgymnaster, arbetsterapeuter, dietister och vårdpersonal.

När det gäller Nederländerna är specialistläkare inom äldrevården av avgörande betydelse. De arbetar både på vårdhem och utanför vårdhem och gör då och då hembesök. Utöver detta finns det många olika yrken inom hälso- och sjukvård och hemvård.

I Danmark kan dessutom privata läkare som är specialiserade på andra områden än allmänpraktiserande läkare delta. Vård i hemmet eller på vårdhem sköts av en läkare. I hemmet är det vanligtvis familjeläkaren. Många vårdhem i Danmark har avtal med privata läkare om regelbunden hälso- och sjukvård för sina patienter. Centrum för GP:s (läkare): dessa centra erbjuder en mängd olika tjänster beroende på patientens situation. Samma sak gäller i hemmet, eftersom hälso- och sjukvårdspersonal som sjukgymnaster och arbetsterapeuter hjälper människor i deras situation, främjar deras oberoende och andra sociala omsorgstjänster och hjälper patienterna att utföra bassysslor i sina hem.

När det gäller Norge krävdes från och med 2017 att nya allmänläkare antingen skulle ha en specialisering inom allmänmedicin eller vara inskrivna i specialiseringsprogrammet för att kunna tillhandahålla LTC-relaterade tjänster. Resten av hälso- och sjukvårdspersonalen kan tillhandahålla tjänster beroende på patientens situation.

I Skottland tillhandahåller NHS olika tjänster för långvarig vård och omsorg och vårdanvändare. Läkare spelar en viktig roll i systemet och bidrar till bedömningen av behoven. Dessa definieras dock senare mer exakt av vårdpersonal som arbetar med patienter varje dag, både på vårdhem och i hemmiljö.

Ontario har en stor organisation för personcentrerad vård och omsorg, med ett helt specialiserat system för att täcka dessa behov. Denna typ av vård utförs dock av socialarbetare och inte av hälso- och sjukvårdspersonal.

Mer information om utbildningskraven för de yrkesutövare som nämns i punkterna finns i tabellen nedan (tabell 8).



Tabell 8 Information om utbildningen för olika vårdgivare som arbetar med hemvård

Yrkesverksam	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Sjukgymnaster	Grundutbildning vid yrkesutbildningsinstitut som finansieras av Ministeriet för Utbildning, Kultur och Vetenskap	En kandidatexamen i fysioterapi kräver vanligtvis 3½ års utbildning vid universitetet. Följande: licensiering är utfärdat genom den danska patientsäkerhetsmyndigheten.	En kandidatexamen i sjukgymnastik tar 3 år och måste följas av ett år av obligatorisk sjukgymnastik ⁵⁸⁵⁹ . För att praktisera som sjukgymnaster behövs ett utfärdat godkännande ⁶⁰ av Norges Sjukgymnastsammanslutning (NPA). Medlemskap i NPA kan beviljas alla sjukgymnaster som certifierats av det norska hälsodirektoratet.	Grundutbildningsprogram tar 4 år ⁶¹ . För att arbeta inom NHS måste sjukgymnast vara registrerad i hälso- och sjukvårdens Rådet för fria yrken (HCPC).	Sjukgymnastexamen ⁶² ges vid ackrediterad institution i Kanada efter avslutad grundutbildning. Sjukgymnastassistenter ger vård och omsorg enligt ledning och tillsyn av en sjukgymnast och ger sjukgymnaster mer tid åt mer komplexa patienter.
Arbetsterapeut	Grundutbildning vid yrkesutbildningsinstitut som finansieras av Ministeriet för Utbildning, Kultur och Vetenskap ⁶³	En kandidatexamen som arbetsterapeut kräver vanligtvis 3½ år av utbildning vid universitetet. Efterföljande legitimering	Arbetsterapeuter måste ha en akademisk utbildning (lägre examen, högst 4 år). ⁶⁴	Utbildningen omfattar 4 år på heltid i program godkänt av HCPC. För att arbeta inom NHS måste arbetsterapeuter vara	Ontario College of Occupational Therapists (COTO) är den organisation som utövar tillsyn över yrkes terapeuter (OT) i

⁵⁸KRONEMAN, M. m.fl. (2016). Vol. 18: 2, pag. 35

⁵⁹ Norsk Fysioterapeutforbund <https://fysio.no/English>

⁶⁰Sagan, A. och Karanikolos, M. (red.), (2020). Norway- Health System Review 2020, Köpenhamn, WHO:s regionalkontor för Europa på uppdrag av Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvård, volym 22:1, pag. 87

⁶¹ NHS Scotland <https://www.careers.nhs.scot/careers/explore-our-careers/allied-health-professions/>

⁶² <http://www.degrees.ca/physiotherapy/#:~:text=Those%20who%20want%20to%20become,degree%20complete%20with%20pre%2Drequisites.>

⁶³KRONEMAN, M. m.fl. (2016). "Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet" Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 35

⁶⁴Sagan, A. och Karanikolos, M. (red.), (2020). Norway- Health System Review 2020, Köpenhamn, WHO:s regionalkontor för Europa på uppdrag av Europeiska observatoriet för hälso- och sjukvård, volym 22:1, pag. 87



Yrkesverksam	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
		sker genom den danska patient-säkerhetsmyndigheten.		inskrivna i hälso- och sjukvårdens Rådet för Vård och omsorgsyren (HCPC).	Ontario. Deras arbete är att se till att patienterna får säker och effektiv vård från OT. Det är en offentlig resurs ⁶⁵ .
Dietist	För att bli dietist i Nederländerna måste studenterna gå i en av fyra högskolor i landet som ger Nutritionsprogrammet Dietetik. Efter erhållen examen krävs praktik ⁶⁶ .	Kandidatexamen i kost och hälsa (Professionel bachelor-uddannelse m.fl.) och/eller masterexamen. Grundutbildning är vanligtvis 3½ år, medan masterexamen är 2 år vid universitet.	Den 5-åriga masterexamen i klinisk dietetik erbjuds vid tre universitet i Norge. Programmen varierar något, men för att bli kliniska dietister måste studenten genomgå 5 års studier ⁶⁷ .	Dietist är den enda reglerade hälso- och sjukvårdskategori som bedömer, diagnostiserar och behandlar kost- och näringsproblem. Du kan ha en kandidatexamen på 3-4 år eller 2 års påbyggnadsexamen. För att arbeta inom NHS som dietist måste man vara registrerad vid HCPC (Health and Care Professions Council).	Dietister följer en fyraårig kandidatexamen med fokus på livsmedel och nutrition. Dieticians of Canada för en förteckning över ackrediterade dietistutbildningsprogram vid kanadensiska universitet. Dietister ska genomgå en handledd praktisk utbildning och registrera sig hos en provinsial organisation för dietister.

⁶⁵ <https://www.coto.org/>

⁶⁶ https://eatrightinternational.org/wp-content/uploads/2017/06/netherlands-cis-2009_03.pdf

⁶⁷ <http://www.internationaldietetics.org/Newsletter/Vol25Issue3/NDA-Norway.aspx#>: ~: text=% 20-program% 20 varierar% 20 % 2C% 20C 20, men Norge% 20 % utbildar% 20CLINICAL% 20dietitiner.

Kriterierna för val av hem- eller institutionsvård varierar från land till land. Det som de har gemensamt är dock att beslutet om hurvida en person är berättigad till en plats i ett offentligt finansierat hem, oavsett om det är av medicinska skäl eller inte, grundar sig på en objektiv bedömning från myndigheternas sida. Beslutet är således beroende av myndigheternas bedömning och det individuella valet. När beslutet väl har fattats kan personen ha möjlighet att välja mellan olika leverantörer.

I Nederländerna är rätten till vård behovsbaserad. Detta behovsbaserade system fungerar enligt nationella standardiserade förfaranden. Alla dessa förfaranden organiseras och genomförs av centrumet för vårdbedömning (CIZ). Patienterna kan få vård i ett hem eller i sitt eget hem och uppmanas att stanna hemma så länge som möjligt, med hjälp av vårdgivare och många andra tjänster, vilket är anledningen till att vårdhem vanligtvis är reserverade för personer med svåra tillstånd eller komplexa vårdbehov. Typen av betalning beror på typen av försäkring, som regleras i lagen om kronisk vård (WLZ).



Yrkesverksam	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Familjestöd eller personliga assistenter	Dienstverlening en Zorg Assistent: Det kräver NLQF nivå 2 Grundläggande Utbildning 3 (för vuxna). Före yrkesutbildningen krävs gymnasieutbildning; alternativt yrkesutbildning; kan kombineras med en kurs i ”Partiell kvalifikation 302: Grundläggande Vård”. ⁶⁸	Social- och hälsoassistent: Assistenterna utbildas vid danska SOSU-skolor. Det finns 14 program som godkänts av staten för att genomföra utbildning av personal inom kommunal hälso- och sjukvård och allmän hälso- och sjukvård (omsorg). Eleverna kan börja efter gymnasieskolan, som i Danmark är avslutad efter 10 års skolgång.	Sosialt arbeid: Medium utbildning, vanligtvis gymnasieexamen och fortbildning på arbetsplatsen	Socialarbetare: För att kunna arbeta krävs det en masterexamen eller doktors-examen i socialt arbete. Olika universitet i Skottland erbjuder denna universitets-examen. Alla kurser omfattar praktik där varje elev bedöms under praktikperioden.	Assisterande vårdpersonal: Personlig stödpersonal (PSWs) ⁱ : Att arbeta som PSW kräver inte alltid formell utbildning eller formella prov: Olika krav finns i Lagen om vård och omsorg (1994), Lagen om långvarig vård och omsorg (2007) och Lagen om äldreboenden (2010).

⁶⁸ I Danmark är långvarig vård och omsorg och det sociala omsorgssystemet också inriktade på att genomföra vård i hemmet snarare än på vårdhem eller särskilda bostäder. Graden av vård för en viss person beror på olika frågor som deras fysiska, psykiska och sociala behov. Denna bedömning utförs inte bara av allmänläkare, utan även av regionala nätverk och hem- och socialvårdare. Även om alla kommunala system skiljer sig åt är behovsbedömningarna ganska likartade mellan dem.

Systemen kräver vanligtvis samfinansiering. Större delen av kostnaderna täcks dock av kommunerna, utom i särskilda fall.

När det gäller Norge finns det inga strikta regler som reglerar tillhandahållandet av vård på vårdhem i landet. Behovsbedömningarna utförs av både myndigheter för långvarig vård och omsorg och vårdgivare på kommunal nivå, så att de blir gemensamma med patienten. Patientens verktyg har större beslutskapacitet jämfört med andra länder.

Denna tjänst regleras av regioner och kommuner genom kommunallagen och sambetalas beroende på situationen. Pensionerna för äldre är indelade i två typer. Hur tjänsterna tilldelas och tillhandahålls kan också bero på denna fråga. I normala fall erbjuds dock hemvården i landet utan kostnad.

Det skotska vårdssystemet är också inriktat på att hjälpa människor att stanna hemma eller i en hemmiljö med största möjliga oberoende, så länge som möjligt. Kostnadsfri personlig vård och vård finns tillgänglig för alla vuxna som tidigare har bedömts av den lokala myndigheten.



Mer information om ansvar och tjänster som tillhandahålls i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar finns i tabellerna 19–23 (bilaga 2).

2.3. På grundval av vilka kriterier kan patienterna välja en vårdmiljö (i hemmet eller på en institution) (t.ex. kriterier som patientval, kriterier för stödberättigande och ekonomiska överväganden)?

Urvalskriterierna för hälso- och sjukvård i eget och särskilt boende skiljer sig åt från land till land. Gemensamt för dem är dock att beslutet huruvida en person har rätt till en plats i ett offentligt finansierat boende, oavsett om det är av medicinska skäl eller ej, baseras på en objektiv bedömning som görs av myndigheterna. Således beror beslutet på myndigheternas bedömning och det enskilda valet. När väl beslutet är fattat har den enskilde personen möjligheten att välja vårdgivare.

I Nederländerna är rätten till boende behovsbaserad. Detta behovsbaserade system följer nationella standardiserade rutiner. Alla dessa rutiner organiseras och implementeras av Centrum för omsorgsbedömning (Centre for Care Assessment, CIZ).

Patienter kan få vård och omsorg i ett boende eller i deras eget hem, uppmuntrade att bo hemma så länge som möjligt, med hjälp av omsorgspersonal och andra tjänster. Det är skälet till att äldreboenden normalt är reserverade åt människor med allvarliga diagnoser eller komplexa vårdbehov.

Betalningsformen beror på typ av försäkring, vilket regleras av lagen om kronisk vård (the Chronic Care Act, WLZ).

I Danmark fokuseras långvarig vård och omsorg samt systemet för socialtjänst att tillhandahålla omsorgen i hemmet snarare än i vård- eller särskilda boenden. Omfattningen på den omsorg som beviljas till en enskild person beror på olika faktorer såsom deras fysiska, mentala och sociala behov. Denna bedömning genomförs inte bara av läkare, utan även av legitimerade sjuksköterskor och hemtjänst- och vårdboendepersonal. Även om varje kommunalt system skiljer sig åt så är behovsbedömningen tämligen lika.

Systemen kräver som regel medfinansiering. Icke desto mindre täcks större delen av kostnaderna av kommunerna, med undantag för vissa specialfall.

I Norges fall finns inga rigida regler som reglerar tillhandahållandet av omsorg i äldreboenden i landet. Behovsbedömningarna genomförs av både myndigheter ansvariga för långvarig vård och omsorg samt vårdgivare på den kommunala nivån. Patienten förefaller ha ett större inflytande jämfört med övriga länder.

Tjänsten regleras av regioner och kommuner genom lagen om kommunal hälsovård (Helse- og omsorgstjenesteloven) och är delvis avgiftsbelagd, beroende på situationen. Pensionerna för de äldre är av två typer. Hur insatser fördelas och beviljas kan bero på detta också. Dock är tjänster från sjuksköterska normalt tillhandahållen utan avgift.

Det skotska omsorgssystemet är också inriktat på att hjälpa människor att bo hemma eller i en hemliknande miljö med maximalt oberoende så länge som möjligt. Gratis vård och omsorg finns tillgänglig för alla vuxna som har bedömts av relevant lokal myndighet.



Varje ort tillhandahåller vård och omsorg i hemmet genom kommunfullmäktige och lägger fram gemensamma riskbaserade behovsbedömningar med olika strukturer beroende på plats. Även om patienterna kan behöva betala en mindre avgift beroende på vilka tjänster de får, är det tänkt att hemsjukvården ska vara kostnadsfri.

Ontario-patienter analyseras på samma plats i hela regionen, som fastställs i vårdramen. Behovsbedömningen presenteras inom ramen och består av 7 olika nivåer. Varje nivå motsvarar större eller mindre behov. Denna formel är ett ganska effektivt sätt att inte bara fördela patienterna till specifika tjänster, utan också att hushålla med de lokala resurser som är avsedda för vård av varje person som ansöker om långvarig vård och omsorg i regionen.

De ansvariga institutionerna är de lokala hälso- och sjukvårdsintegrationsnätverken, som tar det största ansvaret för att organisera tillhandahållandet av denna typ av tjänster. Även om alla vård- och omsorgstjänster tillhandahålls av staten kan vissa verksamheter ge upphov till extra betalningar.

.



Tabell 9 Privat hem eller vårdhem

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Behovs- bedömning och bedömning av skalor	<ul style="list-style-type: none">▪ Rätten till vård är behovsbaserad men inkomstberoende▪ utbetalningar krävs från stödmottagarna, med undantag för barn.▪ Kontroll av stödberättigande grundar sig på följande:▪ Nationellt standardiserat förfarande, som utvecklats av Centre for Indications Care (CIZ), som omvandlar rättsliga vägledande principer till detaljerade förfaranden.▪ CIZ-beslut leder vanligtvis till stödberättigande beslut när det gäller funktioner och timmar för vård och omsorg krävs.▪ Indikationsförfarandet leder till en riskjusterad kapiteringsbetalning till vårdgivaren.	<ul style="list-style-type: none">▪ Bedömningen grundar sig på fysiska, mentala och sociala behov men inte den sökandes ålder.▪ Kommuner fattar beslut om besök på vårdhem. När en plats har beviljats på väntelistan finns det en nationellt fastställd maximal väntetid på 2 månader.▪ Vårdboendena har i allmänhet patienter med omfattande sjukdomar eller funktionsnedsättningar.▪ Medicinsk bedömning är ofta en viktig del av beslutet att placera en person i ett vårdhem.	<ul style="list-style-type: none">▪ Det finns inga formella regler för när en person ska kunna få tillgång till omsorgstjänster.▪ Tjänster är erbjudna när ”behov”, och behov är fastställda av personal i dialog med användaren och deras familjer⁶⁹.▪ Kriterierna för att få långvarig vård och omsorg fastställs av kommunerna i enlighet med de allmänna planerna.▪ Bedömning av lämplig vårdnivå baseras på rekommendationer från patientens läkare▪ Användarna mäts enligt 17 åtgärder för daglig livsstil (ADL), men det finns inga formella regler för hur svag en användare behöver vara för att få tillgång till omsorgstjänster.	<ul style="list-style-type: none">▪ Kriterierna för stödberättigande avser risknivån (kritisk, hög, måttlig eller låg) för en persons oberoende, liv, hälsa och välbefinnande, inbegripet▪ Försumlighet eller fysisk eller psykisk hälsa, t.ex. hälsoproblem som tyder på risk för sig själv eller andra.▪ Personlig vård/hushåll, rutiner/hemmiljö, t.ex. förmåga att utföra delar av personlig vård, risk för att skada sig själv eller andra.▪ Deltagande i samhällslivet, t.ex. förmåga att fortsätta engagera sig i arbetet kring familj/sociala frågor.	<p>Bedömningen för att vara berättigad till vård och omsorg baseras på vårdbehoven:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 24 timmars vård och personlig vård▪ ofta förekommande hjälp med aktiviteter i det dagliga livet▪ på plats-tillsyn eller övervakning för att garantera din säkerhet eller ditt välbefinnande <p>Program som fortfarande är under utveckling: Nivåer av vård och omsorg (2017)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Det finns 7 olika nivåer⁷⁰ av olika behov.

⁶⁹Grødem, A.S. (2018). ESPN Tematisk rapport om utmaningar inom långtidsvården Norge. Europeiska nätverket för socialpolitik, generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, pag. 4

⁷⁰ http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Tjänster inom vilken organisation?	Lagen om långvarig vård och omsorg (WLZ)	Kommunerna	Lagen om kommunal hälso- och sjukvård	Kommunfullmäktiges socialtjänstavdelning	Lokala nätverk för integrering av hälso- och sjukvård
Ansvarig institution	<p><u>Centrum för bedömning av vård (CIZ)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ CIZ har regeringens uppdrag att göra bedömning av stödberättigande enligt lagen om långvarig vård och omsorg. ▪ Patienter, deras anhöriga eller deras vårdgivare kan lämna in en begäran till CIZ om långvarig vård och omsorg. ▪ CIZ bedömer patientens situation och bestämmer vilken vård som krävs. ▪ CIZ skickar detta beslut till ett vårdkontor (Zorgkantoor). ▪ Patienterna har möjlighet att få vård i ett hem eller i sitt eget 	<p><u>Kommunal hälsa och vård och omsorg</u></p> <p><u>Förvaltningar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Danmarks system för långvarig vård och omsorg är mycket decentraliserat och kommunerna är autonoma. Detta oberoende leder till nationella variationer i behovsbedömningar och vård- och omsorgslösningar ▪ I allmänhet genomför kommuner flerdimensionella behovsbedömningar som tar hänsyn till följande aspekter: ▪ Funktionsnedsättning (med hjälp av Barthelindexet) 	<p><u>Kommuner</u></p> <p>Kommunen finansierar tjänsterna med allmänna skatteintäkter och anslag från staten och genom avgifter (för vissa tjänster).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dessutom är alla kommuner skyldiga att tillhandahålla en rad olika typer av vårdtjänster och långvarig hälso- och sjukvård.⁷². 	<p><u>Kommunfullmäktiges socialtjänstavdelning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Varje region eller provins tillhandahåller vård och omsorg i hemmet genom lokala råd. ▪ Dessa organ eller institutioner sköter mycket mer än att utse och fastställa vilken typ av vård en person kommer att behöva. De tillhandahåller också många andra sociala tjänster.⁷³ ▪ Care Information Scotland (CIS) är en telefon, webbchat och webbplatsjänst ▪ tillhandahålla information om omsorgstjänster för människor som bor i Skottland. 	<p><u>Lokala Hälso-Integrerande Nätverk (LHIN)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Den lokala LHIN hjälper vårdmottagarna i alla steg i processen, inklusive följande: ▪ Fastställande av stödmottagare som kan komma i fråga för stöd ▪ Identifiering av tillgängliga tjänster i området ▪ Beskrivning av kostnader för tjänster ▪ Stöd i ansökningsförfarandet.

⁷²Grødem, A.S. (2018). ESPN Tematisk rapport om utmaningar inom långtidsvården Norge. Europeiska nätverket för socialpolitik, generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, pag. 4

⁷³<https://www.aberdeencity.gov.uk/services/social-care-and-health>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	hem. ⁷¹	<ul style="list-style-type: none"> Allmäntillstånd och socialt/familjemässigt sammanhang Materiella hemförhållanden Behov av läkemedel Rehabiliterande stödbehov Remisser till vårdgivare <p>Det finns ingen standardiserad nationell behovsbedömning. Tjänster och protokoll varierar därför mellan kommuner.</p>		<p>Det är finansierat av regeringen och hjälper medborgarna med det pappersarbete de behöver när de ansöker om hjälp eller hem- och omsorgsboende.⁷⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> När de vård- och omsorgsberättigade känner till hur de kan delta kommer rådet att utse rätt behandling utifrån genomförd behovsbedömning. 	
Patientavgifter ?	<p><u>Ja</u></p> <ul style="list-style-type: none"> I Chronic Care Act (WLZ) regleras hur vårdmottagare är försäkrade och vilken typ av vårdmottagare som är berättigade. Där fastställs de villkor som vården måste uppfylla för att finansieras med offentliga medel.⁷⁵ 	<p><u>Ja</u>, men kommuner tillhandahåller behovsprövat stöd till personer i långvarig vård och omsorg.</p>	<p><u>Nej</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Vård i hemmet är gratis <p><u>Ja</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Många mottagare av långvarig vård och omsorgstjänster tar emot kontant stöd från Nationell Försäkring, antingen som ålderspension eller invaliditetspension. Det norska ålderspensionssystemet erbjuder 	<p><u>Ja</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Medborgarna måste i viss mån bidra till avgifterna. Bidragets storlek kommer att bero på flera saker, t.ex. hur mycket kapital medborgaren har och det vårdhem han eller hon väljer. 	<p><u>Ja</u>, beroende på bedömning.</p> <p><u>Boenden för långvarig vård och omsorg:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> All personlig vård och vård som tillhandahålls av långvarigt vård- och omsorgshem i Ontario finansieras av regeringen. Patienten måste betala för boende Om de inte har

⁷¹ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf?ua=1

⁷⁴ <https://careinfoscotland.scot/about-us/>

⁷⁵ <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/am-i-covered-by-the-chronic-care-act-wlz>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<p>För privat vård i hemmet finns det två alternativ:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Patienter kan få vård in natura via det ifyllda paketet hemma (Volledig) Pakket Thuis)▪ ta emot personlig ersättning budget och själv organisera vården. För att undvika bedrägeri betalas inte längre ersättningen direkt till personen (sedan 2015), beloppet sätts istället in på konto i en Social Försäkringsbank. Socialförsäkringskassan betalar vårdgivaren efter att ha kontrollerat både avtalet mellan patienten och leverantör och registrering av arbetade timmar.⁷⁶		<p>både en minimigaranti och inkomstrelaterade förmåner.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Inkomstrelaterade pensionsrättigheter beviljas för viss oavlönad verksamhet, bland annat – på vissa villkor – omsorgsarbete.▪ Kommunerna finansierar dessa tjänster med sina allmänna skatteintäkter och anslag från staten och genom användarbetalningar för vissa tjänster.▪ Staten påverkar genom lagstiftning, standarder, regler och riktlinjer, och genom ”mjuk makt”, t.ex. rekommendationer, utbildning, övervakning och målgrupp bidrag⁷⁷.▪ Långvarig vård och omsorg (vårdhem) betalar 75 % (med vissa avdrag) av		<p>tillräckliga inkomster för att betala för boendet kan de vara berättigade till bidrag</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Om de är kvalificerade, måste en ansökningsblankett fyllas i och skickas till hemmet för långvarig vård och omsorg.

⁷⁶ file:///C:/Users/msolaase/Downloads/HiT-18-2-2016-eng.pdf

⁷⁷Grødem, A.S. (2018). ESPN Tematisk rapport om utmaningar inom långtidsvården Norge. Europeiska nätverket för socialpolitik, generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, sidan 4



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Skäl till att flytta från hemmet till ett vårdhem	<ul style="list-style-type: none">▪ På grund av övergången till lagen om långvarig vård och omsorg får äldre personer endast flytta till ett vårdhem om de har ett komplext och allvarligt vårdbehov.▪ Personer som behöver 24 timmar omvårdnad eller tillsyn har rätt till en plats på en vårdinrättning som erbjuder vård på hög nivå för utsatta äldre eller personer med funktionsnedsättning.▪ De är bedömda och tilldelad plats av medicinska skäl enligt lagen om kronisk vård (Våt langdurige Zorg).	<ul style="list-style-type: none">▪ Det finns inga särskilda kriterier för att fastställa skälen för att flytta från hemmet till ett vårdhem.▪ Beslut fastställs vanligtvis av en läkare och baseras på medicinska behov.▪ Skälen kan variera beroende på kommun.	<ul style="list-style-type: none">▪ När en person inte kan försörja sig hemma. Alla användare har i enlighet med Lag om användares rättigheter rätt till vårdhem när detta anses vara den enda tjänst som kan tillhandahålla nödvändig och korrekt vård.▪ Att hjälpa mottagare av långvarig vård och omsorgstidsvård och stödtjänster att stanna kvar i sina egna hem så länge som möjligt och att leva ett självständigt liv blev ett dominerande mål i kölvattnet av den inflytelserika Gjærevoll expertkommittén (NR, 1992: 1) och reformen för personer med psykiska funktionsnedsättningar (HVPU-reformen 1991–1995).▪ Gjærevollkommittén betonade lokalt förankrad vård i hemmet, medan HVPU-reformen överförde ansvaret för personer med psykisk funktionsnedsättning från staten till kommunen, där de bör leva så självständigt som möjlig och integreras i lokalsamhällena⁷⁹.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ett vårdhem anses vara det bästa alternativet om medborgaren▪ strävar efter att leva självständigt – även med hjälp av vänner, familj eller betalda vårdare▪ har en behovsbedömning som tyder på att ett vårdhem är det bästa valet▪ har ett komplext medicinskt tillstånd med behov av tillsyn dag och natt▪ Vårdhem kan minska stressen när det gäller vård och omsorg. Detta kan hjälpa dig att fokusera på andra saker, t.ex. ditt sociala liv och allmänna välbefinnande.	<ul style="list-style-type: none">▪ Bo på ett hem för långvarig vård och omsorg, vård och omsorgsmottagare⁸⁰⁸¹ måste ha vård- och omsorgsbehov inklusive följande:▪ 24 timmar vård och omsorg och personlig omvårdnad▪ frekvent hjälp med aktiviteter i det dagliga livet▪ på plats-tillsyn eller övervakning för att se till att din säkerhet eller ditt välbefinnande▪ har vårdbehov som inte kan mötas på ett säkert sätt i samhället genom offentligt finansierade insatser▪ lokalt förankrade tjänster och annan omsorg som ger stöd, har vårdbehov som kan tillgodoses i ett hem för långvarig vård och omsorg

⁷⁹Grødem, A.S. (2018). ESPN Tematisk rapport om utmaningar inom långtidsvården Norge. Europeiska nätverket för socialpolitik, generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, pag. 6

⁷⁸ <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/living-independently-for-longer>

⁸¹ <https://www.ontario.ca/page/about-long-term-care#section-3>



2.4. Lagar och andra författningar för kvalitet

Under de senaste årtiondena har alla länder gått mot att förbättra vårdkvaliteten som ett viktigt mål för hälso- och sjukvårdssystemen och systemen för långvarig vård och omsorg. Flera lagar och akter har bidragit till den kvalitetsreglering som direkt eller indirekt har lett till inrättandet av de kvalitetsramar som beskrivs närmare i denna rapport.

Det är regionala eller nationella regeringar som ansvarar för kvalitetsregleringen av hälso- och sjukvårdstjänster.

I Nederländerna regleras kvalitetsregleringen av hälso- och sjukvården, långvarig vård och omsorg och systemet för social omsorg genom upp till sex olika rättsakter och lagar. Hälso- och sjukvårdsinrättningar och hälso- och sjukvårdspersonal regleras av olika lagar. Enskilda hälso- och sjukvårdspersonal regleras genom lagen om individuella vårddyrken (BIG), medan vårdinrättningar regleras i mer än en lag (lagen om långvarig vård och omsorg, sjukförsäkringslagen, lagen om kvalitet på hälso- och sjukvården, lagen om klagomål och tvister (Wkkgz), lagen om vårdgivare (WTZI) osv.).

Ackreditering av både hälso- och sjukvårdspersonal och vårdgivare görs på samma sätt av olika institutioner. Yrkesutövare bör erkännas av det nederländska ackrediteringsinstitutet, medan vårdgivare måste vara ackrediterade av ministeriet för hälsa, välfärd och idrott, i enlighet med den tidigare nämnda lagen om vårdgivare (WTZI).

När det gäller kvalitetsbedömningar utförs dessa av både hälsoinspektionen (IGZ) och den nederländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten (NZa). Dessa bedömningar utförs inom särskilda kvalitetsramar, som innehåller information om vilka uppgifter som ska samlas in, hur de ska mätas och vem som ska avgöra vilken information som krävs. Dessa institutioner övervakar inte bara utarbetandet av bedömningar och deras innehåll, utan också tillsynen, för att se till att kvalitetsmålen för deras vårdssystem uppfylls.

I Danmark finns olika reglerings- och ackrediteringsmetoder, som främst regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (Sundhedsloven). Enskilda yrkesutövare inom hälso- och sjukvården regleras och bedöms av Statens hälsotillsynsnämnd och det danska läkarförbundet, som ansvarar för att övervaka och reglera deras arbete. Det finns flera kvalitetsregister som också finansieras av den nationella nivån. Under tiden övervakas hälso- och sjukvårdsinrättningar av danska kliniska kvalitetsregister.

Ackrediteringen av hälso- och sjukvårdspersonal utförs av det danska institutet för kvalitet och ackreditering inom hälso- och sjukvården (Ika). Vårdinrättningar och vårdgivare ackrediteras av samma institution. De måste dock också genomgå tillsyn av Sundhedsstyrelsen.

När det gäller kvalitetsbedömningar utförs de på nationell eller kommunal nivå och utarbetas av olika grupper beroende på mål. Det framstår vanligtvis som ett samarbete mellan den nationella regeringen och de olika regionerna, som omfattar alla sektorer i deras helhet.

I Norge övervakas hälso- och sjukvårdspersonalens reglering av Helsetilsynet och ser till att alla har de kvalifikationer som krävs för att arbeta. Hälso- och sjukvårdsinrättningar regleras också av denna hälsonämnd, men de övervakas också av de regionala hälsomyndigheterna, som ansvarar för att säkerställa kvaliteten på anläggningarna.

Norge är ett specialfall, eftersom det inte finns något rättsligt krav på att ackrediteras som hälso- och sjukvårdspersonal. Vissa sjukhus och vårdhem är fortfarande ackrediterade. I detta fall är det de regionala hälso- och sjukvårdsstyrelserna som ansvarar för processen.

När det gäller kvalitetsbedömningen av både hälso- och sjukvårdspersonal och vårdinrättningar behandlas de med hjälp av verktyg som tillhandahålls av direktoratet för hälsa genom genomförandet av



olika kvalitetsramar. Det leder till olika inspektioner av dessa anläggningar för att bekräfta att tjänsterna tillhandahålls i enlighet med en rad nationella och regionala riktlinjer.

I Skottland finns det flera nationella och regionala hälso- och sjukvårdsstyrelser samt många rättsakter om hälso- och sjukvård. Som exempel kan nämnas att enskilda yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården regleras av NHS styrelser (med hjälp av den nationella regeringen). Detta görs genom en kvalitetsstrategi för NHS Skottland. Under tiden samordnas hälso- och sjukvårdsinrättningar av Health Facilities Scotland, en avdelning för nationella tjänster i Skottland, som ger operativ vägledning till NHS Skottlands organ om en rad hälso- och sjukvårdsinrättningar.

Akrediteringskraven för hälso- och sjukvårdspersonal hanteras av vårdgivare. Varje vårdgivare har ett eget tillsynsorgan. När det gäller vårdinrättningar ackrediteras de av Healthcare Improvement Scotland (HIS). De registrerar och inspekterar tjänster i enlighet med nationella vårdnormer och har befogenhet att vidta verkställighetsåtgärder mot en oberoende leverantör och i slutändan avregistrera den.

När det gäller kvalitetsbedömning utförs de alla av Care Inspectorate, den institution som ansvarar för att upprätthålla en korrekt kvalitetsnivå hos alla vårdgivare, särskilt inom långvarig vård och omsorg och social omsorg.

I Ontario regleras hälso- och sjukvårdssystemet av Ontario Health. Syftet är att koppla samman och samordna det regionala hälso- och sjukvårdssystemet och dess många komplexa delar på nya och innovativa sätt och på så sätt se till att alla i Ontario får bästa möjliga vård. Förordningar, ackrediteringar och kvalitetsbedömningar styrs vanligtvis av nationella lagar och rättsakter, även om det också finns vissa regionala ramar och initiativ.

Enskild hälso- och sjukvårdspersonal regleras i enlighet med lagen om hälso- och sjukvårds-förfaranden. Samtidigt organiseras hälso- och sjukvårdsinrättningar genom lagen om vård och omsorg för alla, med beaktande av definitionerna i lagen om offentliga sjukhus, lagen om långvarig vård och omsorg och lagen om vård och omsorg på lokal nivå. När det gäller frågan om registrering registreras både hälso- och sjukvårdspersonal och vårdinrättningar av Accreditation Canada genom en process som är inriktad på kvalitetsförbättring.

Kvalitetsbedömningsprocesserna utförs av Health Quality Ontario, den regionala institution som ansvarar för att reglera kvalitetsramar, indikatorer och förfaranden för kvalitetsbedömning, vilket bidrar till en bättre inblick i regionens situation.



3. Presentation av ramverk för kvalitetsbedömning

För studiens skull har det gjorts ett urval av de mest relevanta ramverken för kvalitetsbedömning som berör frågan om hemsjukvård. Varje land har olika lösningar, från mycket specifika ramverk som utvecklats på regional nivå till mer allmänna ramar, som bestäms av den nationella regeringen. Indikatorerna i dessa ramverk varierar beroende på deras egenskaper och hur uppgifter samlas in, analyseras och används för att driva på utformningen av nya strategier.

I syfte att ge en uttömmande beskrivning av ramarna och deras betydelse och relevans för Sverige är det nödvändigt att först undersöka inrättande, förvaltning och genomförande.

Den valda ramen för Nederländerna är kvalitetsramen för vårdhem och anpassad vård i hemmet enligt WLZ (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg)⁸². Den främjar en god hälso- och sjukvård genom att hjälpa alla berörda parter att kontinuerligt förbättra kvaliteten på hälso- och sjukvården och genom att hjälpa patienterna att erhålla en vård av hög kvalitet.

Det har utvecklats av National Health Care Institute (NHI) och dess primära användare är vårdhem och hemsjukvårdssjukhus under WLZ. En av faktorerna som anses vara viktiga inom denna ram är de många genomföranden och tillägg som läggs fram inom ramen för olika lagstiftning och politiska förslag. Det faktum att vård i hemmet anpassades inom samma ram som vårdhem är ett bra exempel på en uppdatering av ramen i stället för att skapa en ny ram.

När det gäller Danmark är den valda ramen rapporten om rekommendationer för utveckling av kvalitetsindikatorer för äldreomsorg (2019) (Anbefalinger til udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen)⁸³. Studien bygger på en överenskommelse mellan regeringen och kommunerna om att utveckla tre särskilda kvalitetsindikatorer för äldreomsorg (finansieringsavtal för 2020) och fungerar som en särskild kvalitetsram som är kopplad till de nationella målen för det danska hälso- och sjukvårdssystemet (2018).

Den inrättades av en expertgrupp för kvalitet, hemvård och sjukvårdssjukhus i syfte att hjälpa kommunerna att välja lämpliga indikatorer för att mäta kvaliteten.

På samma sätt som i Nederländerna har dessa indikatorer skapats för att komplettera en redan befintlig lag som skapar en grund för att jämföra kvaliteten på och resultaten av äldreomsorgen i olika kommuner och över tid, och på så sätt också bidra till ett bättre beslutsunderlag för lokal prioritering och utveckling av äldreomsorgen.

När det gäller Norge finns det två utvalda ramar: den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet (Nasjonal Handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet)⁸⁴ och ramen för det nationella systemet för kvalitetsindikatorer (Rammeverk for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for Helse)⁸⁵. Båda ramverken innehåller kvalitetsindikatorer.

⁸² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2017/01/13/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg>

⁸³ <https://fm.dk/media/16890/Anbefalingertilkvalitetsindikatorer.pdf>

⁸⁴ https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Handlingsplan%20for%20pasient%20sikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

⁸⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og->



Norges nationella handlingsplan för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet fungerar som en ram för alla nivåer av hälso- och sjukvård och kvalitetssäkring. Syftet med handlingsplanen är att främja upprätthållandet av ”bästa praxis” inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet, samtidigt som det underlättas att nå kraven i lagstiftningen. Planen utarbetades och genomfördes av det norska hälsodirektoratet i syfte att hjälpa alla ledare med ansvar för att ta fram verktyg för kvalitet och patientsäkerhet, inklusive kommunala hälso- och sjukvårdstjänster.

Samtidigt svarar Norges ramverk för nationella kvalitetsindikatorer på det norska hälso-myndighetens lagstadgade krav att utveckla, sprida och upprätthålla nationella kvalitets-indikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster.

När det gäller Skottland analyserades två ramverk: kvalitetsramverk för äldreboenden⁸⁶ (2018) och för vård i hemmet⁸⁷ (november 2020). Båda ramverken svarar mot behovet av ett system som saknar enhetlig kvalitetsbedömning. Huvudsyftet med dessa två ramverk är att bedöma kvaliteten på de tjänster som tillhandahålls och patienternas allmänna tillfredsställelse samt identifiera områden där förbättringar kan göras. De gör det också möjligt för vård- och omsorgsgivare att göra självskattningar utan att det behövs någon officiell inspektion.

Båda inrättades av Care Inspectorate, som är ett granskningsorgan som stöder förbättringen av hälso- och sjukvården. Deras främsta mål är alla vårdgivare, så att de själva kan utvärdera sina resultat.

Dessa ramar delades ut på omkring 60 vårdhem (2017/2018). Dessa tester utvärderades för att få synpunkter från vårdbehövande och deras vårdgivare.

Slutligen, när det gäller Ontario, är det valda ramverket ”ramen för vårdnivån” (2017)⁸⁸. Ramverket är utformat för att säkerställa genomförandet av nya samordningstekniker och gemensamma kvalitetsbedömningar och syftar till att ge en realistisk bild av det regionala systemet, som bygger på fakta och erfarenheter som samlats in från vårdgivare i hemmet och i lokalsamhället i Ontario. Den inrättades av en expertgrupp för hem- och samhällsvård från regionen, med vårdgivare i hemmet och med närsamhället i åtanke.

Även om det inte är ett heltäckande och unikt kvalitetsramverk är det den främsta drivkraften för förändring och kvalitetssäkring i regionen. Det innehåller vissa intressanta inslag, såsom dess inrättande som ett mångfasetterat initiativ som innehåller ett antal instanser som samråder med lokala nätverk för integrering av hälso- och sjukvård, Health Quality Ontario, primärvård och akutvård samt forskarsamhället, för att främja samordning mellan hemvård och andra sektorer.

3.1. Vilka politiska behov och strategier bidrog till genomförandet av och innehållet i bedömningsramarna?

omsorgstjenesten/rammeverk% 20för% 20nasjonalt% 20kvalitetsindikatorsystem% 20 för% 20HELSE —% 20og% 20omsorgstjenesten.pdf/_/attachment/inline/8bc7a41c-0f27-4420-a735-bcb2e97ba688-9c6c95486f5d93d4b405bcac6d7802036f10a8a3/Rammeverk%20for%20nasjonalt%20kvalitetsindikatorsystem% 20 för% 20helse-% 20og% 20omsorgstjenesten.pdf

⁸⁶<https://www.careinspectorate.com/images/documents/4401/A%20quality%20framework%20for%20care%20hem%20för%20år%202018%20.pdf>

⁸⁷ https://www.careinspectorate.com/images/documents/5869/QF%20CAHincSL_final_02112020.pdf

⁸⁸ https://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf



Alla fem länderna hade redan lagstiftning som underlättade införandet av bedömningsramverk. De olika lagarna och rättsakterna tillhandahöll antingen på förhand fastställda ramar eller fastställde grunderna för skapandet av nya, som i fallet Ontario med vårdnivåerna.

Denna ansats innehöll också värdefull information som underlättade valet av ramverkens innehåll. Nederländerna ger ett tydligt exempel, där tre olika institutioner – Hälso- och sjukvårdsinspektionen (IGZ), den nederländska hälso- och sjukvårdsmyndigheten (NZA) och vårdinstitutet Nederländerna (zinNL) – övervakar inte bara skapandet av bedömningar och deras innehåll, utan även tillsynen, för att se till att kvalitetsmålen för deras vårdssystem uppfylls.

När det gäller Danmark, Norge och Skottland bidrog flera politiska behov till genomförandet av kvalitetsramar, först och främst behovet av att skapa samordning mellan regionala och nationella regeringar när det gäller kvalitetsbedömningen. Därför har vissa institut tagit fram kvalitetsregister och statistiska uppgifter för att göra informationen om hälso- och sjukvårdssystemen tillgänglig för alla, inklusive vårdgivare samt patienter och deras familjer.

3.2. Vilka villkor måste finnas på plats för att utforma och genomföra ramarna och vilka möjliggörande faktorer förelåg?

När det gäller Nederländerna genomförde inspektionen för hälso- och sjukvård en undersökning som ansåg att hemsjukvården var otillfredsställande, vilket ledde till att det skapades en ram för vård och omsorg. En annan viktig faktor var sammanslagningen av institutioner, en blandning av vård i hemmet och social omsorg, vilket ökade deras tidigare budget.

I Norge gjordes en översyn av bakgrunden och trenderna inom hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Dessutom avslutades patientsäkerhetsprogrammet ”I säkra händer 24/7” i januari 2019 och en motsvarande slutrapport utarbetades⁸⁹. ”I säkra händer 24/7” följdes av den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och kvalitetsförbättring⁹⁰. När det gäller det nationella systemet med kvalitetsindikatorer offentliggjordes en reviderad ram 2018⁹¹. Den nuvarande reviderade ramen för systemet med kvalitetsindikatorer har anpassats från en tidigare version (som offentliggjordes 2010).

I Danmark fanns det tre huvudfaktorer som främjade införandet av ramverken. Den första var tillhandahållandet av finansiellt stöd från den centrala regeringen, vilket konkretiserades i ett avtal mellan regeringen och alla kommuner för att skapa en sammanhängande handlingsram och gemensamma indikatorer och kvalitetssystem. Den andra var en i förväg fastställd årlig plan för att se över och vid behov utveckla fler indikatorer, beroende på systemets situation varje år. Slutligen genomfördes den uppdaterade gemensamma dokumentationsstandarden Fælles Sprog III (FSIII).

I Skottland utvecklade och godkände den skotska regeringen de nya hälso- och sjukvårdsstandarderna 2017. Detta ledde till att Care Inspectorate såg över sin strategi för inspektioner av hälso- och sjukvårdstjänster och fokuserade mer på kvalitativa faktorer, såsom patienternas allmänna välbefinnande.

I Ontario spreds en rapport före vårdnivåerna av samma grupp som lyfte fram en minimal ansvarsskyldighet för de fastställda resultaten. Som svar på denna rapport gjorde Ontario ”bättre

⁸⁹<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>

⁹⁰<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/programmet-er-over-arbeidet-fortsetter>

⁹¹<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten> (2018)



samordnad och integrerad vård i samhället närmare hemmet” som en av de fyra pelarna i sin ”Patienten först: Handlingsplan för hälso- och sjukvård” (2015).

I tabell 10 nedan finns mer detaljerade beskrivningar av de åtgärder som vidtagits för att utforma och genomföra ramarna i vart och ett av länderna. Beskrivningarna omfattar följande: de viktigaste drivkrafterna för förändring, samråds- och konsensusprocesserna och intressenternas medverkan. Särskild uppmärksamhet kommer att ägnas åt de största utmaningarna under genomförandefaserna och de beslut som fattas för att komma till rätta med dem. Denna information kommer att presenteras i detalj i rapporten från studiebesöket för de två länderna (delprojekt 4).

3.3. Var det nödvändigt att ändra lagstiftningen?

I Nederländerna planerades vissa små reformer för att minska oönskade sideeffekter av de senaste reformerna. Den viktigaste var en ändring i beräkningen av kundernas ekonomiska avgift för vårdkostnader: från och med 2019 kommer avgiften till lagen om socialt stöd (Wmo) inte längre att vara inkomstbaserad och fastställd av kommunerna, utan kom att vara ett fast pris på 17,50 EUR per 4 veckor för alla Wmo-tjänster i hela landet.

I Danmark kräver utvecklingen av indikatorer inte några lagändringar. Att göra kommunal rapportering om indikatorerna obligatorisk kan dock kräva ny lagstiftning.

I Norge har lagstiftningen om tjänstekvalitet förbättrats kontinuerligt under de senaste 20 åren. Det är dock oklart om dessa lagändringar var en förutsättning för genomförandet av de nationella kvalitetsramverken. Ramverket för det nationella systemet med kvalitetsindikatorer överensstämmer med befintlig lagstiftning, såsom lagen om hälso- och sjukvårdstjänster (Health and Care Services Act) 12 §⁹² ⁹³, samt avsnitt 7–3 om specialistvård, där det anges att det norska hälso- och sjukvårdsdirektoratet måste utveckla, sprida och upprätthålla nationella kvalitetsindikatorer för förvaltning, kvalitetsförbättring och säkerställande av patienträttigheter. Andra relevanta exempel på förbättring av sekundärrätten är förordningarna om medicinska⁹⁴ kvalitetsregister samt förordningarna om förvaltning och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården⁹⁵. Trots dessa lagändringar verkar de inte ha varit nödvändiga just på grund av bedömningsramverken.

Inga lagändringar var nödvändiga i Skottland. Den 27 maj 2020 trädde dock punkt 22 (del 9) i bilaga 1 till Coronavirus (Scotland) (No. 2) Act 2020 i kraft, enligt vilken Care Inspectorate ska lägga fram en rapport för parlamentet varannan vecka med följande innehåll:

- Vilka vårdinrättningar som kontrollerades under dessa två veckor, och
- Resultaten av dessa inspektioner.

För att uppfylla detta krav tog Care Inspectorate fram en ny nyckelfråga till sina kvalitetsramar (KQ 7: Hur bra är vår vård och vårt stöd under covid-19-pandemin?) och genomförde några av inspektionerna tillsammans med Healthcare Improvement Scotland och med beaktande av de instruktioner som överenskommit med Health Protection Scotland och Healthcare Improvement Scotland⁹⁶.

När det gäller Ontario infördes ramen för vårdnivåer (2017) inom ramen för en större systemförändring

⁹² <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

⁹³ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_7

⁹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-06-21-789>

⁹⁵ <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

⁹⁶ <https://www.careinspectorate.com/images/documents/6062/CI%20fortnightly%20inspections%20report%2014042021.pdf>



Funded by the Structural Reform Support Programme of the European Union and implemented in cooperation with the EC Directorate General for Structural Reform Support (DG REFORM)

av hälso- och sjukvårdssystemet, som syftade till att förena regionens olika hälso- och sjukvårdstjänster under en ”paraply”, vilket gynnade samarbetet mellan olika avdelningar.



Tabell 10 Presentation av de åtgärder som vidtagits för att utforma och genomföra bedömningsramarna

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Vilka steg togs för att forma ramverken för bedömning?	<ul style="list-style-type: none"> Partnerna (NHI och sammanslutningar av fackfolk) byggde det ”grundläggande konceptet” med beaktande av den vetenskapliga litteraturen och experternas synpunkter. De detaljerade avsnitten utarbetades oberoende av varandra och togs senare med efter samråd med nyckelpartners och experter. Efter att konsensus nåtts inkluderades ramverket i registret över kvalitetsinstrument. De WLZ har tillhandahållits monetära investeringar för att stödja genomförandet av ramverket för vårdhem och hemvård (2.1 miljarder respektive 600 miljoner euro). 	<p>Flera åtgärder vidtogs för att utforma bedömningsrekommendationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilldelning på 2 miljoner danska kronor till en förhands-analys av möjligheten att utveckla 3-5 kvalitetsindikatorer för äldre förstärkning av enkäter om tillfredsställelse. Utförande av förhandsanalys av Rambøll, februari 2018. Politiska avtal mellan regeringen och kommunerna om behovet av och syftet med indikatorer Finansiella avtal för 2019 Politisk överenskommelse i 	<p>Det finns två relevanta bedömningsramar i Norge: (1) den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet och (2) ramen för nationella kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster. Båda ramverken har motsvarande indikatorer.</p> <p><u>Nationell handlingsplan för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet</u></p> <p>Utformningen av den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet var en samarbetsprocess där användarorganisationer, fackföreningar och hälso- och sjukvården deltog ^{97 98 99 100 101}</p> <p>Det norska hälso-direktoratet byggde vidare på denna samråds- och dialogprocess för att utforma ramen.</p> <p><u>Ram för nationella kvalitetsindikatorer för hälso- och</u></p>	<p>När den skotska regeringen offentliggjorde de nya standarderna för hälso- och sjukvård och social omsorg började vårdinspektionen ta fram en ny metod för inspektioner. Utvecklingen av ramar inleddes 2017–2018 i syfte att utveckla en rad allmänna indikatorer som är användbara för olika miljöer.</p> <ul style="list-style-type: none"> I juli började vårdinspektionen införa nya ramar för inspektion och självutvärdering. Ramar har tagits fram i samråd med vårdgivare, personer som upplever vård, paraplyorgan och medlemsorganisationer. <p>Vård- och omsorgs-inspektionen offentliggjorde ett antal ramar med liknande indikatorer. Nedan följer några särdrag i utvecklingen av de två ramar som analyserats för detta projekt:</p>	<p>Ganska få åtgärder har vidtagits för att utforma ramen:</p> <ul style="list-style-type: none"> En massiv regional omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet och den sociala om-sorgen, som förenar tjänsterna inom ramen för en enda organisation. Valet av en expert-kommitté överensstämde genom olika yrkesverk-samma inom vård- och omsorgssektorn. Utarbetande av det första utkastet till ram, som en del av en färdplan för att förbättra vårdkvaliteten i regionen.

⁹⁷ <https://fm.dk/media/16683/aftaleomfinanslovenfor2019.pdf>

⁹⁸ <https://www.regeringen.dk/media/5352/aftale-om-kommunernes-oekonomi-for-2019.pdf>

⁹⁹ <https://fm.dk/media/16016/Foranalyseomkvalitetsindikatorerogbrugertilfredshedsundersogelser.pdf>

¹⁰⁰ <https://www.helseidirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Haningsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Haningsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)

¹⁰¹ <https://www.regeringen.dk/media/5352/aftale-om-kommunernes-oekonomi-for-2019.pdf>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<ul style="list-style-type: none"> För att säkerställa hållbara offentliga utgifter för långvarig vård och omsorg, har regeringen haft ett långsiktigt perspektiv. 	<ul style="list-style-type: none"> parlamentet om öronmärkta medel för utveckling indikatorer, Finance Act 2019. Inrättande av en kommitté med lokala företrädare. Överenskommelse om en gemensam plan och budget när det gäller frågan om kvalitet på långvarig vård och omsorg. Inrättande av en expertgrupp för att utveckla nämnda dokument och indikatorer. Inrättande av regelbundna möten för att se över båda indikatorrekommendations-planerna och de finansiella överenskommelse i sin helhet. 	<p><u>sjukvårdstjänster</u></p> <p>Det första förslaget till nationellt system för kvalitetsindikatorer lades fram 2010, och sedan 2012 har direktoratet för hälsa ansvarat för att upprätthålla ett nationellt system.</p>	<p><u>Kvalitetsram Stödtjänster – vård i hemmet</u></p> <p>Det beslutades att kvalitetsindikatorer skulle användas vid inspektioner.</p>	
<p>Vilka steg har vidtagits för att genomföra bedömningsramarna (incitament?)</p>	<p>De WLZ har illhandahållits monetära investeringar för att stödja genomförandet av bedömningsramen i sjuksköterskor hem och hemvård (2.1 miljarder och 600) miljoner euro).</p> <ul style="list-style-type: none"> För att säkerställa hållbara 	<ul style="list-style-type: none"> I de Finansiella Avtal 2020 mellan regeringen och kommunerna har parterna kommit överens om om utveckling av och genomförande av tre kvalitetsindikatorer 	<p><u>Nationell Åtgärd Plan för Kvalitet Förbättring och patientsäkerhet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Genomförandet av den nationella handlingsplanen omfattar 	<p><u>Stödtjänster för kvalitetsramen – Vård och omsorg AT Hem och Kvalitet ram för äldreboenden</u></p> <p>Människors återkoppling tillfrågades vid utarbetandet av ramarna för att se till att frågorna relevanta och täckte alla frågor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Penninginvesteringar gjordes i syfte att förkorta tiden i vilka de ramen skulle kunna vara funktionell. att vara tillämpliga i de olika stegen av behovs- och kvalitetsbedömning. Delstatsregeringen i Ontario investerade pengar för att



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<p>offentliga utgifter för långvarig vård och omsorg har regeringen formulerat en långtidsplan</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Enligt ett koalitionsavtal kommer regeringen att investera i innovativa koncept, e-hälsovård och förebyggande vård.	<p>på grundval av av de rekommendationer.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Dessa indikatorer ska ses över kontinuerligt och potentiellt expanderad. Även för närvarande många enkäter om tillfredsställelse ska slås samman till en årlig undersökning.¹⁰²▪ Den danska hälsomyndigheten har fått i uppdrag att utveckling av de indikatorer, dataunderlag och en struktur för extrahering av data.	<p>följande centrala aspekter¹⁰³:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Se över befintliga fokusområden i programmet för patientsäkerhet,▪ Vidareutveckla och stärka nationella initiativ om hälsa tjänster och infektioner i linje med den nationella handlingsplanen. Syftet med denna genomförandefas är att AT förebyggande åtgärder hälso- och sjukvård infektioner (dvs. infektioner inom hälso- och sjukvården).▪ Stärka de nationella investeringarna i läkemedel,▪ Stärka nationella initiativ för att förbättra arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården och den kultur som omger patientsäkerheten.▪ Vidareutveckling av relevanta kvalitetsindikatorer för att tillhandahålla information om patientsäkerhet på nationell, regional och lokal nivå.▪ Dessutom ingår ytterligare investeringar i utbildning för chefer och anställda i genomförandefasen av handlingsplanen för kvalitet och patientsäkerhet.	<p>Ramen genomförs genom att man besvarar de centrala frågorna och värderar kvalitetsindikatorerna för var och en av dem.</p> <p>Beroende på resultaten kan inspektören eller vårdgivaren (under en självbedömning) följa rekommendationerna i verktygslådan för förbättringar för ytterligare kvalitetsförbättring.</p> <p>Ramarna erbjuder också ”kvalitetsillustration” för att göra det lättare att förstå vad som förväntas av kvalitetstjänster.</p>	<p>genomföra ramen genom att inrätta en expertgrupp vars mål var att hitta det bästa sättet att införa ramen i det nya enhetliga systemet och delegera kvalitetsfrågan till redan befintliga institutioner som Health Quality Ontario.</p>

¹⁰² <https://www.regeringen.dk/media/7248/aftale-om-kommunernes-oekonomi-for-2020.pdf>

¹⁰³ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
			<ul style="list-style-type: none">▪ Dessutom ska åtgärd 6 i handlingsplanen utveckla, genomföra och följa upp nationella system och strukturer.▪ Ökade investeringar i läkemedel lyfts särskilt fram i åtgärd 6. <p><u>Ram för nationella kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ När det gäller ramen för kvalitetsindikatorer nämns inga monetära incitament. resultaten från indikatorerna ligger dock till grund för nationell styrning, prioritering (av resurser) och förvaltning.		



3.4. Finns det verktyg/mekanismer från vårdgivare om hur bedömningsramarna kan användas för att dela med sig av dem?

I Nederländerna är det viktigaste verktyget handboken för vårdgivare på vårdhem¹⁰⁴, där kvalitetsindikatorer och mätinstrument presenteras. Dessutom håller sjuksköterskors yrkesorganisation (VN) på att ta fram en informationsstandard med koppling till kvalitetsramen för vård och omsorg i hemmet som ingår i Zorgonut's långsiktiga agenda.¹⁰⁵

I Danmark anges i en rapport hur den nya ramen kan användas på olika intressentnivåer (nationell nivå, kommunfullmäktige, patienter och vårdgivare). Var och en av dessa intressenter kan använda ramen för olika ändamål inom vissa rättigheter och skyldigheter.

I Norge organiseras handlingsplanen centralt på nationell nivå. Vårdgivarna följer de råd och bestämmelser som fastställts av det nationella hälso- och sjukvårdsdirektoratet. När det gäller ramen för nationella kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster kan vårdgivare kontakta sekretariatet för nationella kvalitetsindikatorer för att få ytterligare information/verktyg, t.ex. en mall för definition av kvalitetsindikatorer.¹⁰⁶

För Skottland har båda ramverken samma struktur för användning. Det finns inga särskilda mekanismer för hur en tjänst ska bedömas. Ramverken innehåller dock en rad indikatorer med kvalitetsinslag. Dessa beskriver exakt vad som förväntas av en vård- och omsorgstjänst och hjälper inspektören att göra en korrekt bedömning. På det hela taget är ramverken mycket detaljerade och välstrukturerade, eftersom deras mål inte bara är att vara en vägledning för inspektörerna utan också att göra det möjligt för vårdgivarna att bedöma sig själva.

I Ontario finns det olika metoder och verktyg för korrekt användning av ramverket. När det gäller kvalitetsbedömning innehåller vägledningen om indikatorer för hemvård, som tillhandahålls av Health Quality Ontario, en detaljerad definition av varje indikator och förklarar hur man kan mäta och analysera uppgifterna. Huvudsyftet är att vägleda gemensamma bedömnings-standarder för vård i hemmet och i närsamhället.

3.5. Lärdomar som dragits

En analys av ursprung, införande och användning av de ramverk som syftar till att bedöma kvaliteten på hälso- och sjukvården i hemmet, i vårdhem och i särskilda boenden för personer med funktionsnedsättningar i de fem länderna ger intressanta perspektiv för Sverige. Nedan ges en kort sammanfattning av de lärdomar som dragits och som kan lyftas fram.

Nederländernas ramverk erbjuder en ganska omfattande uppsättning indikatorer som alla är patientinriktade när det gäller aspekter som rör tillgänglighet, kvalitet och pris.

Särskild tonvikt läggs vid sammanställningen av specifika uppgifter om typen av kunder i olika miljöer och med specifika sjukdomar, procentandelen fel och identifiering av de vanligaste typerna av tjänster som tillhandahålls. Detta möjliggör en mycket omfattande bedömning av hela hälso- och

¹⁰⁴<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/Handboek+voor+zorgaanbieders+van+Verpleeghuiszorg+verslagjaar+2019.pdf>

¹⁰⁵ <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-informatiestandaard>

¹⁰⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten?nedladdning=falsk> (2018)



sjukvårdssystemet, särskilt med beaktande av att indikatorer diskuteras varje år och att vissa av dem ständigt förnyas med hjälp av alla aktörer som arbetar med hälso- och sjukvård och social omsorg.

Danmarks system för kvalitetsbedömning omfattar ett brett spektrum av aspekter, från tillhandahållande av tjänster av god kvalitet till skydd för medborgarnas rättigheter. Detta möjliggör bättre tilldelning av medel och införande av lokala kvalitetsförbättringar på grundval av de insamlade resultaten.

Dessutom har Danmarks ramverk en uppsättning mekanismer, särskilt för patienter, som säkerställer återkoppling om deras erfarenheter, vilket gör det möjligt att enkelt identifiera områden som kan förbättras. Direkt kontakt med patienter och användning av ramens data för policyutveckling är egenskaper som lätt kan lokalisera och förbättra specifika områden, tjänster och/eller miljöer.

I Norges regelverk betonas således både patientens upplevelse och systemets kvalitet. Det säkerställer att människor är säkra under hela sin användning av hälso- och sjukvårdstjänster och att systemets övergripande komponenter (anställda, chefer, infrastruktur) uppfyller de krav som ställs. Det gör det möjligt att förbättra den övergripande kvaliteten och att fokusera på specifika mål som behöver förbättras.

Ramverken används senare för att fastställa vilka nationella initiativ som bör prioriteras och för att besluta om ytterligare investeringar i utbildning. Norges system är ett bra exempel på hur ett ramverk kan användas för vidare utredning och för att fastställa vilka områden som är prioriterade. Den uppmärksamhet som Norge ägnar patienternas säkerhet visar upp ett mycket patientcentrerat system som gör det lätt att identifiera utmaningar och snabbt lösa dem på nationell nivå.

Skottlands ramar tar inte bara hänsyn till patienternas och chefernas åsikter, utan uppmuntrar också till återkoppling från personal, släktingar och familjer. I ramverken framhålls därför vikten av att bo i rätt hem med rätt stöd och för att patienterna ska få bästa möjliga service. Ramverken ger en god balans mellan objektiva och subjektiva analyser: samtidigt bedöms faktorer som patienternas känslor, släktingars önskemål och faktorer som möblering, ledarskap eller covid-19-åtgärder. Därför blir det ett utmärkt val för en heltäckande utvärdering som inte bara baseras på kvantitativa uppgifter utan också på kvalitativa faktorer.

Ontarios ram handlar om att förändra hemvården och syftar till att förbättra enhetlighet, öppenhet och partnerskap i systemet. Det är ett patientcentrerat system som rapporterar till flera berörda parter och ger evidensbaserade policy-rekommendationer. Det syftar också till att ge råd och förslag till vårdgivare och ange t.ex. procentuell andel av återinskrivningar eller antalet personer som får sjukhusvård på nytt. Regelverket syftar således inte bara till att tillhandahålla bästa möjliga tjänster till patienterna i enlighet med deras behov utan uppmuntrar också till policyförändringar genom att identifiera eventuella fel i systemet.



4. Utveckling av mål och indikatorer

De fem länderna har egna indikatorsystem för att bedöma kvaliteten på hälso- och sjukvården i hemmet, i vårdhem och i särskilda boenden för äldre personer med funktionsnedsättningar. De indikatorer som används varierar avsevärt från ett land till ett annat när det gäller strukturmodell, typ och belopp.

Nedan kommer vi att ge en kort sammanfattning av varje system innan vi lägger in mer detaljer och analyserar deras innehåll och användning.

Situationen i Nederländerna är mycket speciell, eftersom indikatorerna anpassades för att passa inte bara till behoven av långvarig vård och omsorg och den sociala omsorgen som helhet utan även till varje vårdgivare.

Deras modell, som är uppdelad i obligatoriska indikatorer och valfria indikatorer visar en hög grad av förståelse för hur en utförarens behov och situation kanske inte översätts väl med specifika indikatorer.

De många olika aktörer som omfattas av både obligatoriska och valfria indikatorer kan vara av intresse och få en helhetssyn på hur systemet fungerar, från patienter till berörda parter.

Det danska fallet ger ett tydligt exempel på hur nationella uppsättningar kvalitetsindikatorer kan anpassas för att täcka behoven hos långvarig vård och omsorg och sociala omsorgssystem, vilket ger ett enkelt sätt att mäta kvaliteten.

De åtgärder som Danmark för närvarande vidtar för att utveckla en ny modell för kvalitetsbedömning av deras system kan vara av intresse på grund av de stora ansträngningar som gjorts av expertkommittén i syfte att minska alla indikatorer till tre kategorier (funktionalitet, livskvalitet och tillfredsställelse samt samstämmighet och förutsägbarhet).

Denna modell skulle kunna förenkla systemen för kvalitetsbedömning på många sätt, från insamling till analys, undvika vanliga felkommunikationsproblem och säkerställa samarbete mellan vårdgivare, patienter och institutioner.

I Norge finns det flera indikorkällor som bedömer kvaliteten som helhet, i stället för att enbart fokusera på långvarig vård och omsorg och sociala omsorgssystem. Indikatorer finns i den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och kvalitetsförbättring samt på webbplatsen för direktoratet för hälsa¹⁰⁷. Vissa indikatorer gäller särskilt patientsäkerhet och kvalitetsförbättring, och det finns ett motsvarande sökfilter på hälsodirektoratets webbplats¹⁰⁸. Ytterligare riktlinjer för utvecklingen av indikatorer fastställs också inom ramen för det nationella systemet med kvalitetsindikatorer.

Skottlands indikatorer utvecklades särskilt för att bedöma den övergripande kvaliteten på vård- och omsorgstjänsterna. Indikatorerna försöker täcka alla aspekter som rör tjänsterna och involvera alla olika aktörer i processen, såsom ledare, personal, patienter, anhöriga och närstående.

Skottlands modell är uppdelad i olika nyckelfrågor (KQs), som alla är kopplade till en särskild uppsättning kvalitetsindikatorer (QIs). De möjliggör enklare inspektioner, eftersom inspektörerna kan följa riktlinjer för en korrekt bedömning av tjänsterna. Samtidigt utformades dessa ramar för att vara ett självskattningsverktyg som gör det möjligt för leverantörerna själva att ständigt sträva efter

¹⁰⁷https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/?filterTema=19858249-813f-41f9-86d5-ae172656daa4_ufilterTema=11ca26ac-5e9a-4e4f-8c93-77a9c5bac31b-filterTema=201eff9c-ffa8-4541-b441-c0d0d7f65056

¹⁰⁸ Ibid



att förbättra sig själva.

När det gäller Ontario återfinns de indikatorer som tillhandahålls av Health Quality Ontario inom ramen för ”Levels of Care Framework”. Det innehåller en uppsättning indikatorer för den gemensamma kvalitetsagendan som är relevanta för hemvårdssektorn. Även om ramen omfattar totalt åtta indikatorer är endast en specifikt avsedd för hemvårdssektorn, medan resten delar ansvaret med andra sektorer.

De finns alla tillgängliga på Health Quality Ontarios webbplats, som utgör ett utmärkt exempel på en välorganiserad uppsättning indikatorer, med mycket fullständiga och heltäckande mätmetoder, där man i varje enskilt fall anger ansvar mål och målkälla för varje indikator samt många andra användbara frågor (beräkning, riktvärden osv.).

På grund av den periodiska översynen av ramen för vård och omsorg och det nya enandet av alla institutioner som är involverade i Ontarios system för långvarig vård och omsorg och systemet för social omsorg, fungerar de som ett exempel på tvärvetenskapligt deltagande som säkerställer en korrekt ständig förnyelse och anpassar dem till nya utmaningar.

4.1. Vilka mål eftersträvas genom att främja bedömningsramarna (t.ex. ansvarsskyldighet, öppenhet och patientsäkerhet)?

I Nederländerna skiljer regeringen på fyra huvudmål för det nederländska hälso- och sjukvårdssystemet:

- Gott ledarskap, styrning och ledning.
- Tillräcklig och kompetent personalsammansättning.
- Lämplig resursanvändning.
- Korrekt användning av information.

Även om vårdgivarna ansvarar för kvaliteten på den vård som tillhandahålls har den nederländska hälsoministern ett ”systemansvar” och är ytterst ansvarig för att systemet som helhet fungerar korrekt, inbegripet villkoren för högkvalitativ vård, tillgänglighet för alla och effektiv resursanvändning¹⁰⁹.

I Danmark var huvudsyftet med ramen att utveckla nya särskilda indikatorer för långvarig vård och omsorg och äldreomsorg. Andra mål är följande:

- Användningen av kvalitetsindikatorer syftar till att stödja övergången inom äldreomsorgen från fokus på behandling av begångna sjukdomar till ett fokus på att behandla uppkomna besvär till ett fokus på förebyggande vård, rehabilitering och hjälp till att upprätthålla ett självständigt liv.
- Utveckling av resultatindikatorer på äldreområdet som kan bidra till att skapa en bättre överblick över kvalitet och resultat i kommunerna samt förbättra kvaliteten över tid. Den bör vara relevant i olika sammanhang och för olika leverantörer. Indikatorerna bör inriktas på att mäta utfall snarare än på input.

¹⁰⁹KRONEMAN, M. m.fl. (2016). Översyn av Nederländernas hälso- och sjukvårdssystem, Health System in Transition, vol. 18:2, pag. 187



- Minskningen av antalet indikatorer så att kvalitetsbedömningen blir enkel, igenkännlig och lättbegriplig.

I Norge har den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet följande mål¹¹⁰:

- Färre patientskador.
- Bättre patientsäkerhetskultur.
- Varaktiga strukturer för patientsäkerhet och kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården.

När det gäller ramen för det nationella systemet¹¹¹ med kvalitetsindikatorer är de viktigaste målen följande:

- Inkludera alla sektorer och discipliner som påverkar hälsan,
- Visa indikatorer inom alla kvalitetsaspekter för olika hälso- och sjukvårdstjänster och ämnesområden,
- Mäta tjänsternas kvalitet, rättigheter och praxis i enlighet med befintliga riktlinjer och befintlig lagstiftning,
- Mäta effekterna av genomförandet och förändringar inom hälso- och sjukvården,
- Analysera utvecklingen och eventuella negativa trender,
- Visa resultat för de olika målgrupperna,
- Stödja en kontinuerlig förbättring av tjänsterna.

I Skottland utvecklades båda kvalitetsramverken för att anpassa inspektionerna till de nya hälso- och sjukvårdsstandarderna. För båda målen syftar de olika fastställda målen till att

- Ge stöd vid inspektioner
- Göra en övergripande utvärdering av var och en av de viktigaste frågorna i inspektionerna.
- Stödja vård- och omsorgstjänster vid självutvärdering
- Stödja öppenhet och insyn i inspektionen.

I Kanada (Ontario) är det främsta målet för hem- och samhällsvård att göra det möjligt för människor med hälsobehov och funktionella behov att maximera sitt oberoende och må bra i sina hem och samhällen. Som vägledning för sitt arbete fastställde expertpanelen följande mål¹¹², principer och möjliggörande faktorer:

- Patienten först
- Enskilda personer och deras anhörigvårdare samarbetar med vårdgivare för att utveckla och genomföra en vårdplan.
- Vårdplanen är inriktad på vad som är viktigast för individen och anhöriga.
- Rättvis vård
- Vårdgivare, beslutsfattare och finansiärer ger rättvis tillgång till vård av hög kvalitet i hela

¹¹⁰<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Haningsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Haningsplan%20for%20forasient%20sikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)

¹¹¹<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten?nedladdning=falsk> (2018)

¹¹² http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf



- provinsen.
- Orättvisor åtgärdas genom att man tillämpar ledande metoder och fördelar resurser strategiskt.
 - Vård av hög kvalitet
 - Individer och anhörigvårdare förstår vad de kan förvänta sig av hem- och samhällsvård.
 - Vårdgivarna tillhandahåller konsekvent vård av hög kvalitet i överensstämmelse med bästa tillgängliga uppgifter.

4.2. Används bedömningsramarna i stor utsträckning och vad underlättar användningen av dem (övervakas användningen av ramarna)?

I Nederländerna är kvalitetsramverket för vård i hemmet ett allmänt använt verktyg. Detta ramverk utgör den rättsliga grunden för kvaliteten på vård i hemmet.¹¹³ Kvalitetsramverket för vård i hemmet anger att förtroende och en känsla av egenansvar är avgörande för genomförandet av ramverket. Ramstrukturen, med en förteckning över de åtta temana för tjänster av god kvalitet, underlättar användningen av ramverket.

I Danmark ska den bedömningsram som valts genomföras nationellt. Det finns olika målgrupper som identifierats för användningen av denna ram: leverantörerna, användaren, kommunfullmäktige och den nationella regeringen.

Den viktigaste underlättande faktorn är den gemensamma överenskommelsen om det begränsade antalet specifika indikatorer, utvecklingen och genomförandet av en nationell standard, som gör det möjligt att jämföra indikatorer och ta fram dem automatiskt och att det finns en gemensam handlingsplan.

I Norge genomförs handlingsplanen i den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet på nationell nivå. Tillämpningen underlättas av Norges råd för hälso- och sjukvårdssektorn, mötena med ledarna för de regionala hälsomyndigheterna och de möten som anordnas med direktören för regionala vårdcentraler.

Dessutom kommer ett nytt yrkesråd för patientsäkerhet och patientförbättring att ge råd om strategiskt viktiga frågor och processer som är relevanta för handlingsplanen.

När det gäller ramen för det nationella systemet med kvalitetsindikatorer används den också i stor utsträckning och anger följande målgrupper¹¹⁴.

- Politiskt ledarskap och nationella myndigheter,
- Hälso- och sjukvårdsförvaltning och chefer på högre nivå inom hälso- och sjukvården.
- Hälso- och sjukvårdspersonal och ledare inom hälso- och sjukvården på lokal nivå.
- Patienter och släktingar,
- Forskare, studenter och föreläsare.
- Allmänheten.

Användningen av denna ram underlättas också av externa samarbetsinsatser. Till exempel bidrar den

¹¹³Kramp, R. (2018). Kvalitetsramen för vård och omsorg i hemmet En förberedande studie för att förstå genomförandet av personcentrerad hälso- och sjukvård: Vilka faktorer är inblandade och hur upplever kunderna vård? ”, University of Twente, s. 1.

¹¹⁴<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten?nedladdning=falsk> (2018)



operativa referensgruppen, som leds av sekretariatet vid det norska hälsodirektoratet, till att förankra arbetet i hälso- och sjukvårdssektorn.

När det gäller Skottland hittades ingen information om hur utbredd användningen är. Ramverken är detaljerade, heltäckande och lätta att följa, vilket kan uppmuntra vårdgivare att aktivt delta i självskattningar genom att använda dem som riktlinje. De ger också varje kvalitetsindikator en verktygslåda för granskning och förbättring, med ett stort antal användbara resurser, riktlinjer och publikationer.

Slutligen är ramen för vård och omsorg i Ontario särskilt integrerad på regional nivå. Det viktigaste verktyget i detta fall är själva ramverket. Tillsammans med rapporten ”Home Care Indicators”, som tillhandahålls av Health Quality Ontario, ger den en ganska detaljerad och heltäckande bas för insamling och analys av uppgifter.

4.3. Vilka kriterier/vilka metoder används för att välja indikatorer (t.ex. vetenskaplig litteratur) och processer (t.ex. konsensusskapande)? Vilket eller vilka underliggande fenomen pekar den på?

I Nederländerna är vård av hög kvalitet personcentrerad och säker. Olika källor ger vårdgivare och vårdpersonal information om vad som är viktigt för deras kunder och var det finns potential för förbättringar. Uppsättningen indikatorer utvecklades i arbetsmöten med yrkesverksamma. De rådfrågade naturligtvis olika berörda parter, men utgångspunkten var vårdpersonal, sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och specialister inom geriatrisk medicin som arbetar inom vård- och omsorgssektorn.

Precis som under rapporteringsåret 2019 gäller tre obligatoriska indikatorer för rapporteringsåret 2020 avseende grundläggande säkerhet:

- Förhandsplanering för vård och omsorg (AVS)
- Diskutera medicineringsfel inom teamet
- Var uppmärksam på mat och dryck

Dessutom finns det sju valfria indikatorer. Av dessa valindikatorer måste minst två väljas. Hälso- och sjukvårdspersonal och vårdorganisationer bestämmer för sig själva vilka indikatorer dessa är.

I Danmark samlades uppgifter in från olika källor. De två viktigaste var expertpanelen och den information som tillhandahölls av vårdgivare.

I Norge hittades inga uppgifter om den logiska grund och de processer som använts för att välja indikatorerna i det ovannämnda ramverket.

I Skottland utvecklades ramarna för anpassning till den nya versionen av standarderna för hälsa och social omsorg, ”mitt stöd, mitt liv”. Dessa offentliggjordes 2017 och trädde i kraft 2018.

Ontario följer riktlinjerna för Health Quality Ontario för att välja ut indikatorer, som måste ha sju viktiga egenskaper. De måste vara viktiga, mätbara, angripbara, evidensbaserade, genomförbara, tolkningsbara, och framför allt måste de uppnå en viss kvalitetsnivå.

I tabell 11 nedan ges mer information om den analysnivå som ingår i de bedömningsramar som presenteras. Tabellen visar också de indikatorområden som behandlas på olika analysnivåer, den typ av indikatorer som används samt de mål som fastställts för varje indikator för att jämföra vårdgivarnas resultat (om tillämpligt).



Tabell 11 Beskrivning av indikatorsystem för varje ram

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Kvalitetsramar (namn)	Kvalitetsram för vårdhem) och anpassningshem enligt WLZ (Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg)	Rekommendationer för utveckling av kvalitetsindikatorer för äldreomsorg (2019) (Anbefalingertil udvikling af kvalitetsindikatorer i ældreplejen)	Nationell handlingsplan för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet (Nasjonal Handlingsplan for Kvalitet-Forbedring og pasientsikkerhet) ^{115 116} Ram för nationellt system för kvalitetsindikatorer (rammeverk for Nasjonalt kvalitets-indikatorsystem for Helse)	Quality framework Support Services – Care at Home (2020) Quality framework for care homes for older people (2018)	The Levels of Care Framework (2017)
Vilka analysnivåer ingick i bedömningsramen?	Ramverket beskriver vårdens kvalitet på mikro-, meso- och makronivå. <ul style="list-style-type: none"> Mikronivå: ramen beskriver vad kunden kan förvänta sig den dagliga interaktionen med vårdgivare (kärlek, personcentrerad vård och omsorg av hög kvalitet) och beskriver de kvalitetselement som är viktiga för klientkontakten och i (tvärvetenskapligt) samarbete. Meso-nivå: Ramverket fastställer de villkor som hälso- och 	EJ TILLÄMPLIGT	För bedömning. <ul style="list-style-type: none"> I den nationella handlingsplanen definieras mätbara kvantitativa mål. Indikatorerna i den nationella handlingsplanen är på makronivå (för hela landet). Kommuner, regioner och företag som arbetar med hälso- och sjukvård måste fastställa sina egna mål utöver att följa nationella riktlinjer. Kommunernas och regionernas mål bör ta fasta på lokala utmaningar.	<u>Tjänster i hemmet</u> Alla nyckelfrågor (och kvalitetsindikatorer framlagda i ramarna är inriktade på mikronivå, eftersom de kretsar kring identifiering av kvalitetsindikatorer omkring patienters välmående, ledarskap, personal och allmän organisation kring personlig planering och graden av delaktighet i vårdplanering. Ramverket är främst inriktat på att hjälpa vårdgivare med självutvärdering av tjänsternas kvalitet, varför den är ganska detaljerad när det gäller analysens aspekter.	Alla indikatorer som presenteras ¹¹⁵ är inriktade på mikronivå, eftersom hela programmet kretsar kring patienterna. Den huvudsakliga analysnivån ligger kvar på mikronivå. <ul style="list-style-type: none"> Ramverket är på sju nivåer och är utformat för att hjälpa till att identifiera och tillgodose de funktionella behoven hos vuxna behov av hjälp under längre tid.

¹¹⁵<https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf> (2019)

¹¹⁶http://health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/loc_report_2017.pdf



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	sjukvårdsorganisationen måste ha för att kunna ge bästa möjliga stöd för vård på mikronivå				
Vilka indikatorområden behandlas på de olika analysnivåerna?	<p>Den innehåller två klassifikationer:</p> <p>Kvalitet och säkerhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> personlig omvårdnad och stöd, boende och välbefinnande, säkerhet, lärande och att förbättra kvaliteten. <p>Förutbestämda teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> ledarskap, styrning och förvaltning, norm för personal, användning av resurser och användning av information. 	<p>Mot denna bakgrund föreslår arbetsgruppen att indikatorerna ska omfatta följande teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> Funktion Kvalitet av liv och tillfredsställelse Samstämmighet och förutsägbarhet Inom vart och ett av de tre temana har arbetsgruppen bedömt möjligheten att utveckla indikatorer på grundval av hälsoregisteruppgifter och användarnöjdhet. I detta sammanhanget har också bedömts när uppgifter kommer att finnas tillgängliga. 	<p><u>Nationella insatser för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet</u></p> <p>De följande områdena är specificerade för varje kvantitativt mål som finns i ramverket Plan¹¹⁷:</p> <ul style="list-style-type: none"> Skador hos patienter Infektioner Översyn av narkotika Överlevnad Patientsäkerhetskultur <p><u>Ramverk för nationellt system för kvalitetsindikatorer</u></p> <p>För referensramen för kvalitetsindikatorer specificeras följande kvalitetsdimensioner¹¹⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> Effektivitet Säkerhet och trygghet Användarengagemang Samordning/kontinuitet Resursutnyttjande Tillgänglighet och rättvisa 	<p><u>Tjänster i hem- och vårdhem</u></p> <p>Alla indikatorer gör det möjligt att fastställa eventuell förbättringskapacitet. De 7 nyckelfrågorna tar upp följande aspekter:</p> <ul style="list-style-type: none"> KQ 1: patientens välbefinnande KQ 2 kvalitet på ledarskap. KQ 3 personalbedömning. KQ 4 utbildningens kvalitet (denna parameter tas endast upp i ramen för vårdhem) KQ 5 Kvalitet i vårdplanering. KQ 6: på grundval av tidigare KQ, vårdgivarna bör ange var och hur de tjänster som tillhandahålls kan förbättras. KQ 7: kvaliteten på den vård som tillhandahålls under COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Där är två specifika områden som ingår i systemet med indikatorer för hemvård i Ontario: Den första omfattar alla indikatorer och fokuserar på kvalitet och säkerhet. Den andra tillämpas individuellt och fokuserar på ansvarsskyldighet.

¹¹⁷<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20Helseplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)

¹¹⁸<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten?download=false> (2018)



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Finns det process-, resultat- och utfallsindikatorer?	Ja, eftersom det bara finns 3 grundläggande indikatorer erbjuder de båda kvalitativa och kvantitativa åtgärdsalternativ, vilket ger inblick i alla tre typerna: process, resultat och resultat.	De valda indikatorerna är utfallsindikatorer. Målet är att kunna mäta resultatens kvalitet och inte bara insatsfaktorer, även om insatsfaktorer fortfarande är viktiga för prioritering, planering och genomförande. Mycket input-data är redan tillgängliga.	<u>Nationella insatser för kvalitetsförbättring och patientsäkerhet</u> De kvantitativa målen är inte tydligt uppdelade i processer, resultat och utfalls-indikatorer. <u>Ram för nationellt system för kvalitetsindikatorer</u> Indikatorer i ramverket delas in i struktur-, process- och resultat-indikatorer ¹¹⁹ . Många indikatorer förtecknas också med mål (riktmärken).	Ja, det finns. Var och en av KQ har ett antal kvalitetsindikatorer (QI) knutna till dem. Dessa frågor kan vara kopplade till olika faser av vården och ge insikt om alla tre typerna: process, resultat och utfall.	Det finns tre typer av indikatorer i systemet för hemsjukvård: <ul style="list-style-type: none">▪ Resultat/kärnindikatorer▪ Processindikatorer.▪ Bakgrundsindikatorer
Finns det fastställda mål för varje indikator som riktmarke för vårdgivarnas prestationer?	Det finns särskilda mål för varje indikator för att mäta vårdgivarnas resultat. I ramverket uppdateras målen årligen i den så kallade handboken för grundläggande säkerhetsindikatorer i hemmet, vård och omsorg. Den senaste versionen är daterad 2020. Exempel: "Procentuell andel patienter som har trycksår i kategori 2 eller högre" Mål: "Proportionell ökning av antalet avdelningar med kategori 2-patienter." Mål: Proportionell ökning totalt antal avdelningar i vården	Det är möjligt att det kommer att fastställas mål och målvärden. Denna information är dock inte tillgänglig för allmänheten vid denna tidpunkt.	Ja, för några (inte alla) indikatorer, och ofta relaterade till sjukhusvistelse.	Tjänster i hem- och vårdhem Eftersom målet är att identifiera och förbättra särskilda aspekter av vårdverksamhet kan det finnas fastställda mål och riktmärken men dessa anges inte offentligt i ramverken. Det enda som finns tillgängligt är målgrupper, t.ex. patienter.	Indikatorerna för hemvård i Ontario ger detaljerade beskrivningar och information om de mål som varje indikator bör nå, med angivande av riktmärkena för var och en av de åtta indikatorerna. Exempel: Indikator: Återbesök inom trettio dagar efter utskrivning för hjärtfel (CHF, Congestive Heart Failure). Mål: Tio procents relativ minskning från år till år.

¹¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten> (2018)



4.4. Hur används indikatorer för att styra beslut för att förbättra kvaliteten?

I Nederländerna bidrar indikatorernas resultat på ett värdefullt sätt till diskussionen om kvalitet och förbättringscykeln i den tvärvetenskapliga gruppen. Hälso- och sjukvårdspersonal pekar på frågor som behöver förbättras, bland annat problem i arbetsplanerna. En annan mätning i indikatoruppsättningen ger en inblick i framstegen när det gäller insamling och analys. Slutligen kan indikatorerna också styra förändringar på organisatorisk och politisk nivå, eftersom de bör diskuteras årligen.

I Danmark kan de berörda parterna använda indikatorer på flera sätt. Kommunerna kan använda indikatorerna för kvalitetsförbättring och prioritering och förmedla kunskap om sambandet mellan insatser och effekt. Uppgifterna kommer att delas upp, t.ex. efter geografiska områden och typer av insatser för att göra den analys som är lokalt relevant. På nationell nivå kommer indikatorerna att skapa insyn i kvaliteten på äldreomsorgen och kan användas för att fokusera på relevanta aspekter av kvalitetsförbättringar och för att vägleda den nationella politiken.

I Norge använder det nationella hälsoinstitutet indikatorerna för ytterligare utredningar och rapporter om hälso- och sjukvård och patientsäkerhet. Indikatorerna underlättar dessutom prioriteringen för myndigheter och chefer (vissa av dem visar till exempel skillnader mellan kommuner som kommer att övervägas för kommande år.

När det gäller Skottland åtföljs var och en av kvalitetsindikatorer (QI) av en rad kvalitetsillustrationer som sträcker sig från *mycket bra* till *svaga*. Dessa ger en kort beskrivning av vilken typ av tjänst som förväntas utifrån kvalitet. Beroende på vilken poäng som tilldelas varje aspekt kommer inspektörerna att utfärda rekommendationer om vilka delar som behöver förbättras ytterligare. I självskattningarna kan vårdgivarna också fastställa vilka aspekter som fått de lägsta poängen, vilket kräver kvalitetsförbättringar. Varje kvalitetsindikator kombineras också med en verktygslåda för granskning och förbättring, där det anges hur en viss tjänst kan förbättras i fråga om kvalitet. Den tillhandahåller också en rad resurser som syftar till att utveckla specifika delar av tjänsten.

I Ontario bedöms slutligen utvärderingen av omsorgsramen och tillhörande förfaranden på grundval av fastställda indikatorer för att säkerställa att vårdsystemet upprätthåller en standard när det¹²⁰ gäller rättvis tillgång till tjänster baserade på behov, vård av hög kvalitet, mer konsekvent vård, ökat förtroende för och förtroende för systemet bland allmänheten, och – viktigast av allt – att maximera oberoendet och hjälpa personer med funktionella behov att må bra hemma. Se tabellerna 14–18 i bilaga 1 för presentation av relevanta indikatorer per land.

120 <https://hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/home-care-indicator-review-report-2017.pdf>



5. INSAMLING AV UPPGIFTER

I följande avsnitt beskrivs särdragen i datainsamlingsprocessen i vart och ett av länderna. Den syftar också till att tillhandahålla relevant information om hur uppgifterna matas tillbaka till dem som ursprungligen tillhandahöll dem och till att analysera de primära användningsområdena för dessa data när de har samlats in.

5.1. Infördes datainsamlingskrav för genomförandet av bedömningsramarna?

I Nederländerna är vårdgivare enligt lag skyldiga att tillhandahålla indikatorer på vårdens kvalitet varje år som ska lämnas in till den offentliga databasen (ODB) vid det nationella hälso- och sjukvårdsinstitutet (ZINL).

Uppgifterna lämnas via en ”datamäklare”. En datamäklare är en tillförlitlig tredje part som erbjuder tjänster för att säkerställa tillförlitligheten i utbytet av uppgifter mellan parterna. På uppdrag av ActiZ är mäklarens uppgift att organisera alla enskilda rapporter från varje hemvårdsorganisation.

I Danmark håller kommunerna på att införa ”Det gemensamma språket III” (FSIII). FSIII är en gemensam kommunal dokumentationsstandard som stöder en strukturerad och mer enhetlig dokumentation av medborgarnas insatser och behov. Detta förväntas skapa en mer enhetlig registreringspraxis och därmed förbättra uppgifternas kvalitet.

I Norge tillhandahåller kommunal hälso- och sjukvård uppgifter årligen¹²¹.

I den nationella handlingsplanen för kvalitetsförbättring föreslås en vidareutveckling av systemen för elektronisk datainsamling¹²².

I slutet av 2019 fanns det 20 olika uppgiftslämnare som behandlade och levererade uppgifter för det nationella (övergripande) systemet med kvalitetsindikatorer.

I Skottland sker datainsamlingen för båda ramverken i samband med inspektioner som utförs av Care Inspectorate i stället för den äldre metoden ”inspektion mot teman och uttalanden”. Inspektörerna behöver inte titta på alla 7 nyckelfrågor (KQ) vid varje inspektion. Vilka kvalitetsindikatorer (QI) som kommer att användas beror på typen av inspektion, tjänstens kvalitet, den information som hälso- och sjukvårdsinspektionen har om tjänsten och eventuella riskfaktorer. Inspektörerna kommer att genomföra en inspektion efter de utvalda nyckeltalen och indikatorerna och utvärdera var och en av dessa på en sexpunktsskala (utmärkt – mycket bra – bra – tillräcklig – svag – otillfredsställande). Utvärderingen kommer att baseras på specifika kvalitetsindikatorer (QI):

- Om endast en QI per KQ inspekteras kommer utvärderingen av den QI att vara utvärderingen för KQ.
- Om mer än en QI per KQ inspekteras kommer den övergripande utvärderingen för KQ att vara den lägsta av QI för den specifika KQ.

¹²¹<https://www.ssb.no/en/helse/statistikker/helsetjko/aar>

¹²²https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Haningsplan%20för%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Haningsplan%20för%20-försient sikkerhet %20og%20-kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf (2019).



Tjänster i hemmet

I rambestämmelserna anges emellertid att det är sannolikt att QI 1.1, 1.2 och 1.3 alltid kommer att inspekteras.

Kvalitetsram för äldreboenden

I denna ram anges att det är sannolikt att QI 1.1, 1.2, 1.3 och 5.1 alltid kommer att inspekteras.

I Ontario är kraven på insamling av uppgifter uttryckliga i den ursprungliga vårdnivårapporten. För bedömningen krävs datainsamling för att presentera ett tillgängligt och lättanvänt självskattningsverktyg för enskilda personer och anhängvårdare och en lättläst sammanfattning av bedömningsresultaten och rekommendationerna som delas med personen och, med personens samtycke, deras anhängvårdare, primärvårdsleverantör och andra vårdgivare.

Tabellen nedan (tabell 12) innehåller ytterligare information om den övergripande processen för att definiera och använda uppgifterna (från den ursprungliga registreringen till de slutliga aggregerade resultaten). Dessutom beskrivs de befintliga hindren för insamling av uppgifter och eventuella tekniska problem som behöver åtgärdas för att garantera indikatorernas giltighet.



Tabell 12 Processen för insamling av uppgifter

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Process (er) för att definiera/använda insamlingen av uppgifter	De uppgifter som behövs för att uppfylla kraven på dessa indikatorer samlas in av vårdgivare enligt en handbok utfärdad av National Health Care Institute.	I och med genomförandet av FSIII klassificeras data i områden där uppgifterna hittills inte har strukturerats. FSIII tillhandahåller på så sätt en möjlighet till aggregering av uppgifter från organisationer och kommuner som tidigare endast har varit tillgänglig på en icke aggregerad och därmed sekretessbelagd nivå.	Det Norska Patientregistret är en del av processen för att samla in uppgifter samt det nyinrättade kommunala patient- och användarregistret. Ett annat är Norges organ för ersättning av patientskador, som samlar in uppgifter om patientskador och publicerar årsrapporter.	<u>Tjänster i hem- och vårdhem</u> Vård och omsorg Inspektoratet, tillsammans med den sociala omsorgen, har utvecklat ett ramverk för självutvärdering och kvalitet, baserad på den skotska regeringens standarder för hälso- och sjukvård och social omsorg. Alla typer av tjänster förväntas bli utvärderade enligt dessa standarder. Uppgifterna samlas in i enlighet med gällande kvalitetsindikatorer (QI). Efter insamlingen analyseras vård- och omsorgsinspektionen för att hjälpa till att förstå den kvalitetsnivå som inspektionen söker. Information om exakt hur data samlas in och analyseras är inte offentligt tillgänglig. Huvudsyftet är att hjälpa vårdgivare att förbättra	Ontario, som exempel, ser över och ändrar sina indikatorer vartannat år. När indikatorerna kan användas inleds insamlingen av uppgifter, inte bara med hjälp av olika vårdinstitutioner, utan även med aktivt deltagande från patienter och anhörigvårdare. När alla uppgifter är insamlade lämnas de till de viktigaste myndigheterna, såsom Health Quality Ontario, där de analyseras för att tillhandahålla slutliga resultat och information.



				<p>kvaliteten på deras tjänster och fortlöpande utvärdera framsteg när det gäller stöd till personal, patienter och familjer¹²³</p>	
<p>Verktyg/programvara som används för beräkning och övervakning av indikatorerna</p>	<ul style="list-style-type: none"> Alla hemvårdsorganisationer använder samma frågeformulär: The handbook of Nursing Home Care Basic Safety Indicators. Utöver handboken finns det gemensamma mallar i syfte att organisera informationen. 	<p>Nationella it-lösningar som leder till att det är möjligt att automatiskt extrahera och jämför uppgifter. Några är skapade och genomförda enligt förutsättningarna i The Common Language III (FSIII)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Databaser för kvalitetsindikatorer beställs från olika leverantörer och register. Indikatorer beräknas av uppgiftslämnare med tillstånd att koppla samman olika datakällor.¹²⁴ Ingen information hittades om specifik programvara som använts. 	<p>Tjänster i hem- och vårdhem</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingen programvara behövs för att beräkna indikatorerna, eftersom den bygger på en sexpunktsskala. Resultat är offentligt tillhandahållna i rapporterna som kan nås via The Care Inspectorate's webbplats.¹²⁵ 	<p>Verktyg/produkter för rapportering:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rapport från CQA. Kvalitetsövervakning <p>Källor. Exempel:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kund och Anhörigvårdare Erfarenhetsutvärdering Enkät från OACCAC DAD Stats Canada LHIN Befolkningsdata Samråd med experter Ansvarsfrihet Sammanfattning Databas (DAD), MOHLTC DAD, RPDB och PSTLYEAR Databas för HemVård och omsorg (HCD), CIHI-DAD och NACRS från ICES
<p>Hinder för insamling av uppgifter om vårdkvalitet från vårdgivare och hälso- och sjukvårdsmyndigheter</p>	<p>Eftersom varje organisation är ansvarig för insamling av uppgifter och val av vissa indikatorer, blir datainsamlingsprocessen ibland förvirrande. Men siffror som den datamäklare som nämns tidigare möjliggör rätt</p>	<p>För vissa indikatorer varierar uppgifternas kvalitet mellan kommunerna. Detta ska elimineras med hjälp av FSIII, men har ännu inte införts. Det bör noteras att det inte finns någon</p>	<p>Datainsamling är en utmaning, särskilt på kommunal nivå då de lokala systemen för registrering av uppgifter varierar. Rapportering till flera olika aktörer utgör också en utmaning.</p>	<p>Inga uppgifter finns tillgängliga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ett av de största hindren för att minska bedömningsarbetet och optimering av vården är det besvärliga sättet att dela information mellan medlemmarna i vårdgruppen. För att tillhandahålla personcentrerad vård i hemmet och i närsamhället måste

¹²³ <https://www.careinspectorate.com/index.php/inspections>

¹²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten?download=false> (2018)

¹²⁵ <https://www.careinspectorate.com/index.php/site-search>



	insamling och enhetlighet i uppgifterna.	rapporteringskyldighet för privata vårdgivare. Privat hemvård och omsorg är uppskattningsvis cirka 15 % av den totala hemhjälpen som tillhandahålls. Brister i rapporteringen från privata vårdgivare kan leda till en skev bild av den övergripande kvaliteten.	Olika ambitionsnivåer för tillhandahållande av vård i olika kommuner minskar också jämförbarheten mellan kommuner.		systemet utveckla rutiner och informationssystem som gör det möjligt för alla medlemmar att dela information i realtid. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Läsplattebaserad registrering kommer att säkerställa att alla som tillhandahåller vård i hemmet kan registrera uppgifter vid den tidpunkt då vården tillhandahålls, så att dokumentationen alltid är aktuell. I förekommande fall bör olika system kunna ”prata” med primärvårdens och omsorgens journalsystem. ▪ Alla informationssystem som utvecklats för att stödja vård och omsorg i hemmet bör också se till att information finns tillgänglig för de personer som får vård och deras vårdgivare.
Tekniska frågor som ska behandlas för att fastställa indikatorernas statistiska giltighet	Skillnader mellan indikatorer som analyseras i en eller annan organisation kan ses som en teknisk fråga för användningen av ramverket.	Det finns en tendens att luckor uppstår i rapporteringen av uppgifter när kommunerna byter it-leverantör eller nya nationella register införs. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omfattningen av luckorna i datarapporterna varierar både när det gäller omfattning och tid, men kan vara omfattande och på så sätt ha stor betydelse för kommunala insatser på äldre- och hälsoområdet. 	Inga uppgifter.	Inga uppgifter	Inga uppgifter



5.2.Mekanismer för återkoppling till berörda parter och användare. Hur matas uppgifterna tillbaka till dem som ursprungligen tillhandahöll dem? Är de tillgängliga kontinuerligt för alla som deltar i systemet? Vilka är de huvudsakliga användningsområdena för data?

Som beskrivs i tabellen ovan har varje land sina egna mekanismer för insamling av uppgifter. Som avslutning på detta avsnitt nedan finns det viss ytterligare information om hur uppgifterna återkopplas till dem som ursprungligen lämnade dem och om den primära användningen av sådana uppgifter i de fem länderna.

I Nederländerna står berörda parter i ständig kontakt med vårdgivare. Varje år möts alla i syfte att utbyta erfarenheter, med möjlighet att uppdatera uppsättningen indikatorer. Användarna kan komma åt denna debatt genom att använda offentliga mekanismer såsom klagomål eller genom att tala med sina företrädare.

I Danmark innehåller systemet en uppsättning mekanismer som särskilt riktar sig till patienter för att ge återkoppling om deras erfarenheter. Berörda parter får båda rapporter med hjälp av information som samlats in från patienter och vårdgivare.

I Norge, på grund av landets öppenhetsnormer, lämnas resultaten från kvalitetsindikatorerna regelbundet in på Hälso- och sjukvårdens webbplats för att befolkningen i allmänhet ska hållas informerad¹²⁶. Dessutom anges i handlingsplanen att kommunerna kommer att bidra till utvecklingen och införandet av mät- och återkopplingssystem som är relevanta för kommunala hälso- och sjukvårdstjänster¹²⁷.

När det gäller Skottland fanns det ingen information tillgänglig om återkopplingsmekanismer till berörda parter och användare.

När det gäller Ontario räknas vårdnivåerna med ett system som inte bara rapporterar information till myndigheterna utan även till resten av befolkningen, i enlighet med särskilda riktlinjer för öppenhet.

¹²⁶<https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000ddpdfs.pdf> (2019)

¹²⁷<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/malinger/global-trigger-tool-gtt/hva-er-global-trigger-tool> (2019)



6. Effekterna av ramverken för bedömning

6.1. Finns det skillnader och likheter mellan ”god praxis” för varje vårdmiljö? Överlappar ramverken varandra?

Varje land definierar ”god praxis” på olika sätt. De har dock alla ett gemensamt behov av att tydliggöra ramverkens personcentrerade karaktär. Nederländerna, Danmark, Norge, Skottland och Ontario upplever överlappningar mellan olika ramverk, eftersom alla, även med stora skillnader, strävar efter kvalitetsförbättringar i hälso- och sjukvårdssystemet och att så många människor som möjligt ska ges goda förutsättningar för ett hälsosamt, välfungerande och högkvalitativt liv. Genom införandet av detta system skjuts behovet av offentligt stöd upp.

Se tabell 13 nedan för mer information om god praxis för varje vårdmiljö.

6.2. Har det gjorts en uppföljning för att se till att bedömningsramarna används/har uppnått de fastställda målen? Finns det en kontinuerlig förbättringsprocess för ramarna? Hur integrerades ramarna i styrningsprocessen för kontinuerlig förbättring av vårdkvaliteten (instruktioner och stöd till vårdgivare när de använder bedömningsramarna för fortsatt kvalitetsförbättring)?

Bedömningsramarna är föremål för uppföljning för att säkerställa att resultaten uppfyller sina höga mål. De nederländska, danska, norska, skotska och Ontarios ramverken ses över och uppdateras regelbundet av de nationella och lokala myndigheterna för att förbättra hela processen och skapa en mer hållbar process. Dessutom förutspås kontinuerliga förbättringar av vårdkvaliteten.

När det gäller instruktioner och stöd till vårdgivare väljer varje land vad som är lämpligast i enlighet med sin egen politik och lagstiftning.

I tabellen nedan (tabell 13) finns ytterligare information om utvärderingsramarnas uppföljnings- och förbättringsprocesser.

6.3. Hur används resultaten från ramverken för att uppmuntra politiska åtgärder?

Ontarios ram används för att uppmuntra politiska åtgärder tack vare dess kontinuerliga bedömning och rekommendationer om bästa praxis för att bidra till utvecklingen av en bedömningspolicy.

Se tabell 13 nedan för mer information om användningen av de olika ramarna och hur de uppmuntrar politiska åtgärder.



Tabell 13 Inverkan av bedömningsramen

	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
Analys av ”god praxis” för varje vårdmiljö	<ul style="list-style-type: none">Ramverket erbjuder en mycket omfattande uppsättning av indikatorer, med goda möjligheter till att välja särskilda indikatorer som kan anpassas för att bättre spegla situationen för olika organisationer.	<p>Ramverket begränsar antalet kvalitetsindikatorer till 3 och kombinerar olika användarnöjd-hetsenkäter i syfte att standardisera användningen för olika aktörer och situationer och därmed möjliggöra jämförelser. Med genomförandet av en ny dokumentationsstandard är syftet att eliminera skillnader i definitioner mellan vård och omsorgsgivare och på olika nivåer i kommunerna. Detta kommer att möjliggöra bättre utbyte av goda exempel, jämförelser och anpassning av vården. Indikatorerna ska dock fortfarande användas på kommunal nivå och enhetsnivå för kvalitetsförbättring, planering och genomförande. Kommunerna är i stor utsträckning självständiga och syftet är inte att helt standardisera vården mellan kommunerna.</p>	<ul style="list-style-type: none">Inga uppgifter.	<p>Tjänster i hem- och vårdhem Dessa ramverk innehåller en mängd kvalitetsillustrationer, där det är specificerat hur ”bra” kvalitet och ”dålig” kvalitet skulle se ut. Även exempel på förbättringar tillhandahålls för varje kvalitets-indikator (QI).</p> <ul style="list-style-type: none">Båda dessa verktyg gör det lättare att identifiera och följa de goda exempel som beskrivs i ”The Health and Social Care Standards” och i kvalitets-ramverket.	<ul style="list-style-type: none">Den nya samordning som programmet Health Ontario innebär är ett bra exempel på bra effektivitet, sammanslagning av olika hälsomyndigheter under samma paraply och hur man på det viset undviker att det uppstår brister i kommunikationen dem emellan.
Bedömnings-uppföljning	<p>Indikatorer debatteras varje år. De indikatorer som mättes under 2020 utvärderas till exempel på följande sätt:</p> <ul style="list-style-type: none">Indikatorernas giltighet och tillförlitlighet.I vilken utsträckning	<p>Indikatorerna ska ses över varje år med medverkan från både kommuner och staten när indikatorer finns på plats och rapporteras.</p>	<p>På nationell nivå specificerar handlingsplanen för hur kvalitets- och patientsäkerhetsplanens mål och verksamhet ska följas upp</p>	<p>Tjänster i hem- och vårdhem En del av syftet med vägledningen för inspektörerna är att det blir möjligt att genomföra självvärderingar av verksamheten.</p>	<p>Det utvecklades ett kort standardiserat bedömnings-verktyg som vårdsamordnare kan använda vid uppföljande besök för kvalitetskontroller.</p>



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
	<p>indikatorerna är lämpliga för hälso- och sjukvårdspersonal och vårdpersonal att lära sig och förbättra sig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Detta är en del av utvecklingsagendan för styrgruppen för grundläggande säkerhetsindikatorer. 		<p>regelbundet för att se till att målen uppnås.¹²⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Det norska hälsodirektoratet samordnar uppföljningen av handlingsplanens mål och åtgärder ▪ Det nationella folkhälsoinstitutet bidrar till ökad användning av kontrollerade utvärderingar inom hälso- och sjukvård och uppföljande forskning ▪ Utvärdering och dialog på kommunal nivå utgör också viktiga delar av uppföljningen av bedömningen. ▪ Regionala vårdtruster deltar också i uppföljningen av patienters säkerhet och de utför uppföljnings-studier på patientskador och förbättringsåtgärder 	<p>Självutvärdering beskrivs som central för kontinuerlig förbättring och tillåter vårdgivare att reflektera över situationen och inse vad som görs väl och vad som behöver förbättras.</p> <p>The Care Inspectorate bistår också med en Vägledning för självutvärdering.¹²⁹</p>	<p>Expertpanelen fick också råd om användningen av det övergripande ramverket.</p>
Hur var ramverket integrerat i styrningsprocessen för kontinuerlig	<p>Genom att genomföra dem på institutionell nivå genom ”The National Institute of Health Care”, en av de viktigaste institutionerna när det gäller</p>	<p>Utvecklingen av indikatorer kommer att följas på nationell nivå för att ange behovet av lämpliga åtgärder. De kommer också att användas på kommunal nivå och belyser</p>	<p>Förordningarna och ramverket specificerar flera åtgärder som ska vidtas för att säkerställa efterlevnad inom förvaltning och och kvalitetsförbättring¹³⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planering 	<p>Tjänster i hem- och vårdhem I båda ramverken kommenterar QI 2.4(<i>personalen leds väl</i>) att där det är nödvändigt, ska legitimerad sjuksköterska ha</p>	<p>Ramverket ingår i de nya institutionella reformer som genomförts i regionen. I ramverket anges att alla frågor som rör det kommer att ses över årligen av en grupp</p>

¹²⁸ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Harningsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Harningsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)

¹²⁹ https://www.careinspectorate.com/images/Self_evaluation_for_improvement_-_your_guide.pdf

¹³⁰ <https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000ddpdfs.pdf> (2019)



	Nederländerna	Danmark	Norge	Skottland	Kanada
kvalitetsutveckling i vården?	kvalitetsbedömning av hälso- och sjukvård.	där behoven i det nuvarande systemet och främjar en förbättring av det.	<ul style="list-style-type: none">▪ Genomförande▪ Utvärdering▪ Anpassning Den Norska Styrelsen för Hälsoövervakning arbetar för att se till att dessa fyra krav uppfylls och kontrollerar efterlevnaden bland regionala hälsomyndigheter.	befogenhet att spela en nyckelroll i att leda sjuksköterskearbetet, inklusive samarbete med annan personal och stöd till all personal när det gäller att tillhandahålla vård av hög kvalitet. Detta gör det möjligt att utveckla ett robust omsorgs-system med tydlig ansvars-fördelning och yrkesansvar, inbegripet klinisk styrning.	experter, vårdgivare och berörda parter. Expertpanelen ombads att utveckla en ram för vård och omsorg som skulle gruppera människor i vårdnivåer, ge råd om deras behov och tjänsteutbud för varje nivå, ge råd om verktyg för att hjälpa till att fördela klienter på vårdnivåer och fördela tjänster samt ge råd om principer för bedömningar i provinserna.
Hur ramverk uppmuntrar politiska åtgärder	EJ TILLÄMPLIGT	Utvecklingen av indikatorer kommer att följas både på nationell och kommunal nivå och användas som underlag för policyutvecklingen.	<u>Nationell Åtgärdsplan för Kvalitets-förbättringar och Patientsäkerhet</u> I den nationella handlingsplanen för kvalitet och patientsäkerhet uppmuntras politiska åtgärder på kommunal och regional nivå. Handlingsplanen uppmuntrar framför allt kommunerna att utveckla fler kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvårdstjänster ¹³¹ . <u>Ramverk för det nationella indikatorsystemet</u> Resultaten av indikatorerna påverkar politiska beslut när det gäller prioritering.	Tjänster i hem- och vårdhem Det var godkännandet av den nya Health and Social Care Standard som aktiverade utvecklingen av dessa kvalitetsramar.	Regionen Ontario har utvecklat ett ramverk som skulle kunna genomföras på nationell nivå. Det ger råd och rekommendationer med goda exempel på bedömningar och förnyade bedömningar som ska ligga till grund för utveckling av bedömningspolicy.

¹³¹<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)



6.4. Har ramarna bidragit till att bättre integrera den vård som ges i vårdhem, i hemmet och i särskilda bostäder i hälso- och sjukvårdssystemet?

Ramverken har i alla analyserade länder i allmänhet bidragit till att förbättra vården på vårdhem, i hemmet och i särskilda boenden.

Nedan följer en kort beskrivning som kommer att kompletteras under utarbetandet av delprojekt 4 (studiebesök) i de två länder som är av störst intresse för Sverige och som ännu inte har valts ut.

Även om det i Nederländerna kan förefalla som om uppgifterna i stor utsträckning inte är helt enhetliga, erbjuder genomförandet av siffror som dataförmedlaren nya möjligheter till integrering av rambestämmelser, eftersom allt ansvar inte enbart läggs på vårdgivare.

I Danmark kommer det, tack vare standardiseringen av data, att bli lättare och enklare för olika aktörer att jämföra och anpassa vårdvägar, politik och initiativ samt samarbeta mellan enheter, sektorer och kommuner.

I Norge är handlingsplanen inte enbart inriktad på långvarig vård och omsorg. Förebyggande av vårdrelaterade infektioner är en viktig del av handlingsplanen och omfattar infektioner som utvecklas under vistelser på vårdhem. När det gäller att integrera vård i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet svarar handlingsplanen direkt mot behovet av att bättre integrera och samordna insatserna i syfte att uppnå större synergieffekter. När det gäller ramen för det nationella indikatorsystemet är det inte heller avgränsat till långvarig vård och omsorg. Den stöder snarare kvalitetsmätningen inom hälso- och sjukvården i allmänhet, samtidigt som den främjar bättre samordning.

I Skottland, det första ramverket som valts ut (Services at Home), syftar det inte bara till att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet, utan tar också hänsyn till både patienternas och de berörda parternas (släktingar, vänner, andra experter) åsikter om val av livsstil, behandling och nödvändigt stöd. Det andra ramverket (vårdhem) syftar till att integrera standarderna för hälso- och sjukvård och social omsorg i den dagliga verksamheten och därmed ge patienter medkänsla, värdighet, respekt och stöd. Patienternas åsikter om erfarenheter, behov och önskemål bör alltid beaktas. De får också möjlighet att utveckla sina intressen, sin verksamhet och sina förbindelser. Invånarna drar också nytta av en övergripande hälsostrategi, gedigen läkemedelshantering, högkvalitativ sjuksköterskevård, gemensam förvaltning och kan delta i processen med att köpa, odla, bereda och servera sin egen mat. Både boende och yrkesverksamma bör delta i översynen av behovsbedömningen. Både personal och invånare har möjlighet att förnya sig och främja en kultur av positivt risktagande. På det hela taget uppmuntras alla berörda deltagare att delta fullt ut för att skapa en hälsosam och välkomnande miljö för invånarna.

Slutligen, Ontario inriktar sitt utvärderingssystem på indikatorerna och deras resultat för att förbättra hela systemet. För att stärka det föreslagna ramverkets personcentrerade karaktär och öppenhet bör enskilda personer och familjer som har deltagit i bedömnings- och vårdplaneringsprocessen och som fortfarande inte instämmer i vare sig den bedömda vårdnivån eller vårdplanen ha möjlighet att i god tid få till stånd en översyn av besluten av exempelvis vårdsamordnarens direkta chef.



7. BILAGA 1: Utvalda indikatorer

Nedan följer en förteckning över indikatorer som identifierats i de länder som kan betraktas som kandidater för bedömning av kommunala hälso- och sjukvårdstjänster i Sverige.

Internationella och nationella hälsorelaterade klassificeringar används för att standardisera hälsodata och lägga grunden för evidensbaserad hälso- och sjukvård. Dessa kan användas för att stödja insamlingen av uppgifter för några av indikatorerna nedan. Sverige har en lång tradition av att använda klassificeringen i strukturerad dokumentation som elektronisk patientjournal (EHR).

WHO har tre referensklassificeringar¹³² som används för att beskriva, rapportera och analysera hälsoinformation. Socialstyrelsen upprätthåller och distribuerar följande hälsorelaterade klassifikationer:

- International Statistics Classification of Diseases and Related Health Problems version 10 (ICD-10-SE)
- Internationell klassificering av funktionsduglighet, funktionsnedsättning och hälsa (ICF)
- Klassificering av vårdinsatser (KVÅ)
- Klassificering av insatser och verksamheter inom social omsorg (KSI)

ICD-10-SE och KVÅ är obligatoriska att använda för rapportering av uppgifter till Socialstyrelsens hälsodataregister såsom patientregister (PAR) (med ICD-10-SE och KVÅ) och till det nationella registret över kommunal hälso- och sjukvård för äldre och funktionshindrade (med hjälp av KVÅ). Klassifikationerna används också till exempel för informationsutbyte inom och mellan vårdgivare, för uppföljning och kvalitetsförbättring av hälso- och sjukvården på lokal och regional nivå samt för forskning. ICF används i strukturerad digital dokumentation av cirka 84 procent av kommunerna¹³³ och kan användas för att beskriva personens funktion, målsättning, behovsbedömning och uppföljning av resultaten.

NEDERLÄNDERNA

Situationen i Nederländerna är ganska speciell, eftersom indikatorerna¹³⁴ har anpassats för att passa inte bara till behoven av långvarig vård och omsorg och den sociala omsorgen som helhet, utan till varje vårdgivare.

Deras modell, som är uppdelad i obligatoriska indikatorer och valfria indikatorer, visar en hög grad av förståelse för hur en leverantörs behov och situation kanske inte översätts väl med specifika indikatorer.

De många olika aktörer som omfattas av både obligatoriska och valfria indikatorer kan vara av intresse och få en helhetssyn på hur systemet fungerar, från patienter till berörda parter.

¹³² Internationell statistisk klassificering av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10 och ICD-11). International Classification of Function, Disability and Health (ICF) and International Classification of Health Interventions (ICHI) WHO, <https://www.who.int/standards/classifications>

¹³³ E-Hälsa och Vårdsteknik i Kommunerna 2021, Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-5-7384.pdf>

¹³⁴ <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/handboek-indicatoren-basisveiligheid-verslagjaar-2020.pdf>



Tabell 14 Indikatorer för Nederländerna

INDIKATORS		
Kategori	Process	Resultat
Obligatoriska indikatorer	Procentandelen patienter på avdelningen med policyavtal kring livets slutskede registreras i vårdjournalen.	Antal patienter för vilka policyavtal har registrerats i vårdjournalen
	Procentandelen avdelningar med medicineringsfel minst en gång per kvartal diskuteras på ett tvärvetenskapligt sätt med avdelningens anställda på grundval av rapporter som har gjorts.	Antal distrikt med medicineringsfel minst en gång per kvartal
	Procentandel klienter – med en ZZP V-indikation med behandling – där en formell medicineringsgranskning ägde rum i närvaro av en vårdpersonal som tillhandahåller läkemedel till kunden	Antal klienter – med en ZZP V-indikation med behandling – där en formell medicineringsgranskning har genomförts under det senaste året i närvaro av apotekare, geriatriska specialister och vårdpersonal som tillhandahåller läkemedel till klienten.
	Procentandelen patienter på avdelningen med matpreferenser under de senaste sex månaderna diskuteras och registreras i vårdjournalen.	Antal patienter med livsmedelspreferenser under de senaste sex månaderna som diskuterats och där avtalen har registrerats i vårdjournalen
Indikatorer för fritt val	Procentandel patienter med kategori 2-trycksår eller högre	Antal patienter med kategori 2 eller högre trycksår
	Procentandel patienter på avdelningen med följande resurser och åtgärder har tillämpats (uppdelning på kategorier)	Antal patienter på avdelningen för vilka resurser och åtgärder har tillämpats (indelade i kategorier).
	Hur organisationen tror på att främja friheten för patienterna	Är inte tillämpligt
	Procentandel patienter som har dokumenterad plan för vård i samband med toalettbesök	Antal patienter för vilka en vårdplan runt toalettbesök registreras i vårdjournalen
	Webbadress till den webbplats där hälso- och sjukvårdsorganisationens kvalitetsrapport för 2020 finns	Är inte tillämpligt
	Procentandel patienter/ klientrepresentanter som hälso- och sjukvårdsorganisationen rekommenderar vänner och familj	Antal svarande som svarade 8, 9 eller 10 för frågan om nya psykoaktiva ämnen

DANMARK

Det danska fallet är ett tydligt exempel på hur nationella uppsättningar kvalitetsindikatorer kan anpassas för att täcka behoven av långvarig vård och omsorg och sociala omsorgssystem, vilket ger ett enkelt sätt att mäta kvaliteten.

De åtgärder som Danmark för närvarande vidtar för att utveckla en ny modell för kvalitetsbedömning av deras system kan vara av intresse på grund av de stora ansträngningar som gjorts av expertkommittén i syfte att minska alla indikatorer till tre kategorier¹³⁵ (funktionalitet, livskvalitet och tillfredsställelse samt samstämmighet och förutsägbarhet).

Denna modell skulle kunna förenkla systemen för kvalitetsbedömning på många sätt, från insamling till analys, undvika vanliga felkommunikationsproblem och säkerställa samarbete mellan vårdgivare, patienter och institutioner.

¹³⁵ <https://fm.dk/media/16890/Anbefalingertilkvalitetsindikatorer.pdf>



Tabell 15 Indikatorer för Danmark

INDIKATORER		
Kategori	Indikator	Resultat
Funktion	En indikator på funktionsförmåga hos äldre (den kommer att baseras på uppgifter från FSIII och kommer inte att finnas tillgänglig på några år).	EJ TILLÄMPLIGT
Livskvalitet och nöjdhet	En gemensam indikator baserad på WHO-5-poängen: Modellen för indikatorn håller på att utvecklas i samarbete mellan den danska hälsomyndigheten och Danmarks Statistik.	”Under de senaste 2 veckorna... <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jag har varit glad och i en god stämning ▪ Jag har upplevt lugn och ro ▪ Jag har känt mig aktiv och energisk ▪ Jag har blivit uppriskad och utvilad ▪ Mitt dagliga liv har fyllts i med saker som intresserar mig”
Samstämmighet och förutsägbarhet	Antal återinträden, baserat på nationella registeruppgifter	EJ TILLÄMPLIGT

NORGE

I Norge finns det flera källor till relevanta indikatorer. Indikatorerna nedan har valts ut från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet och kvalitetsförbättring samt från hälso- direktoratets webbplats. I det senare fallet valdes indikatorer ut genom att temana filtrerades till ”patientsäkerhet och kvalitetsförbättring”, ”Norges patientregister” och ”lagen om hälso- och sjukvårdstjänster” – som alla är relevanta för kvalitetsförbättringar inom långvarig vård och omsorg. Indikatorer för vård och omsorg i hemmet gavs företräde. En mer omfattande förteckning över indikatorer finns på hälsodirektoratets webbplats¹³⁶.

Tabell 16 Indikatorer för Norge

INDIKATORER		
Indikator	Process	Resultat
Skador hos patienter ¹³⁷	Minska andelen patienter med minst en patientskada, oavsett allvarlighetsgrad, med 25 procent från 2017 till slutet av 2023.	Detta motsvarar en minskning från 13,7 (2017) till 10,3 %.
Drogundersökning för personer som är bosatta på institutioner inom kommunal hälso- och sjukvård ¹³⁸	Öka andelen varaktigt bosatta (67 år och äldre) vid en institution som har genomgått en drogundersökning under de senaste 12 månaderna till minst 90 procent senast 2023.	Ej tillämpligt

¹³⁶https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/?filterTema=19858249-813f-41f9-86d5-ae172656daa4_ufilterTema=11ca26ac-5e9a-4e4f-8c93-77a9c5bac31b-filterTema=201eff9c-ffa8-4541-b441-c0d0d7f65056

¹³⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20Haningsplan%20för%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20Haningsplan%20för%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (2019)

¹³⁸ Ibid.



INDIKATORER		
Indikator	Process	Resultat
Vårdhem – förekomst av vårdrelaterade infektioner ¹³⁹	Andel vårdrelaterade infektioner bland boende på norska vårdhem vid en viss tidpunkt. Följande fyra vanliga typer av vårdrelaterade infektioner ingår: urinvägsinfektion, nedre luftvägsinfektion, infektion i operationsområdet och hud- och sårinfektioner. Endast infektioner som inträffar på det egna vårdhemmet ingår.	Ej tillämpligt
Näringsmässig uppföljning hos boende i vårdhem ¹⁴⁰	Andelen boende på vårdhem som är 67 år eller äldre och som har fått sin näringsstatus kartlagd under de senaste 12 månaderna.	Ej tillämpligt
Mottagare av rehabilitering och rehabilitering i hemmet som har en individuell plan ¹⁴¹	Andelen mottagare av rehabilitering och rehabilitering i hemmet som har en individuell plan.	Ej tillämpligt
Aktivitetserbjudanden för demenssjuka ¹⁴²	Andelen personer som bor hemma med demens och som har daglig aktivitet.	Ej tillämpligt

SKOTTLAND

Alla indikatorer för Skottland finns på vårdinspektionens webbplats¹⁴³. Valet av dessa särskilda indikatorer bland alla de som finns tillgängliga beror på olika saker. För det första syftar alla utvalda indikatorer till att tillhandahålla tjänster med ett helhetsperspektiv och försöka involvera alla parter (chefer, personal, patienter och släktingar) så mycket som möjligt i processen. Att ta hänsyn till åsikter från olika nivåer kan ha en positiv inverkan på den övergripande tillfredsställelsen och på så sätt bidra till tjänstens kvalitet. För det andra tar indikatorerna 2, 3 och 4 hänsyn till möjligheten till ett gemensamt tillhandahållande av tjänster mellan olika leverantörer för en viss patient. Dessa indikatorer syftar således till att säkerställa att både chefer och personal har den kunskap som krävs för att bedöma situationen och veta vem som ansvarar för specifika tjänster. Eftersom Sverige tar upp en fråga om fördelningen av befogenheter skulle ett liknande tillvägagångssätt kunna vara till hjälp för det svenska systemet. Slutligen är alla utvalda indikatorer patientinriktade. Eftersom Sverige har ett mycket decentraliserat system har man i alla beslut inte bara tagit hänsyn till patienternas hälsa utan även deras välbefinnande och önskemål kan visa sig vara till stor nytta.

¹³⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/forekomst-av-helsetjenesteassosierte-infeksjoner-i-norske-sykehjem>

¹⁴⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/OPPF%20C3%20B8lging-av-erning%20C3%20A6ring-hos-beboere%20C3%20A5-sykehjem>

¹⁴¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/mottakere-av-habilitering-og-rehabilitering-i-hjemmet-medindividuellplan>

¹⁴² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/dagaktivitetstilbud-til-med-demens-og-kognitiv-svikt>

¹⁴³ "en kvalitetsram för äldreboenden" finns på:

<https://www.careinspectorate.com/images/documents/5855/Quality%20framework%20for%20care%20home%20for%20older%20people%202020.pdf> MES%

En kvalitetsram för stödtjänster (vård i hemmet, inklusive stödmodeller för stöd till boende) finns på:
https://www.careinspectorate.com/images/documents/5869/QF%20CAHincSL_final_02112020.pdf



Tabell 17 Indikatorer för Skottland

INDIKATORER		
Indikator	Viktiga områden	Kvalitetsillustrationer av ”mycket bra” (resultat)
1. Människor får service som är rätt för dem	I vilken utsträckning människor <ul style="list-style-type: none">deltar fullt ut i yrkesmässig bedömning av deras övergripande behovkan välja vård och stöd de behöver och vill.erfarenhet av hög kvalitetomsorg och stöd till följd av väl fungerande planerings-, beställnings- och kontraktarrangemang.	<ul style="list-style-type: none">Människor deltar i en omfattande bedömning av deras behov, där även andra relevanta personer (familj, vänner) kan delta vid behov. Människor och yrkesverk-samma deltar i granskningen av bedömningen, och patienterna kan välja den vård och det stöd de vill ha utifrån sina behov och resultat.Patienterna gynnas också av starka kopplingar mellan vårdgivaren och partnerskapet för hälso- och sjukvård och social omsorg, som säkerställer planeringen av vården, eftersom alla parter har informerats på lämpligt sätt. Om en patient ändrar behov finns det en samordnad och planerat tillvägagångs-sätt där lämpliga alternativ utforskas.
2. Cheferna samarbetar för att stödja människor	Denna indikator omfattar i vilken utsträckning <ul style="list-style-type: none">cheferna förstår viktiga roller för andra partner och deras ansvarsområden.tjänster som utförs i partnerskap med andra för att säkerställa bästa resultat för människor.cheferna övervakar tillsynen effektiva övergångar för människor.	<ul style="list-style-type: none">Cheferna uppmanas att skapa en kultur av gemensamt ansvar och gemensamt beslutsfattande för att skapa ett positivt klimat för partnerskap. Det krävs en tydlig strategi för att patienterna ska få rätt stöd. Cheferna måste därför inse fördelarna med att dela idéer och praxis utanför ett visst område.Patienterna kommer att kunna dra nytta av organisationer som arbetar tillsammans när det behövs stöd. Informationen måste delas snabbt och på lämpligt sätt och det måste finnas god samordning mellan de berörda organisationerna.Ledarna måste också övervaka framgång och effektivitet i samarbetet med partnerleverantörer för att se till att beställda tjänster tillhandahålls på ett effektivt sätt.
3. Personalen leds väl	Denna indikator omfattar i vilken utsträckning <ul style="list-style-type: none">chefer på alla nivåerfattar effektiva beslut om personal och resurser,chefer på alla nivåerger personalen möjlighet att stödja människor,ledarskapet har en positiv inverkan på personalen.	<ul style="list-style-type: none">Cheferna samarbetar med personalen, patienter, familjer och samhället i stort, med en samarbetsinriktad strategi för att planera och tillhandahålla vård och stöd. När så är relevant har andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård och social omsorg möjlighet att spela en roll när det gäller att leda vård och stöd. Detta leder till robusta vårdssystem med tydlig ansvarsfördelning och yrkesmässig ansvars-skyldighet.Chefer skapar en teamstrategi och inser vikten av att utbyta idéer i en mjuk och stödjande miljö. De måste anpassa sin ledarstil för att motivera personalen att tillhandahålla vård och stöd av hög kvalitet.



INDIKATORER		
Indikator	Viktiga områden	Kvalitetsillustrationer av ”mycket bra” (resultat)
4. Personalen har rätt kunskap, kompetens och utveckling för vård av och stöd till människor	Denna indikator omfattar i vilken utsträckning <ul style="list-style-type: none">personalens kompetens och stöd i praktiken förbättrar resultaten för människor, personalutveckling stöder förbättrade resultat för människor.personalens praxis stöds och förbättras genom effektiv uppföljning och bedömning.	<ul style="list-style-type: none">Personalens kompetens är bedöms regelbundet för att säkerställa att lärande och utveckling bidrar till bättre resultat för människor. På så sätt finns det en tydlig inlärningsstruktur för varje roll inom tjänsten.De här lärandemöjligheterna har utvecklats för att stödja mötes-resultat för personer som använder tjänsten på grundval av fakta-underlag och vägledning om ”bästa praxis”. Det finns en rad olika strategier för att passa olika inlärningsstilar och reflekterande metoder.Regelbunden uppföljning och bedömning uppmuntras eftersom den möjliggör personlig och yrkesmässig utveckling.Synpunkter från människor som är stöd från personalen används också för att ge återkoppling från personalen och ingår i uppföljning och bedömning.
5. Bedömning och personlig planering återspeglar människors behov och önskemål	Denna indikator omfattar i vilken utsträckning <ul style="list-style-type: none">chefer och personal använder sig av personliga planer för att tillhandahålla vård och stöd på ett effektivt sätt.personliga planer ses över och uppdateras regelbundet och i takt med att människors resultat förändras,människor deltar i att styra och leda den egna vården och stödet.	<ul style="list-style-type: none">Människor drar nytta av dynamiken i en innovativ och ambitiös vård och stödplanering, som vid behov deltar i utarbetandet av personliga planer.Planering av vård och stöd maximerar människors förmåga och förmåga att göra val.Personliga planer ses över regelbundet, utvärderas och uppdateras med medverkan av berörda yrkesutövare och med beaktande av god praxis och deras egna preferenser och önskemål.Riskbedömningar och säkerhets-planer används för att göra det möjligt för människor snarare än att begränsa människors handlingar eller aktiviteter. Patienterna måste förstå effekterna av restriktioner och bör få stöd för att uppfylla relevanta villkor.

ONTARIO

De indikatorer som anges nedan är de som presenteras av Health Quality Ontario¹⁴⁴, inom ramen för ramverket för vårdnivåer. Det är en uppsättning indikatorer för den gemensamma kvalitetsagendan som är relevanta för hemvårdssektorn. Även om ramen omfattar totalt 8 indikatorer är endast en specifik för hemvårdssektorn, medan resten delar ansvaret med andra sektorer.

De finns alla tillgängliga på Health Quality Ontarios webbplats, som utgör ett utmärkt exempel på en välorganiserad uppsättning indikatorer, med mycket fullständiga och heltäckande

¹⁴⁴ <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/home/cqa-06-home-care-indicators.pdf>



mätmetoder, där man i varje enskilt fall anger ansvarsskyldighet, mål och målkälla för varje indikator samt många andra användbara frågor (beräkning, riktmärkning osv.).

På grund av den periodiska översynen av ramen för vård och omsorg och det nya enandet av alla institutioner som är involverade i Ontarios system för långvarig vård och omsorg och systemet för social omsorg, fungerar de som ett exempel på tvärvetenskapligt deltagande som säkerställer en korrekt ständig renovering och anpassar dem till nya utmaningar.

Tabell 18 Indikatorer för Ontario

INDIKATORER		
Kategori	Indikator	Beskrivning
Vård och omsorg i hemmet	Erfarenhet av hemvård (E) (PH)	Andel av de hemvårdskunder som överlag var nöjda med tjänsteleverantörerna och med hanteringen av deras vård av handläggare. Denna indikator visar andelen hemvårdskunder som är nöjda med tjänster som tillhandahålls av CCAC, hanteringen av deras vård av CCAC:s handläggare och med tjänsteleverantören.
Sjukhus/primärvård/långvarig vård och omsorg/vård i hemmet	Inläggningsgrad för sjukdomar som är känsliga för ambulering öppenvård (CHF, KOL, diabetes, astma) (R) (CD)	Denna indikator mäter antalet sjukhusvistelser för CHF, KOL och andra sjukdomar i Ontario.
Sjukhus/primärvård/långvarig vård och omsorg/vård i hemmet	Procentandel ALC-dagar på akutvårdssjukhus (E) (CD)	Denna indikator mäter antalet sängdagar som betecknas som ALC på akuta sjukhus i Ontario.
Sjukhus/primärvård/långtidsvård/vård i hemmet	Antal skador per 100 heltidsekvivalent hälso- och sjukvårdspersonal (E) (CD)	Antal skador per 100 heltidsekvivalent arbetstagare i <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hälso- och sjukvårdssektorer ((kombinerad) ▪ Boenden för långvarig vård och omsorg ▪ Sjukhus ▪ Vård och omsorg ▪ Behandlingskliniker ▪ Kontor för yrkesmässigt bruk och laboratorier
Sjukhus/primärvård/långvarig vård och omsorg/vård i hemmet	Antal psykiatriska sjukhusvistelser inom 30 dagar (R) (MH)	EJ TILLÄMPLIGT
Sjukhus/primärt sjukhus Vård och omsorg i hemmet	30 dagars oplanerad, allom-fattande återinläggning efter avslutad sjukhusvistelse (index: CHF, KOL, DM, AMI, Asthma, stroke) (R) (CD)	Denna indikator mäter andelen icke-valda återinläggningar inom 30 dagar efter det att en CHF COPD, DM, AMI, Asthma, stroke (R) (CD) erhållits.
Sjukhus/hemvård	Väntetid för hemvård: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tid från utskrivning ▪ Tid från remiss 	Antal dagar från sjukhusets avslutningsdag/ansökningsdatum till den första icke-ärendehanteringstjänsten (CM) för kunder vars hemvårdsremiss var ett sjukhus eller primärvård



8. BILAGA 2: Information om vårdgivares ansvarsområden

Vårdpersonalens ansvar och tjänster kan variera från ett land till ett annat. Det är mycket viktigt att ha information om denna fråga när det gäller personalförvaltning, behovsbedömningar och kvalitetsbedömningar. I tabellen nedan finns information om hur tjänsterna tillhandahålls och distribueras i varje land.

Tabell 19 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Nederländerna på vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar

Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Teknisk sjuk-sköterskevård (specialiserad sjuksköterska)	<ul style="list-style-type: none">Svara på frågor från vårdtagare och familjer.Övervakning av behandlingsåtgärder, vårdplan, patientens fysiska aktivitet eller kostvanor och vårdmottagarnas smärta och obehagUppdatering av information om vårdmottagares tillstånd och behandlingar i journalföring.Utveckla och genomföra vårdplaner för behandling av vårdtagare.Rengöring av sår och applicering av kirurgiska förband och förband.Planering och tillhandahållande av vård, inklusive personlig vård	Regionala vårdkontor för sjukförsäkringstagare (zorgkantoren)
Rehabiliterande sjuksköterskor	<ul style="list-style-type: none">Tjänst för personer som har blivit fysiskt begränsade på grund av sjukdom, olycksfall eller medfödda störningar.Geriatrisk rehabilitering ges ofta i hemmet under tillsyn av en geriatrisk specialist (specialist ouderengeneeskunde). Denna typ av vård är avsedd för bräckliga äldre personer som behöver återhämta sig från en höftfraktur, knäersättning eller akut CVA, eller som lider av funktionsnedsättning till följd av en operation eller en allvarlig sjukdom¹⁴⁵.Rehabilitering omfattas av sjukförsäkringslagen.	Sjukvårdsförsäringsgivare via regionala vårdkontor (zorgkantoren)
Personlig omvårdnad	Teamen omfattar vård av alla personer i beroendeställning oavsett ålder. De omfattar följande tjänster: <ul style="list-style-type: none">Positionera, lyfta och vända äldre personer,Hjälpa till med personlig hygien, utfodring och beredning.Planering och servering av måltider.Ledsagare,Förberedelse för undersökning eller behandling.Tillhandahålla läkemedel och psykologiskt stöd,Ge psykologiskt stöd genom samtal och läsning.Hantera interaktion mellan familj, omsorgsgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.Föra register över vård, respons på vård och behandling,Tillhandahålla remisser till hälso- och sjukvårdstjänster eller sociala tjänster, iHandläggningsplaner.Verksamheterna förtecknas i WMO-lagen.	Kommuner
Läkarbesök	<ul style="list-style-type: none">Kronisk vård samordnas genom gruppraxis/vårdgrupper som till största delen är GP-nätverk.Palliativ vård tillhandahålls främst av allmänläkare och regionala nätverkÄldrevårdsläkare (EDP) arbetar både på vårdhem och utanför vårdhem, ibland som konsulter vid GP-centra (GP är den största vårdgivaren).	De flesta allmänläkare arbetar självständigt eller i ett eget partnerskap. Vissa av dem är anställda av eller har korttidskontrakt.

¹⁴⁵KRONEMAN, M. m.fl. (2016). "Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet" Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 152



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Hjälp i hemmet	Verksamheten ingår i WMO-lagen. Teamen omfattar vård av alla personer i beroendeställning, oavsett ålder. Dessa verksamheter är följande ¹⁴⁶ : <ul style="list-style-type: none">▪ hjälp med att ordna och planera patientens hushåll▪ hjälpa patienterna att lära sig hur de kan hålla sina hem rena genom att själva städning och ren vård i hemmet deras måltider och/eller livsmedel	Kommuner
Stöd och rådgivning	Enligt WMO, som utvidgades 2015, måste kommunerna stödja människor, med professionell vård eller, i annat fall, att leva i sin hemsituation så länge som möjligt. Stödet kan omfatta följande: <ul style="list-style-type: none">▪ Rådgivning och dagvård,▪ Respit för anhörigvårdare.▪ Skyddade bostäder för psykiskt funktionshindrade.▪ Lättnad i händelse av våld i hemmet¹⁴⁷	Municipalities
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	Tjänster som ingår i förmånspaketet för den grundläggande sjukförsäkringen enligt 2015 års sjukförsäkringslag ¹⁴⁸ (t.ex. rullstolar).	Kommuner
Vård och omsorg i hemmet	Vård- och omsorgsboenden är avsedda för långvarig vård och omsorg. Inrättningar för långvarig vård och omsorg omfattar inrättningar som huvudsakligen ägnar sig åt att tillhandahålla långvarig vård och omsorg i boende som kombinerar sjuksköterskor, tillsyn eller andra typer av vård, i enlighet med de boendes krav. I dessa inrättningar är en betydande del av produktionsprocessen och den vård som tillhandahålls en blandning av hälso- och sjukvårdstjänster och sociala tjänster, med hälso- och sjukvårdstjänster främst på vård- och omsorgsområdet, i kombination med personlig vård ¹⁴⁹ .	Regionala vård- och omsorgskontor (zorgkantoren)
Vårdhem och särskilt boende för personer med funktionsnedsättningar	Vårdhem tillhandahåller vård och rehabilitering för intagna patienter (t.ex. psykiatrisk och efter stroke) ¹⁵⁰ .	Regionala vård- och omsorgskontor (zorgkantoren)
	Beschermd wonen: en institution för personer med psykiska eller psykosociala problem. Skyddat boende omfattas av lagen om socialt stöd (Wmo). Vårdmottagare betalar ett personligt bidrag till CAK för skyddade bostäder ¹⁵¹ .	Regionala vård- och omsorgskontor (zorgkantoren)

¹⁴⁶ <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/ondersteuning-bij-uw-huishouden.htm>

¹⁴⁷ KRONEMAN, M. m.fl. (2016). "Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet" Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 43

¹⁴⁸ KRONEMAN, M. m.fl. (2016). "Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet" Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 72

¹⁴⁹ 2020), vem gör det? Locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, s. 60 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁵⁰ KRONEMAN, M. m.fl. (2016). "Nederländerna – översyn av hälso- och sjukvårdssystemet" Health Systems in Transition, Vol 18:2, pag. 109

¹⁵¹ <https://www.hetcaak.nl/klantsituaties/ik-woon-in-een-zorginstelling/in-wat-voor-zorginstelling-woont-U/beschermd-wonen>



Tabell 20 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Danmark i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar

Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Teknisk sjuksköterskevård (specialiserad sjuksköterska)	<ul style="list-style-type: none">▪ Erbjudna vård i hemmet för personer som är kroniskt sjuka eller dörr▪ Förebyggande besök i hemmet▪ Tillhandahålla intensiv behandling och vård av licensierad hälso- och sjukvårdspersonal och sjuksköterska vid särskilda enheter för personer som inte behöver sjukhusvård men som inte kan bo i sina egna hem¹⁵².▪ Akutvård (vanligen i samband med akutvård eller primärvård utanför timmen)¹⁵³▪ Registrera information om pågående vård och behandling	Kommunal nivå/Hälso- och vårdförvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltningen)
Rehabiliterande sjuksköterskor	<ul style="list-style-type: none">▪ Rehabiliterande behandling▪ Utbildning i patientens hem eller på rehabiliteringscenter▪ Kurser i övningsövningar▪ Rehabiliteringsprogram för självständigt boende¹⁵⁴▪ Intelligent rehabiliteringsutrustning (t.ex. rörelsesensorer och robotar)¹⁵⁵▪ Andra tjänster som är anpassade till den enskildes behov	Kommunal nivå/ Hälso- och vårdförvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltningen)
Personlig omvårdnad	Social- och hälsovårdsassistenten har följande uppgifter: <ul style="list-style-type: none">▪ samordningsuppgifter▪ utbildning och rehabilitering.	Kommunal nivå/ Hälso- og omsorgsforvaltningen
Läkarbesök	<ul style="list-style-type: none">▪ Primärvård▪ Kvällsbesök i hemmet via en regional telefonitjänst▪ Förebyggande besök av en RN eller läkare för medborgare över 75 år	I de flesta fall (som arbetar för regionen)
Hjälp i hemmet	<ul style="list-style-type: none">▪ Rengöring, tvätt och shopping.▪ Kommunerna erbjuder också måltider både till människor i sina egna hem och till vårdhem.	Kommunal nivå/ Hälso- och vårdförvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltningen)
Stöd och rådgivning	<ul style="list-style-type: none">▪ Psykisk hälso- och sjukvård är en del av det övergripande hälso- och sjukvårdssystemet och finns tillgänglig oavsett patientens ålder.▪ Den nationella handlingsplanen mot demenssjukdomar omfattar stöd och rådgivning till demenssjuka och deras familjer.¹⁵⁶	Kommunal nivå/ Hälso- och vårdförvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltningen)
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	<ul style="list-style-type: none">▪ Hjälpmedel för rörlighet▪ Smart-sensorenheter▪ Utrustning för nödanrop▪ Utrustning för inkontinens och kroppsburen teknik▪ Sensoriska stimuleringsanordningar för personer med dementerad ”Sens-Aid” -filtar som rymmer boende på vårdhem (apparater för psykiskt välbefinnande)▪ Vissa kommuner håller också på att införa program för att utveckla och testa teknik för stöd till boende (t.ex. ”levande laboratorier i Köpenhamn”).¹⁵⁷	Kommuner och sjukhus
Vård och omsorg i hemmet	Det finns olika typer av äldreboenden i Danmark: <ul style="list-style-type: none">▪ Skyddade boenden (beskyttede boliger) är anslutna till	Kommunal nivå/ Hälso- och vårdförvaltningen

¹⁵² <https://www.healthcaredenmark.dk/the-case-of-denmark/integrated-care-and-coherence/home-care/>

¹⁵³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32106846/>

¹⁵⁴ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/denmark-country-case-study-on-the-integrated-Deliy-of-longterm-care-2019>, s. 26–27.

¹⁵⁵ <https://www.healthcaredenmark.dk/the-case-of-denmark/integrated-care-and-coherence/rehabilitation/>

¹⁵⁶ <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=de>, s. 9.

¹⁵⁷ <https://www.healthcaredenmark.dk/the-case-of-denmark/integrated-care-and-coherence/assisted-living/>



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
	institutioner för äldre och kan drivas med antingen permanent personal eller nödanropssystem. <ul style="list-style-type: none">▪ Äldreboende (plejeboliger)▪ Allmänna äldreboenden (almene ældreboliger) utan fast anställd personal som är utformade för att passa äldre.	(Sundheds- og omsorgsforvaltningen)
Vårdhem och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	Vårdhem (plejehjem) betraktar lagligen sina invånare som hyresgäster och erbjuder en rad sociala tjänster att välja mellan: <ul style="list-style-type: none">▪ Personlig vård och omsorg▪ Praktisk hjälp▪ Rengöring (tillägg tjänst)▪ Leverans av livsmedel (tillägg tjänst) Utöver de äldreboenden som nämns ovan finns privata vårdboende (triplejeboliger) tillgängliga för personer med omfattande vårdbehov.	Kommunal nivå/Hälso- och vårdförvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltninge n)
Tillhanda-hållande av tjänster för ungdomar med funktionsnedsättning	När det gäller tillhandahållandet av tjänster för yngre personer med funktionsnedsättning ger Danmarks kommuner stöd och råd till barn, ungdomar och föräldrar. Särskilda daghemstjänster erbjuds för barn med funktionsnedsättning, om deras behov inte kan tillgodoses med vardagliga vård- och omsorgstjänster ¹⁵⁸ . Ersättningen för särskild dagvård varierar beroende på kommun och vilken typ av vård som behövs ¹⁵⁹ . I kommunerna finns också möjlighet till vård och utbildning i hemmet för barn under 18 år. I vissa kommuner, t.ex. Roskilde, kan barn och ungdomar i åldern 12–18 år också ansöka om en ledsagare om de inte kan resa ensamma utanför hemmet på grund av sin funktionsnedsättning ¹⁶⁰ . När det gäller ungdomar över 18 år är kommunerna skyldiga att erbjuda verksamhet, sociala tjänster, ”skyddad sysselsättning” och boenden för personer med funktionsnedsättning som behöver sådana tjänster ¹⁶¹ . Det finns olika typer av boenden för vuxna med funktionsnedsättning, och kommunerna ansvarar för att tillhandahålla sådana tjänster. Kommunerna ansvarar också för att ge stöd till möblerade hem för personer med fysiska eller psykiska funktionshinder, så att de kan anpassas till individens behov ¹⁶² .	Kommunal nivå/ Hälso- och vård-förvaltningen (Sundheds- og omsorgsforvaltningen)

¹⁵⁸ <https://sm.dk/arbejdsomraader/handicap/saerlig-stoette-til-boern-og-unge/saerlige-dagtilbud>

¹⁵⁹ <https://sm.dk/arbejdsomraader/handicap/saerlig-stoette-til-boern-og-unge/saerlige-dagtilbud>

¹⁶⁰ <https://www.roskilde.dk/da-dk/service-og-selvbetjening/borger/familie-og-born/born-med-handicap-og-bor-med-langvarig-kronisk-sygdom/>

¹⁶¹ <https://sm.dk/arbejdsomraader/handicap/dag-og-botilbud-til-voksne>

¹⁶² <https://sm.dk/arbejdsomraader/handicap/dag-og-botilbud-til-voksne/boliger-til-voksne>



Tabell 21 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Norge i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar

Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Teknisk sjuk-sköterskevård (specialiserad sjuksköterska)	<ul style="list-style-type: none">▪ Övervakning av hälsoövervakning▪ Tillhandahållande av sjukvård (dvs. sårvård och hälsoobservation)▪ Säkerställande av ärendehanteringssuppgifter▪ Tillhandahållande av vård¹⁶³	Kommuner
Rehabiliterande sjuksköterskor	Rehabiliteringsstrategin har utvecklats från ett snävt medicinskt fokus till en mer övergripande strategi som omfattar icke-medicinska faktorer och omfattar ett omfattande samarbete mellan flera sektorer och vårdområden ¹⁶⁴ . Tjänster som erbjuds: <ul style="list-style-type: none">▪ Sjukgymnastik,▪ Arbetsterapi (inklusive underlättande i hemmet).▪ Psykisk hälso- och sjukvård▪ Kompetenskurser och kompetenskurser, som omfattar olika tjänster¹⁶⁵. Det är inte ett krav på att tjänsterna i förekommande fall ska erbjudas inomhus och får också tillhandahållas utomhus.	Kommuner och nationella myndigheter (rehabilitering ges både på primärvårdsnivå – sjukgymnastik, arbetsterapi – och på gymnasienivå – specialiserad rehabilitering)
Personlig omvårdnad	Hjälp med daglig verksamhet (ADL): <ul style="list-style-type: none">▪ placering,▪ lyfta och vända äldre människor,▪ transport,▪ hjälpa vårdmottagare med personlig hygien,▪ utfodring och beredning,▪ upprätthållande av de äldres miljöhygienstandarder.▪ ge psykologiskt stöd genom samtal och läsning¹⁶⁶	Kommuner
Läkarbesök	<ul style="list-style-type: none">▪ Primärvård▪ Akutvård eller akutvård (inom kontorstid)¹⁶⁷	GPS och specialister som arbetar enligt avtal för både privata och offentliga vårdgivare.
Hjälp i hemmet	<ul style="list-style-type: none">▪ Kultur, måltider, aktivitet och nöje är viktiga aspekter av integrerade vårdtjänster. För att utveckla framtidsinriktade omsorgstjänster av hög kvalitet måste man lägga större vikt vid att aktivera användarna, både socialt och fysiskt, och fästa större uppmärksamhet vid användarnas sociala, existentiella och kulturella behov. ^{168 169}	Kommuner
Stöd och rådgivning	Distriktspsykiatriska centret förser varje norsk kommun med specialister och primärvården är ganska omfattande i Norge: tillsammans med grundläggande psykologisk och psykiatriskt stöd. ¹⁶⁸ <ul style="list-style-type: none">▪ Enligt lag måste hälso- och sjukvården och socialtjänsten ta hand om personer som inte kan lämna sina hem.▪ Kommunerna kommer att tillhandahålla nödvändiga tjänster	Kommuner

¹⁶³ OECD (2020), Who Cares? Locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, s. 75 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁶⁴ OECD (2020), Who Cares? Att locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD:s hälsopolitik Studier, OECD Publishing, Paris, s. 183 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁶⁵ <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/Pag.116>

¹⁶⁶ OECD (2020), Who Cares? Att locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD:s hälsopolitik Studier, OECD Publishing, Paris, s. 71 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁶⁷ OECD (2020), Who Cares? Locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, s. 135 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁶⁸ https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/careplan2020_eng.pdf

¹⁶⁹ <https://www.justlanded.com/english/Norway/Norway-Guide/Health/Special-services>



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
	såsom allmänmedicin, sjukgymnastik och sjuksköterskor: <ul style="list-style-type: none">▪ Stödtjänster för psykisk hälsa▪ Individanpassat stöd som gör det möjligt att ta hand om människor i det egna hemmet.	
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	Tjänster och anordningar som gör det möjligt för människor att vårdas i sina egna hem. Informationstekniken används i allt högre grad för att öka säkerheten och oberoendet för användarna, t.ex. telekommunikationsanordningar ¹⁷⁰ .	Kommuner
Vård och omsorg i hemmet	<ul style="list-style-type: none">▪ Sjuksköterskor,▪ Vård och omsorg i hemmet.▪Handledning eller andra typer av vård, som är avsedd för långvarig vård och omsorg enligt de boendes krav.¹⁷¹	Kommuner
Vårdhem och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	<p><u>Vårdhem</u> (omsorgsboliger): kommunägda hus byggda för personer med</p> <ul style="list-style-type: none">▪ omsorgsbehov,▪ vård dygnet runt.▪ Sjukgymnastik,▪ arbetsterapi (inklusive underlättande i hemmet).▪ psykisk hälso- och sjukvård, t.ex. samtal,▪ kurser för rehabilitering och rehabilitering, som omfattar olika tjänster¹⁷².▪ vårdhem som gjorts ”privat” genom renoveringar (främst för att se till att boende kan ha privata rum)¹⁷³ <p>Säkerställer att alla personer med utvecklingssvårigheter kan hyra eller äga den eller de lägenheter där de bor i sitt eget namn och att deras hyra betalas från socialförsäkringsförmåner eller socialförsäkringsinkomster. Syftet med reformen var att göra det möjligt för personer med utvecklingsstörningar att i möjligaste mån leva som andra medborgare.¹⁷⁴</p>	Kommuner och expertkommittén i Gjørevoll. På omkring 5 % av de kommersiella vårdhemmen betalar patienterna fulla avgifter.
Tillhanda-hållande av tjänster för ungdomar med funktionsnedsättning	<ul style="list-style-type: none">▪ Dessutom tillhandahåller Norges kommuner användarstyrd personlig assistans (BPA) till personer under 67 år som har behov av långvarig vård och omsorg på grund av funktionsnedsättning¹⁷⁵. BPA är ett system som stöder personer med funktionsnedsättning i ett självständigt boende, vilket inbegriper hjälp med hushållsarbete, matlagning, transport, tillfälligt arbete (t.ex. hjälp med bilar, sällskapsdjur och trädgårdsskötsel), fritidsaktiviteter, personlig omvårdnad, semester, organisationsarbete, sysselsättning, utbildning och	HVPU (reform av personalnedskärningar för personer med funktionsnedsättning): Kommuner ansvarar för att bistå människor i deras hem, på deras arbetsplatser och i deras rekreations- eller fritidsaktiviteter, vid behov med hjälp av kompetenta stödgivare.
		Kommuner

¹⁷⁰Johnsen, J.R. (2006). ”Hälso- och sjukvårdssystem under omställning: Norge”. Köpenhamn, WHO:s regionala kontor för Europa för Europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvård, vol. 8:1, pag. 109

¹⁷¹ OECD (2020), Who Cares? Locka till sig och behålla vårdpersonal för äldre, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, s. 60 <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>

¹⁷² <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsetjenester-i-hjemmet/>

¹⁷³ Grødem, A.S. (2018). ESPN Tematisk rapport om utmaningar inom långtidsvården Norge. Europeiska sociala frågor Policy Network, Generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering, pag. 6

¹⁷⁴ Johnsen, J.R. (2006). ”Hälso- och sjukvårdssystem under omställning: Norge”. Köpenhamn, WHO:s regionala kontor för Europa för Europeiska observationsorganet för hälso- och sjukvård, vol. 8:1, pag. 126

¹⁷⁵ http://www.embracingdiversity.net/country/norway_1035



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
	<p>barnomsorg¹⁷⁶.</p> <ul style="list-style-type: none"> På det hela taget kan Norges system anses vara mycket specialiserat, med tonvikt på ett åldersanpassat Norge som är inriktat på tillhandahållande av kvalitetsverksamhet och socialisering, mat och måltider samt kontinuitet i tjänsterna. Den har också ett etablerat kommunalt system för tillhandahållande av tjänster för personer med funktionsnedsättning, inklusive en separat mekanism för personer under 67 år. 	

Tabell 22 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Skottland på vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar

Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Teknisk sjuk-sköterskevärd (specialiserad sjuksköterska)	Den tekniska sjuksköterskans roll tenderar att fokusera på särskilda förhållanden. Sjuksköterskor i NHS hjälper människor att hantera sjukdom, behandling och återhämtning genom att bedöma deras behov, skriva vårdplaner och övervaka framstegen inom sjukvården. Bland deras uppgifter ingår följande: fysiska undersökningar och kliniska granskningar. övervakning och registrering av patienternas tillstånd. läkemedel och injektioner. insatser i nödsituationer. och rollen som förespråkare för patienter och släktingar. ¹⁷⁷	Lokala styrelser
Rehabiliterande sjuksköterskor	<p><u>Arbetsterapi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bedömning av patienter för utrustning inom ansvarsområdet Säker montering av utrustning Säker demonstration och bedömning av den befintliga utrustningens lämplighet i patienternas hem Bedömning av funktions- och rörlighetsfrågor. <p><u>Sjukgymnastik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Bedöma stabiliteten med hjälp av gånghjälpmedel Upprätthålla programmet för hemmabruk och rörlighet Mät och justera hjälpmedel för gångtrafik Bedöma och komplettera verktyget för bedömning av sjukgymnastik Tinetti <p><u>Tal- och språkteknik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Snabb bedömning Identifiera behov för tal och språk bedömning för kommunikationsstörningar 	Lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheter
Personlig omvårdnad	Community Care and Health (Scotland) Act 2002 innehåller en förteckning över personliga omsorgsuppgifter som inte får tas ut av en lokal myndighet. Detta kan till exempel vara stöd genom: <ul style="list-style-type: none"> personlig hygien. vid måltider, rörlighetsproblem läkemedel och Allmänt välbefinnande. 	Lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheter
Läkarbesök	<ul style="list-style-type: none"> Primärvård. 	Lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheter

¹⁷⁶https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2631102/Skriftserien32_19_online.pdf?sekvens=1 tillålig = y

¹⁷⁷NHS Scotland (2021). "Vuxensjuksköterska". Karriärer. Online: <https://www.careers.nhs.scot/careers/explore-our-karriär/sjuksköterske-och-vuxensjuksköterske/>



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Hjälp i hemmet	<ul style="list-style-type: none">hantering av beteendenpsykologiskt stödpåminnelseanordningar	Lokala hälso- och sjukvårdsmyndigheter
Stöd och rådgivning	GP-praxisen är den första vägen att gå till: <ul style="list-style-type: none">Samråd om allmänna principerKliniker för långvariga sjukdomar som astma, hjärtsjukdom och KOLCervical screeningPreventivmedelHälsokontroller av barn (kontroller)MödravårdGPS tillhandahåller också en länk till ytterligare hälso- och sjukvårdstjänster och har ett nära samarbete med annan hälso- och sjukvårdspersonal och socialvårdspersonal.	Centrum för primär vård och omsorg i NHS råd Patient om brådskande
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	Produkterna ska anskaffas, hanteras och underhållas på lämpligt sätt för att tillhandahålla högkvalitativ patientvård. Dessutom måste de uppfylla kraven på klinisk, finansiell och informationsstyrning för att minimera risken för att negativa incidenter/händelser inträffar.	Primär vård NHS-rådet
Vård och omsorg i hemmet	Boende med vård är en typ av bostad som hjälper äldre att leva så självständigt som möjligt. Vårdboenden är registrerade hos vård- och omsorgsinspektionen för att tillhandahålla olika typer av vård: <ul style="list-style-type: none">Vårdhem som erbjuder personlig vård erbjuder hjälp med tvättning, behandling och medicinering.Vårdhem har minst en behörig sjuksköterska som tjänstgör 24 timmar per dag för att utföra vårduppgifter. Personlig vård tillhandahålls också.Vissa vårdhem är registrerade för ett särskilt vårdbehov, t.ex. demens.Vårdhem tillhandahåller hälso- och sjukvårdsstöd från medlemmar i en besökande vårdgrupp – t.ex. en allmänläkare, sjuksköterska eller sjukgymnast¹⁷⁸.	Lokala myndigheter/NHS, partnerskap, den privata sektorn, frivilligsektorn
Vårdhem och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	Den kan omfatta regelbundna besök från en hemvårdsarbetare och social-, hälso- och bostadstjänster såsom <ul style="list-style-type: none">allmän städning, tungt hushållsarbete och trädgårdsskötselpersonlig omvårdnadshoppingmåltider på hjul eller frysta måltiderhämta ut pensioner och receptbetalning av räkningartvätt, som tvättning och strykning i ditt hem eller en tvättutrustning och anpassningar, som telehälsovård och boendeanpassningarrehabilitering – detta varar vanligtvis i upp till 6 veckor och innebär att patienterna får personlig vård för att hjälpa dem att leva självständigt hemma efter att ha lämnat sjukhuset.¹⁷⁹	Lokala myndigheter/NHS, partnerskap, den privata sektorn, frivilligsektorn
	Mycket skyddade bostäder kallas ibland för omvårdnads- eller extra vårdboende och har alla egenskaper som skyddade bostäder, men erbjuder en högre nivå av omsorg och stöd, bland annat extra vaktmästare, hemtjänst och tillhandahållande av måltider ¹⁸⁰ .	Den lokala hälso- och sjukvårdsstyrelsen

¹⁷⁸ <https://www.careinfoscotland.scot/topics/care-homes/types-of-care-home/>

¹⁷⁹ <https://www.careinfoscotland.scot/topics/care-at-home/>

¹⁸⁰ https://www.scotborders.gov.uk/info/20011/housing_and_homeless/494/supported_and_sheltered_housing



Tabell 23 Ansvar och tjänster som tillhandahålls i Kanada i vårdhem, särskilda bostäder och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar

Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Teknisk sjuksköterskevård (specialiserad sjuksköterska)	Vård och omsorg i gemenskapen ¹⁸¹ , inbegripet Hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none">Vård och omsorgSjukgymnastikArbetsterapiTherapy för talspråkHälsosam kostHälso- och sjukvård i hemmet Vård i hemmet i slutet av livscykeln: <ul style="list-style-type: none">SjuksköterskorMedicinska förnödenheterProvningarTransport till andra hälso- och sjukvårdstjänsterHjälp med att hantera smärta	Det lokala nätverket för integrering av hälso- och sjukvård (¹⁸² LHIN) integrerat i det nationella programmet HOME FIRST och som för närvarande genomgår stora förändringar ¹⁸³
Rehabiliterande sjuksköterskor	Hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none">Vård och omsorgSjukgymnastikArbetsterapiTherapy för talspråkHälsosam kostHälso- och sjukvård i hemmet	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Personlig omvårdnad	Personlig vård och omsorg: <ul style="list-style-type: none">Tvätt och badMun CareHårvårdFörebyggande vård och omsorgTa sig in i och ut ur stolarAppretering och rastningÄtaToaletteringAtt ta med människor till utnämningar	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Läkarbesök	Hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none">Vård och omsorg • Fysioterapi	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Hjälp i hemmet	Familjeförvaltd hemvård: <ul style="list-style-type: none">Barn med komplexa medicinska behovVuxna med förvärvad hjärnskadaExtraordinära omständigheter Hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none">Socialt arbeteHälsosam kostHälso- och sjukvård i hemmet	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Stöd och rådgivning	Hälso- och sjukvård: <ul style="list-style-type: none">Vård och omsorgSjukgymnastikArbetsterapi	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Utrustning och hjälpmedel för rörlighet	Vård i hemmet i slutet av livscykeln: <ul style="list-style-type: none">ProvningarTransport till andra hälso- och sjukvårdstjänster	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)

¹⁸¹ <https://www.ontario.ca/page/homecare-seniors>

¹⁸² Sedan 2019 erbjuder Ontario vårdtjänster inom ramen för en ny organisation kallad Ontario Health (<https://www.ontariohealth.ca/https://www.ontariohealth.ca/>).

¹⁸³ I februari (2020) avslöjade Fords regering en ny plan för att ändra Ontarios hemvårdssystem som ”kommer att påverka nästan 700.000 människor” (länk: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-health-home-care-hallway-medicine-1.5475463>)



Tjänst	Vilka tjänster tillhandahålls?	Ansvar för organisationen
Vård och omsorg i hemmet	<u>Bostadshushållstjänster:</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Omfattar besök i hemmet och avlastningsvård av utbildade volontärer <u>Hälso- och sjukvård:</u> <ul style="list-style-type: none">▪ Vård och omsorg▪ Sjukgymnastik▪ Arbetsterapi▪ Therapy för talspråk▪ Socialt arbete▪ Hälsosam kost	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)
Vårdhem och särskilda bostäder för personer med funktionsnedsättningar	Boenden är vårdinrättningar som erbjuder en hemliknande miljö för patienter som ofta befinner sig i de allra sista stadierna av sitt liv. Dessa strukturer ger stöd 24 timmar om dagen, 7 dagar i veckan utan kostnad för patienterna. Strukturerna kan också erbjuda stöd till deras familjemedlemmar. Sjukhusvård i lokalsamhället	Lokalt nätverk för hälsointegration (LHIN)